

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

Н.Н.Располова, А.Ю.Толстикова, Л.Е.Базарбаева

СУДЕБНОЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ
ЭКСПЕРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦА ПРИ
ПОДОЗРЕНИИ
НА САМОУБИЙСТВО ИЛИ ПО ЕГО ФАКТУ

Методические рекомендации



Алматы
2010

Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Республиканский научно-практический центр
психиатрии, психотерапии и наркологии

**СУДЕБНОЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ
ЭКСПЕРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО
СОСТОЯНИЯ ЛИЦА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА
САМОУБИЙСТВО ИЛИ ПО ЕГО ФАКТУ
(методические рекомендации)**

Алматы, 2010г.

Судебное психолого-психиатрическое экспертное исследование психического состояния лица при подозрении на самоубийство или по его факту. Методические рекомендации. - Алматы, 2010 - 48 с.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор Кудырова Г.М.
Доктор медицинских наук, профессор Джарбусынова Б.Б.

Методические рекомендации составлены заведующими научными отделами Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан: к.м.н., старшим научным сотрудником Распоповой Н.И.; к.м.н., доцентом Толстиковой А.Ю., к.м.н., старшим научным сотрудником Базарбаевой Л.Е.

Предлагаемые методические рекомендации предназначены для судебных психиатров, психологов, юристов.

В методических рекомендациях с достаточной полнотой отражаются как юридические, так и клинические аспекты судебной психиатрии. Клинические описания, представленные в методических рекомендациях, последовательно иллюстрируют, как правильно, с позиции современных научных подходов, осмыслить и проанализировать тот или иной конкретный случай экспертизы судебно-психиатрической практики.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого Совета Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан и рекомендованы к печати (председатель - д.м.н., профессор Алтынбеков С.А., протокол № 5 от 26 мая 2010 г.).

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Реакции дезадаптации, как предрасполагающие факторы развития суицидального поведения.....	5
Классификационные характеристики суицидального поведения.....	10
Современные концепции суицидального поведения.....	19
Судебное психолого-психиатрическое экспертное значение механизмов суицидального поведения у военнослужащих.....	24
Подготовка и проведение посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы психического состояния лица при подозрении на самоубийство или по его факту.....	30
Заключение.....	45
Литература.....	46

Введение

В большинстве стран мира наблюдается неуклонное увеличение частоты самоубийств и покушений на самоубийство, что наносит значительный ущерб здоровью общества. Проблема превенции суицидального поведения в Республике Казахстан является актуальной и требует осуществления комплексных мероприятий, которые должны проводиться объединенными усилиями психиатров, психологов, социологов, юристов.

Суицидальный феномен представляет собой «статистически устойчивое социальное явление, распространность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития, как государства, так и их отдельных регионов» [1].

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) уровень самоубийств, превышающий 20 на 100 тысяч населения, говорит о ситуации кризиса в обществе. ВОЗ признала важность проблемы самоубийств для общественного здоровья и обнародовала стратегию по повышению осознания ее масштабов профессионалами и населением в целом. Кроме того, используя собственные ресурсы и сеть центров, сотрудничающих с ВОЗ, а также отдельных экспертов, эта организация изъявила готовность обеспечить техническую помощь странам, желающим развивать программы и мероприятия по превенции самоубийств. Самый высокий уровень самоубийств отмечается в восточно-европейских странах, а самый низкий главным образом, в Латинской Америке и некоторых странах Азии [2].

Казахстан в отношении суицидов также представляет собой неблагоприятную зону и входит в группу стран с «критическими» показателями уровня самоубийств. Наиболее неблагоприятными в отношении суицида являются Северо-Казахстанская область (59,4 на 100 тыс. населения), Восточно-Казахстанская (55,0), Карагандинская (39,6), Костанайская (39,3), Западно-Казахстанская (37,0), Павлодарская (35,8), Атырауская (29,3) области [3].

Автоагрессивные проявления часто наблюдаются уже на начальных этапах кризисных состояний, непосредственно после психотравмирующего события, вследствие чего для предотвращения попытки к самоубийству необходимо раннее купирование кризиса, до появления автоагрессивных переживаний и принятия суицидального решения, когда у пациента максимально выражена потребность в психологической помощи.

С проблемой суицидального поведения приходится сталкиваться и при проведении судебного психолого-психиатрического экспертного исследования психического состояния лица при подозрении на самоубийство или по его факту.

Настоящие методические рекомендации основаны на результатах

изучения причин суицидального поведения, как обстоятельствах, определяющих отдельный состав преступления, или признаков, отягчающих криминальные действия и отношения потерпевшего, совершившего суицид. В связи с этим предметом посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) психического состояния лица при подозрении на самоубийство или по его факту является установление суицидоопасного характера психического состояния, непосредственно предшествовавшего факту смерти, оценка связанного с ним риска суицидального поведения и его причинных зависимостей [4]. Изучению этой актуальной проблемы посвящены данные методические рекомендации.

Реакции дезадаптации как предеспонирующие факторы развития депрессий и суицидального поведения

Под адаптацией понимается приспособление соответствие между живой системой и внешними условиями, причем адаптация это и процесс, и его результат, то есть определенная организация [5]. Понятие дезадаптации отражает различную степень и качество несоответствия организма и среды. Полное соответствие способствует развитию, полное несоответствие несовместимо с жизнедеятельностью. К системам, занимающим промежуточное положение между этими двумя полюсами, в одинаковой мере применимы и термины «адаптация», и термин «дезадаптация»; первый из них отражает позитивные приспособительные и компенсаторные компоненты, а второй характеризует систему со стороны ее недостаточности или дезорганизованности [1].

Все эти общие положения применимы и к специфической человеческой форме адаптации социально-психологической. Человек, как система биопсихосоциальная, включает в себя несколько адаптивных уровней. Процессы саморегуляции в этой системе происходят на молекулярном, клеточном, органном, организменном, личностном уровнях.

На уровне личности акцент в процессе адаптации переносится на социальные взаимодействия, опосредованные психической деятельностью и ее высшей формой - сознанием. Соответственно четырем основным направлениям человеческой деятельности: преобразовательному, познавательному, ценностно-ориентационному и коммуникативному развертывается процесс социально-психологической адаптации. Важной характеристикой анализируемого понятия является его объектная векторность и каждом из перечисленных направлений [6].

Другие понятия - пластичность и интенсивность, характеризуют адаптацию с ее динамической и энергетической стороны.

В норме все четыре направления адаптации образуют целостную динамическую систему, в которой каждое из них гармонично сочетается с остальными. Кроме того, значительная часть адаптационных возможностей не используется, образуя резервный фонд. Определенный диапазон

допустимых колебаний каждого из четырех компонентов, их объектной векторности, интенсивности и пластичности, создает необычайно широкий спектр индивидуальных вариаций адаптационного генеза. Объективным критерием успешности социально-психологической адаптации человека служит его поведение в обычных и экстремальных ситуациях [1].

Экстремальность ситуации отражает ее значимость для субъекта. Представляя собой как бы нагрузочную пробу, подобная ситуация мобилизует резервный адаптационный фонд и, следовательно, косвенным путем измеряет адаптационные возможности личности.

В условиях экстремальной ситуации разные личности неодинаково перестраивают свою приспособительную тактику. Наиболее устойчивые из них за счет пластичности и резервов сохраняют прежний уровень адаптации. Другая часть характеризуется временным снижением этого уровня, вплоть до его минимизации, но без «шломан» основных четырех направлений и их качественной трансформации. Важно подчеркнуть, что в этом случае, хотя и определяется само снижение как дезадаптация, однако, такая дезадаптация носит лишь количественный характер, лимитирована, не выходит за пределы качественной определенности адаптационного процесса. В медицинском аспекте это значит, что здесь адаптация не привела к болезни, не породила патологических форм адаптации [3, 5].

Другое дело, когда экстремальные нагрузки падают на почву, измененную конституционально (как это имеет место при психопатиях и некоторых неврозах), или в процессе онтогенеза (за счет действия природных и социальных вредностей). Тогда вероятность полома, парциального выпадения одного или нескольких направлений адаптационного процесса значительно возрастает. В таких случаях социально-психологическая дезадаптация влечет за собой качественную трансформацию приспособительного процесса, появление патологических форм адаптации и компенсаторных образований за счет сохранившихся направлений. Применительно к клинической психиатрии такой вариант характерен для широкого круга пограничных расстройств, при которых наиболее подвержены срыву ценностно-ориентационная и коммуникативная деятельность при общем снижении интенсивности и пластичности процесса приспособления.

Наконец, психотические расстройства представляют в своей основе срыв всех четырех направлений адаптации, то есть глобальную дезадаптацию с переходом на качественно новый регистр патологического реагирования [1, 2].

Объективно дезадаптация проявляется в поведении; субъективное ее выражение – широкая гамма психоэмоциональных сдвигов. Социально-психологическая дезадаптация является общей предпосыпкой суицидально-го поведения, а к моменту зарождения суицидального поведения и далее, по мере его развертывания, вплоть до покушения на свою жизнь, дезадаптационный процесс идет по общему конечному пути, сводящему к нулю все

исходные уровни и выработанные ранее формы адаптации (как нормальной, так и патологической).

Таким образом, рассматривая социально-психологическую дезадаптацию в динамике, ведущей к суициду, авторы [1, 7] выделяют две фазы: предраспозиционную и суицидальную.

Предраспозиционная фаза дезадаптации не служит прямой и единственной детерминантой суицидального поведения. Решающее значение для перехода этой фазы в суициальную имеет конфликт, который занимает центральное, стратегическое положение в структуре суицидального поведения.

Конфликт, переживаемый личностью, образуется из двух или нескольких разнородных тенденций, одну из которых составляет основная, актуальная в данный момент потребность человека, а другую тенденцию, препятствующую ее удовлетворению.

По своим взаимоотношениям обе стороны конфликта могут располагаться как бы внутри личности например, долг и страсть, желание и возможность, привязанность и разочарование, – и зависеть от характера породивших их эмоциональных реакций. Такой тип конфликта является *внутренним* [1].

В других случаях одна из тенденций, составляющих конфликт, располагается вне психики личности и представляет собой элемент внешней ситуации, препятствующей удовлетворению потребности (запрет, приказ, требование). При этом конфликт приобретает *внешний характер*.

Существенные дополнительные характеристики конфликта получает от той сферы деятельности, где он по преимуществу развертывается (внушительной, личной, интимной, семейной, профессиональной).

Напряженность и сила конфликта зависят от силовых соотношений образующих его тенденций: чем больше выражено различие сил, тем проще конфликт разрешается; самым же трудным, не находящим своего разрешения и приобретающим черты экстремальности, считается конфликт равносильных тенденций.

Разрешение конфликта зависит от значимости сферы, в которой он происходит, и от системы резервных адаптационных механизмов, включающихся при возникновении конфликтного напряжения.

Чем значимее сфера конфликта, тем большие требования предъявляются к адаптационным ресурсам. В случае их слабости, то есть в условиях предраспозиционной дезадаптации, и невозможности реальным способом изменить конфликтную ситуацию, единственной реакцией, поменяющей собой все другие типы, оказывается суицид, как способ самоустраниния от всякой деятельности [8].

Для общей теории суицида принципиально важно то положение, что суицидогенный конфликт, рассматриваемый в динамике, проходит аналогично дезадаптации две фазы: первая из них предраспозиционная является лишь

предпосылкой суицидального акта и может быть обусловлена разными причинами: вполне реальными у практически здоровых лиц; заключающимися в дисгармонической структуре личности при пограничных формах патологии и явно психотическими аффективными, бредовыми, галлюцинаторными переживаниями. Несмотря на это, в любом случае это следует особо подчеркнуть: конфликт для субъекта имеет характер реальности и сопровождается крайне тягостным переживанием напряжения и стремлением его ликвидировать [1,7].

Вторая суммарная фаза конфликта, представляет собой процесс его устранения за счет саморазрушения субъекта, по общему, универсальному конечному пути.

Приведенные теоретические положения позволили выдвинуть концепцию, согласно которой суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта [1].

В конфликтной ситуации мобилизуются резервные адаптивные механизмы и поиски путей устранения конфликта. Наличие предрасположенности дезадаптации личности (независимо от ее причин и форм) ставит субъекта в следующее исходное положение:

- количество известных ему вариантов разрешения конфликта резко ограничено или сведено к нулю;
- знаемые варианты решений субъективно оцениваются как неэффективные или неприемлемые.

Вследствие этого конфликт приобретает характер неразрешимости и сопровождается крайне тягостными переживаниями. В этой критической точке дезадаптация и конфликт с высокой вероятностью могут перейти в суицидальную фазу, то есть принимается решение о суициде, как единственном способе ликвидировать конфликт путем самоуничижения. Таким образом, очерченные выше критерии количества знаемых вариантов решения и их субъективная оценка позволяют измерить уровень социально-психологической адаптации личности и в известной степени прогнозировать ее поведение [1,7,8].

Очевидно, что в отличие от суицидента, адаптированный субъект характеризуется широким диапазоном знаемых и приемлемых, активных путей разрешения конфликта.

Таким образом, причины, условия и формы дезадаптации различны так же, как различны причины и содержание конфликтных ситуаций, но общая структура «критического этапа» относительно независима от этих различий и относительно специфична для суицидального поведения [1,7].

Вслед за признанием этих положений закономерно возникает вопрос о соотношении средовых и личностных факторов (а в случае психических расстройств патологических, средовых и личностных) в генезе суицида. Причем анализ личностного компонента должен идти по двум

направлениям: по пути определения места и роли этого звена в структуре суицидального поведения и по пути выявления оснований и специфики тех личностных реакций, которые заключают в себе суицидальную опасность.

В тех случаях, когда дезадаптация и конфликт обусловливаются психотической симптоматикой, ее влияние на поведение не имеет прямого и непосредственного характера. Оно всегда опосредовано системой личностных характеристик больного и особенностями его взаимоотношений с окружающей социальной средой. Суицидальное решение предполагает необходимый этап личностной переработки конфликтной ситуации, какой бы «псевдореальная» эта ситуация ни была, так как суицид есть намеренное лишение себя жизни. Данная закономерность проявляется и при эндогенных депрессиях, и при аффективно-бредовых, и при галлюцинаторно-бредовых расстройствах. Уровень социализации личности и ее базисные установки определяют выбор того или иного варианта поведения при психотических нарушениях [1].

В суицидологическом аспекте, в целях прогнозирования суицидального риска, требуется не просто клинический, а именно клинико-психологический анализ. Это имеет отношение не только к суицидологии, но и к теоретическим проблемам психиатрии, в частности, к проблемам синдромогенеза и синдромокинеза. Амбрюрова А.Г. с соавт. [7,9] неоднократно наблюдали случаи появления или трансформации содержания психопатологических синдромов вслед за этапом личностной переработки конфликта и зарождением суицидальных мотивов. Так, например, у ряда больных шизофренией параноидный конфликт приводил к решению о самоубийстве, после чего впервые в истории данного заболевания появлялись императивные вербальные галлюцинации суицидального содержания. В других случаях, при обсессивно-фобических синдромах, принятие суицидального решения сопровождалось значительным уменьшением аффективного напряжения и лазактуализацией болезненных переживаний.

Эти и ряд близких к ним наблюдений подводят к мысли об участии личностного звена в цепи саморазвития синдромов. Приведенные аргументы заставляют решительно отвергнуть «постулат непосредственности», то есть тезис о непосредственной зависимости суицидального поведения от болезненных симптомов.

В еще большей степени это касается непсихотических расстройств, то есть «пограничной патологии» и периодов ремиссий эндогенных психозов. Именно в данной категории, по сравнению с психотическими больными, суицидальные проявления наиболее часты, поскольку «открытость» этих больных к неблагоприятным средовым влияниям несомненно расширяет субъективное «поле» конфликтных переживаний. Клиническая симптоматика в генезе суицида явно отступает здесь на второй план за счет выдвижения личностных и микросоциальных факторов. Для прогноза суицида важнее при этом не столько содержание и структура психопатических или

невротических синдромов, сколько реальные социальные взаимоотношения большого; ситуации, складывающиеся в сфере ближайшего социального окружения, преморбидные характеристики, сформировавшиеся установки и модусы поведения. Суицидальный риск значительно выше там, где с большей быстротой и интенсивностью происходит болезненная перестройка личностной структуры [1].

Применительно к эндогенным заболеваниям, наркоманиям и алкоголизму это означает, что в состояниях психоза или наркогенной психопатологии личности суициды совершают преимущественно те, у кого до начала заболевания не выявлялось патологических отклонений.

В свете развивающейся концепции, эти, парадоксальные, на первый взгляд, факты находят свое адекватное объяснение. Они подтверждают, что основную роль в генезе суицидальной предрасположенности играет относительная глубина социально-психологической дезадаптации, которая соответственно больше при «снижении» личности с преморбидно злоровного уровня, чем в случаях, при которых уже до начала заболевания постепенно складывались психопатические защитные шаблоны реагирования.

Применительно же к широкому спектру пограничных расстройств (психопатии, патологические развитие личности, неврозы) и к больным эндогенными заболеваниями в стадиях ремиссии приведенное общее положение означает, что при неблагоприятных воздействиях микросоциальной среды суицидальное поведение наблюдается у тех больных, у которых патологические формы защиты не приобрели характера монолитных, жестких, фиксированных.

Таким образом, при суицидальном поведении у лиц с психической патологией отчетливо обнаруживается роль личностных и средовых факторов, которая возрастает по пути «движения» от психотических состояний к пограничным расстройствам.

У практически здоровых лиц соотношением данных факторов, при ведущем значении микросоциальных конфликтов, определяется генезис суицидального поведения.

Классификационные характеристики суицидального поведения

Взаимоотношение между депрессией и суицидом является часто упоминаемым аспектом, при котором риск суицида оценивается примерно в 10-15% в сравнении с 1-2% в основной популяции. Shneidman E.S. [10] приводит аргументы в пользу того, что перекрест между депрессией и суицидом не может быть безоговорочно признан. Бек А. [11] полагал, что в основе суицида лежит не столько депрессия, сколько чувство безнадежности.

Несмотря на многочисленные литературные данные, констатирующие связь суицида и депрессии, некоторые аспекты этой проблемы до настоящего времени остаются неясными и дискутируемыми. В определенной мере это связано с различиями в теоретических представлениях ученых о

феномене суицида, что затрудняет решение прогностических вопросов и разработку адекватных терапевтических и профилактических мероприятий. Кроме этого, анализ литературы показывает отсутствие единого методологического и позиционного подхода в работах, посвященных изучению депрессивных расстройств, различия в трактовке самого феноменологического понятия депрессии, что делает их трудносопоставимыми. Несмотря на это, большинство авторов считают депрессию одним из важнейших предикторов суицидального поведения [8,9].

Амбрюмовой А.Г. [1] было показано, что суицид не может быть расценен, как прямое следствие психической патологии, в том числе депрессивного регистра. Согласно теоретической концепции Амбрюмовой А.Г. суицид у депрессивных больных рассматривается как многофакторное явление, в генезе которого большое значение имеет взаимосвязь средовых воздействий, социально-психологических структур личности, составляющих основы социализации индивидуума, а также психопатологических симптомов.

Дефиниций суицида достаточно много. Он определяется как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта. Суицидом называют сознательное действие, направленное на причинение себе смерти. Самоубийство оценивается как один из вариантов поведения человека в экстремальных для него условиях, как патологическая психологическая защита, разрушающая ситуацию, фрустрирующую личность. Амбрюмова А.Г. предложила дефиницию суицида, не утратившую своего значения до настоящего времени. Она считает, что самоубийство является результатом внутриличностной переработки конфликтной ситуации, обладающей для самоубийцы характером реальности и непререносимости.

К настоящему времени период, когда суицид относили к исключительно патологическому явлению, миновал. Считается, что «самоубийство постоянно присутствует в нашей жизни» [10]. Суицид рассматривается «не как нарушенная норма, а как норма социальной жизни, иногда даже регламентированная форма поведения» [11]. Сформировался междисциплинарный комплексный подход к определению самоубийства. В соответствии с современной концепцией, суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности, возникающим под влиянием различного рода психотравмирующих и стрессогенных факторов, в том числе, в результате нарушения механизмов взаимодействия между индивидом и его социальным окружением [12]. Это подтверждается многими исследованиями, констатирующими рост аддиктивного поведения [13], саморазрушающего поведения [14], социально-стрессовых расстройств [15], неаддитивных мотиваций и пролонгированных кризисных состояний [16]. Короленко Ц.П., Белоносова О.П., Бочарева Н.Л. [17] отмечали нарастание хронической социально-психологической дезадаптации части населения, увеличение патологического пристрастия к

психоактивным веществам. Другие авторы [18] констатируют нарастание агрессии, апатии, депрессии. Закономерен вывод исследователей: «переустройство повлекло социально - психологический кризис общества, снижение материального и духовного уровня жизни у социально уязвимых групп населения» [18].

Каждое самоубийство обнаруживается через поведение, понимается через мотивы, а также через внутренние, внешние причины, сформировавшие мотив суицида. Любой суицид, как разновидность деятельности, является процессом, побуждаемым и направляемым мотивом. В традиционном смысле мотив определяется как внутренняя побудительная причина, повод к какому либо действию [1]. Конкретизация фактором, вызывающих суицидальное поведение, - одна из важнейших задач суицидологии. По мнению авторов [1, 7], «изучение мотивов важно, в них отражаются не только особенности данного индивидуального сознания, но и характеристики массового сознания, переработанные индивидом как носителем культуры или субкультуры».

В настоящее время насчитывается около 250 дефиниций мотивов суицидального поведения. Все они в достаточной степени дискуссионны, в качестве инструмента психологического анализа неоднозначны, так как имеют широкий диапазон значений. Границы семантического поля этого термина зависят от включения его в тот или иной контекст. Термин «мотив» происходит от латинского слова «*motus*», что означает «приводить в движение, толкать». Семантика термина «мотивация» производна от английского «*motivation*» и означает активное состояние, побуждение к совершению действия, направленного на удовлетворение потребности [5]. Эти термины чаще всего понимаются в традиционном смысле, как причина осознанного желаемого действия и активное побуждение к действию [1, 5]. Суицидология стран содружества независимых государств (СНГ) в определении мотива основывается на дефиниции, данной Рубинштейном С.Л. [6]: «Мотив – это опосредованная процессом отражения субъективная детерминация поведения человека. Через эту свою мотивацию человек вплетен в контекст действительности». Исследования в области суицидологии подтверждают мнение о субъективности мотивов, не всегда совпадающих с объективными причинами. Показательным в этом плане является вывод Амбрумовой А.Г.: «Истинные мотивы крайне редко совпадают у суицидента с причинами, источниками его неудовлетворенности, его отрицательных эмоций» [1, 5]. По мнению Амбрумовой А.Г., имеется «взаимодействие и переплетение одновременно нескольких мотивов, хотя в целях анализа выделяется единичный мотив».

Попытки классифицировать самоубийства на основании причин и мотивов имеют свою историю. Достоевский Ф.М. [19] разделял самоубийства на «аристократически развратные» - от скучи, пресыщенности жизнью и «нравственны простонародные» - от жизненных бедствий. Дюргейм Э.

[20], выделял три типа самоубийств: «аномическое», связанное с кризисными ситуациями в жизни человека, «альtruистическое», совершаемое ради блага других людей, общества, и «эгоистическое», обусловленное непринимаемостью для человека социальных норм. При этом он отмечал, что «необходима склонность к самоубийству, притча не главное». По мнению исследователя, «желание жить производное от многих других желаний, при неудовлетворении которых и появляется стремление к самоубийству». Вывод Дюргейма Э. следующий: «Каждое самоубийство несет на себе отпечаток личности и поэтому не может быть всецело объяснено» [20].

Имеется другая, основанная на мотивах, классификация суицидов, разработанная Тихоненко В.А. [7]. Мотивы самоубийств представлены в ней следующим образом: 1) протест, месть (желание наказать обидчика); призыв (желание привлечь внимание); 3) избегание (желание избежать наказания, страдания); самонаказание (самоуничижение, бегство в смерть); 5) отказ.

Данная классификация вызывает, в ряде моментов, возражения и сомнения: любой суицид включает в себя мотив прекращения страданий; мотивы могут полностью не осознаваться, либо осознаваться неверно; часто имеется не один, а несколько суицидальных мотивов.

Тихоненко В.А. [21] классифицирует суицид как один из вариантов человеческой деятельности. Так, автор различает внутреннее и внешние формы суицидального поведения. Внутреннее суицидальное поведение включает в себя пассивные суицидальные мысли, представления, переживания, суицидальные замыслы, при которых продумываются способы суицида, время и место действия; а также суицидальные намерения, когда к замыслу присоединяется волевой компонент, побуждающий к переходу во внешнее поведение. Особо выделяются недифференцированные антивitalные переживания, которые находят свое выражение в отрицании жизни без четких представлений о собственной смерти.

1.Пассивные суицидальные мысли (по Тихоненко В.А.) характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но без конкретизации в плане лишения себя жизни. Примером могут являться такие высказывания как: «хорошо бы умереть»; «хорошо, если бы со мной что-нибудь случилось»; «хорошо заснуть и не проснуться».

2.Суицидальные замыслы – это уже активизация проявления суицидальности, то есть тенденции к самоубийству. Начинается разработка планов реализации суицида, продумываются способы, время и место суицидального акта. Интенсивность суицидальных переживаний нарастает, что сопровождается и аффективной напряженностью.

3.Суицидальные намерения характеризуются принятым решением о самоубийстве и дело стоит только за претворением этих намерений в жизнь, что предполагает присоединение к замыслу и волевого компонента, первоначально внутреннее суицидальное поведение во внешнее. По Тихоненко В.А. перечисленные формы внутреннего поведения являются и этапами

формирования суицида. При этом остановка этого движения может произойти на каждом из этапов, равно как и то, что они могут быть свернуты во времени [22].

Третий вариант классификации суицидального поведения предложен Бородиным С.В., Милютым А.С. [23]:

1. Лично-семейные конфликты (семейные конфликты и развод; болезни и смерть близких; одиночество; неудачная любовь; оскорбление со стороны окружающих; половая несостоятельность).

2. Состояние здоровья (психические заболевания; соматические заболевания; уродства).

3. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента (опасение уголовной ответственности; боязнь иного наказания или позора).

4. Конфликты, связанные с работой, учебой (конфликты на работе; неуспехи в учебе).

5. Материально бытовые трудности.

6. Другие мотивы.

Очевидно, что четкое разделение мотивов и причин вряд ли возможно, одна причина может вызывать другие, а те, в свою очередь, формируют сложный мотив самоубийства. Так, например, соматические заболевания могут обусловить и семейный конфликт, и неудачную любовь, и неуспехи в учебе.

Sener S. [24] считает, что имеется четыре основных мотива самоубийства:

1) изоляция (чувство, что тобой никто не интересуется, и никто тебя не понимает);

2) чувство собственной незначимости (когда человек оценивает себя некою, чувствует себя некомпетентным или стыдится себя);

3) беспомощность (ощущение утери контроля за своей жизнью);

4) безнадежность (когда будущее ничего хорошего не предвещает).

На основании мотивов Шихарев П.А. [25] выделяет три формы суицида:

1) истинный (когда человек хочет убить себя);

2) аффективный (с преобладанием эмоционального компонента);

3) демонстративный (как способ привлечь внимание) [27].

Корректность подобной классификации не является бесспорной. Как истинный суицид, так и его демонстративная форма (псевдосуицид) могут характеризоваться преобладанием эмоциональной сферы.

Собственную классификацию мотивов самоубийства предложил Алиев И.А. [26]:

1. Объективные причины (доведение до самоубийства; душевные заболевания; иные тяжелые заболевания; материальные невзгоды; религиозные пережитки).

2. Субъективные причины (страх наказания, стыд; алкоголизм и пьянство; неудачи и конфликты на работе, в учебе; разочарованность в жизни; потеря близких, разлука; прочие).

Амбрумова А.Г. [1] классифицирует мотивы самоубийств следующим образом:

1) мотивы неблагополучия (одиночество, тяжесть жизни, потеря близких, любимых);

2) мотивы конфликта, в который, помимо суицидента, вовлечены другие лица.

Ряд исследователей не проводят грани между причинами и мотивами самоубийств. Лаврин А. [27] представляет их единым вариантом. Вахов В. [28] под причинами рассматривает мотивы. Соседко Ю.И., Постовалова Л.В. [29] не видят разницы между причиной и мотивом самоубийства.

Таким образом, можно прийти к заключению, что приведенные классификации не охватывают весь спектр возможных механизмов и причин суицидального поведения. Вероятно, это и не совсем реально, так как мотивы самоубийств субъективны, зависят от многих характеристик суицидента: возраста, пола, образования, профессии, мировоззрения.

С другой стороны, несомненно, и другое: любое самоубийство имеет свои причины и мотивы. Эти понятия, по нашему мнению, следует различать. «Причина явление, обуславливающее появление другого явления, основание для действия» [1]. Причины суицидов могут быть внешними (социально-средовыми) и внутренними (внутриличностными). Они могут становиться внутренними мотивами, но и могут служить только факторами, формирующими мотивы самоубийства. Далеко не всегда мотив логически обусловлен причиной. Одна причина может вызывать целый спектр мотивов. Так, например, оскорбление является внешней причиной самоубийства, но данная причина формирует спектр внутренних мотивов: переживания, в связи с потерей чести и достоинства, чувство стыда, ощущение своей никчемности, чувство самообвинения. Причины могут полностью и не осознаваться, но вызывать другие причины, а те, в свою очередь, формируют мотив самоубийства, будто бы не связанный с причинами. Так, в нашем наблюдении, ситуация с пациенткой П., пережившей «обман мужчины» сообщает личности недоверие, страх, затруднение в контактах с лицами противоположного пола. Эти мотивы уменьшают возможность создания семьи. В последующем мотив одиночества, уже не связанный с первоначальной в сознании личности, катализирует суицид. В этой связи можно принять точку зрения Дюркгейма Э., признавшего тот факт, что «классификация сознательных суицидов практически неосуществима» [18].

Исследование только мотивов самоубийств - крайне затруднительно. Изучение мало осознанных или неосознанных личностью внешних причин, формирующих осознанный внутренний мотив, иногда практически

невозможен, или же дает малодостоверные результаты. При понимании принципиального различия, причинно следственной обусловленности причин и мотивов, все же целесообразнее исследовать их в совокупности. Только изучение неразделенного конгломерата причин и мотивов позволяет понять обусловленность суицидального поведения. Но и само аутоагрессивное действие (например, его брутальность) характеризует мотивы суицида (их силу, стойкость). В целом, анализ мотивов и причин суицидального поведения возможен только в контексте поведения. Поведение детерминировано волевым актом, который включает в себя постановку цели, борьбу мотивов, решение, исполнение задуманного. Исследования поведения человека подтверждают способность к дилеммам его мотивационной деятельности [5, 18, 19]. Причиной того или иного действия (бездействия) могут быть несколько мотивов, противоречящих друг другу, вызывающих непоследовательность поведения или отказ от действия. При суицидальной настроенности защитным мотивом является такой мотив, программа и содержание цели которого находятся в логическом противоречии с содержанием программы и цели основного мотива [1].

Амбрумовой А.Г. был введен термин «антисуицидальные» мотивы. Они, совместно с инстинктом самосохранения, представляют собой систему защиты личности от аутоагрессии. В ряде случаев антисуицидальные мотивы способствуют отсрочке аутоагрессивного действия, или даже спонтанному выходу из суицидоопасного состояния. Наличие и количественная представленность защитных мотивов зависят от силы, пролонгированности дистресса, возраста, образования, мировоззрения и многих других личностных особенностей человека, социально средовых условий.

Амбрумова А.Г. [1] приводит следующие антисуицидальные мотивы: 1) интенсивная эмоциональная привязанность к близким; 2) родительские обязанности; 3) выраженное чувство долга, обязанности; 4) концентрация внимания на состоянии собственного здоровья; 5) зависимость от общественного мнения, представление о позорности, греховности суицида; 6) представление о неиспользованных жизненных возможностях; 7) наличие творческих планов, замыслов; 8) наличие эстетических критериев мышления.

Совокупность мотивов, сохранивших свою стойкость после важнейшего этапа волевого акта: борьбы мотивов предрасполагают к процессу действия. Любой суицидальный мотив содержит внутренний аспект, то есть потребность в исключении страданий, и внешний аспект, то есть цель (собственно суицид) [10, 12, 19]. Существует психологический постулат, корректирующий точку зрения Амбрумовой А.Г., суть которого сводится к следующему: «мотивы к суициду, как внутреннее побуждение к действию, связаны с внешними побудительными стимулами, и, как правило, отражают их» [10]. Но и психологи подтверждают трудность исследования только мотивов, обусловленную субъективной оценкой и индивидуальной реакцией

человека на внешние причины. «Мотивы имеют, несомненно, личностную природу», - считает Меграбян А. [30]. К такому же выводу приходит и Берис Д. [31]: «Лишь субъективно определяемая ситуация безнадежности является основой суицидального поведения».

Причины и мотивы суицидального поведения включают в себя чаще всего не только доминантные, но и дополнительные причины. Как считает Петровский В.А., «волевой акт предполагает поиск дополнительных побудительных причин, аргументов всех «за» и «против» [32].

Доминантными причинами и мотивами суицидального поведения являются субъективно главные для личности побуждения, вызвавшие суицидальную настроенность. Дополнительными являются причины и мотивы, подтверждающие правильность и значимость лейтмотива или ключевой причины. Они могут отсутствовать лишь в исключительных случаях, при внезапном сильном дистрессе, сопровождающемся выраженным аффектом, при малой экспозиции между суицидальной настроенностью и суицидом. Петровский В.А. [32] приходит к заключению, что «личности, чтобы решиться на суицид, необходимы, кроме основных, дополнительные, мотивы». Часть дополнительных мотивов могут оказаться конкурентоспособными по отношению к доминантным побуждениям, другая усиливает стойкость и актуальность ключевой причины. Суицидальные побуждения имманентно связаны с приоритетной человеческой потребностью потребностью в смысле жизни. Как говорил известный психотерапевт Франкл В.: «Если знаешь для чего жить, можно перенести любое как» [33]. Такого же мнения придерживается Шуман С.: «Само существование не является для человека достаточно сильным мотивом к преодолению действительности» [34]. Собственное обоснование и одобрение смысла своего бытия, жизненной миссии, жизненной роли зависит от индивидуально выработанных жизненных ценностей. Ценности формируются в течение жизни, отчетливо осознаются и приобретают особую значимость чаще при их утрате или невозможности достижения. Лишь когда человек не может изменить ситуацию в соответствии со своими высоко значимыми потребностями, возникает опасность суицида [33, 34].

Заслуживают внимания работы Агазаде Н.В. [35], где автор призывают изучать суицидальные феномены без отрыва от других форм аутоагрессивности, поскольку между отдельными разновидностями аутоагрессивного поведения существует причинно обусловленная взаимосвязь и определенные закономерности перехода их друг в друга. Он различает физическую, психическую, социальную и духовную аутоагрессию, проявляющуюся на инлеаторном, аффективном и поведенческом уровнях. К изоморфным проявлениям аутоагрессивного поведения, носящим неосознанный характер, он относит чрезмерное увлечение опасными видами спорта, склонность к неоправданному риску, эксцессы, чрезмерное курение, алкоголизацию и наркотизацию, переедание без гедонистических чувств, многие случаи

изофилии, самолечении, первной анорексии.

Психологическая модель аутоагрессивного поведения включает три наиболее интересных и продуктивных, с точки зрения психотерапии, подхода: психоаналитический, поздний аналитический и бихевиоральный.

Теоретики психоанализа вслед за Фрейдом З. [36] и Штекелем В. [37] рассматривают аутоагрессивное поведение и суицид, как изначально присущие психике феномены, как бессознательную враждебную направленность на интровертированный любовный объект. Суицид и аутоагрессивное поведение рассматриваются, как «поломки» защитных механизмов при недостатке копинг - стратегий [36,37], как «поломка» механизмов СуперЭго на фоне длительного внутриличностного конфликта с регрессией и фиксацией на ранних стадиях психосексуального развития. Все случаи аутоагрессивного поведения имеют две общие черты: 1) все они используют энергию от рассогласования Эроса и Танатоса, где 2) Танатос «берет верх». Внутренняя направленность Танатоса может рассматриваться психодинамически как «убийство, повернутое на 180 градусов» [37], проявляться через некрофильные агрессивные и аутоагрессивные тенденции [38], а также через мазохистическое переживание, как сексуального, так и несексуального плана. Хорни К. [39] определяет следующие функции мазохистического страдания: 1) прямой защиты, когда мазохист посредством самобичевания избегает обвинений, а, приносясь - избегает соперничества; 2) способа достижения желаемого: страдание и беспомощность для него мощные средства получения любви, помощи и контроля; 3) замаскированного обвинения других людей (суицид по типу «протеста»). Тихоненко В.А. [21]. Аимон Г. [40] видит в основе аутоагрессивного поведения нарушения разных взаимоотношений «мать - дитя», приводит примеры «соматогенной матери», которая интересуется состоянием ребенка только тогда, когда он заболевает и страдает.

Бихевиорально-когнитивные модели рассматривают суицидальное поведение как формы «вымученного поведения» с социальной трансмиссией [41], где центральным звеном являются «вымученная беспомощность», безнадежность, низкая самооценка, бедная «Я концепция» [11].

Модель транзактного анализа, основоположником которой является Берн Э. [42], исследует негативный семейный опыт и модель сценария жизни - как негативного жизненного плана, направленного, например, на саморазрушение. Боб и Мери Гоулдинг [43] диагностируют варианты поведения в семье, приводящие к отверженению ребенка, его физиологических и психологических нужд, а то, и нуждости его самого. Подобный стереотип они назвали предписанием «Не живи», которое воспринимает ребенок, и в дальнейшем реализует через суицидальное поведение. Предписание «Не живи» может даваться во многих случаях, например, при неудачном аборте, смерти матери в родах, суициде одного из родителей. В кризисных ситуациях это предписание актуализируется и реализуется. Молоканов М.В., Хайрулина З.Р. [44] описывают зависимость особенностей рождения и

последующего личностного роста, определяя детей, родившихся, например, с обвитием пуповины, как имеющих тенденцию создавать ситуации, угрожающие жизни и воспринимающие интимность как рискованное дело.

Таким образом, классификационные характеристики суицидально-го поведения весьма многочисленны и то, что при совокупном рассмотрении выступает как ряд явлений, в каждом отдельном клиническом случае может проявиться как механизм, раскрытие которого приближает к познанию сущности столь сложного феномена, коим является суицидальное поведение.

Современные концепции суицидального поведения

Современные суицидологи расценивают самоубийство как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых конфликтов [1,7]. Суицид - это сигнал бедствия, зов о помощи, свидетельствующий об безвыходной конфликтной ситуации, в которую попал человек. Человек, пытавшийся уйти из жизни и оставшийся в живых, - пациент для индивидуального анализа, лечебно-диагностической, психотерапевтической и профилактической работы.

Основные концепции суицидального поведения.

В настоящее время единой теории, объясняющей природу суицидов, нет. Можно говорить лишь об отдельных теоретических концепциях, среди которых выделяют биологическую, социологическую, психологическую, социально-психологическую и клинико-психологическую.

Социологическая теория. Представители социологического подхода рассматривают суицид как способ разрешения жизненных проблем, возникающих в результате отчуждения индивида от его социальной группы. В первой классической работе по суицидологии «Самоубийство: социологический этюд» Дюргейм Э. [20] исследовал механизм влияния общества как «коллективной личности», «социального организма» на возможность совершения индивидуального самоубийства. Автор сделал вывод, что процент самоубийств зависит только от социологических причин и определяется моральной организацией общества, в том числе социальной интеграцией (степенью согласия интересов, целей и мнений) и социальным регулированием (степенью влияния членов общества на отдельного индивидуума).

К.Лорсни [45] связывает аутоагрессию современного человека с урбанизацией. Городская скученность и постоянная конкуренция обостряют механизмы внутривидовой агрессии, но законы общежития заставляют подавлять ее. Подавленная агрессивность усиливает предрасположенность к несчастным случаям и другим проявлениям неосознанной аутоагрессии.

По мнению Амбрумовой А.Г. [1], о социальной природе суицидального феномена свидетельствуют его статистическая устойчивость и регулярность в распределении по разным странам и категориям населения.

С точки зрения этнокультуральной психиатрии, деструктивное, в частности, суицидальное, поведение является одним из наиболее этнокультурально-зависимых медико-социальных феноменов, так как единственным критерием, объединяющим страны с высоким уровнем суицидов, является этнокультуральный.

Однако нельзя согласиться с тем, что возможности предупреждения самоубийств в соответствии с социологической концепцией ограничены лишь первичной профилактикой, связанной с государственными и общественными мероприятиями. Анализ личности самоубийцы исключается из рассмотрения, поэтому вопрос о том, почему в одинаковых жизненных условиях одни люди лишают себя жизни, а другие нет, социологическая теория самоубийства оставила открытым.

Психологические теории. Психологические теории широко представлены различными направлениями: психодинамическим, когнитивно-бихевиоральным, экзистенциальным, мотивационным и др.

Психодинамические теории рассматривают суицид в связи с представлениями Фрейда З. [36] о теории инстинкта смерти, противоположного инстинкту жизни. По мнению автора, люди от рождения обладают набором конструктивных и деструктивных сил (Эрос и Танатос). Большинство людей приобретает способность направлять инстинкт смерти на других, а суициденты направляют этот инстинкт непосредственно на себя. Считается, что каждый человек предрасположен к самоубийству при совпадении ряда факторов и обстоятельств. В дальнейшем Абрахам и Фрейд развили это представление о либидинозно направленном на себе гневе с аутоагрессией и суицидом. В соответствии с их представлениями, люди, переживающие реальную или символическую утрату любимого, бессознательно включают этого человека в собственную идентичность и переносят негативные чувства по отношению к другому, особенно ненависть, на себя. Возникающий на фоне гнева и депрессии суицид выступает как крайнее выражение ненависти к себе.

Менингер К. [46] считает, что самоубийство возможно при сочетании трех факторов:

- 1) импульсов, исходящих из природной агрессивности, проявленной как желание убить;
- 2) импульсов, исходящих из агрессивности и трансформированных сознанием в желание быть убитым;
- 3) стечения обстоятельств, когда примитивные инстинкты саморазрушения и желание убить проявляются во взаимодействии с более сложными мотивами, что значительно усиливает тенденцию к самоуничтожению.

По теории объектных отношений суицид рассматривается не как реакция на ситуацию, а как следствие специфического развития личности, связанного с взаимоотношениями индивида с родителями и особенностями

воспитания. При этом в качестве ведущего механизма признается не аутоагрессия, а стремление к смерти как возможность воссоединиться с умершим родителем. Сформировавшись в детстве, данный механизм может включаться затем в ситуации утраты или угрозы утраты «значимого другого». Кроме того, суицидальное поведение может играть роль последнего сигнала своим родителям в попытке перестроить взаимоотношения в семье. Эта роль затем разыгрывается в суицидальных фантазиях, когда субъект как бы предупреждает своих родителей о предстоящей попытке самоубийства.

Сторонники психодинамического подхода описывают аутоагрессивных пациентов как пациентов с низкой самооценкой, испытывающих вину или стыд, а также аномические чувства изоляции, бессмыслицы, безнадежности, бесцельности существования, чувство внутреннего разлада и некомпетентности.

Выдающийся вклад в развитие суицидологии был сделан Шнейдманом Э. [10], разработавшим мотивационную теорию суицида. Она включает в себя 10 базовых положений:

- общей целью суицида является нахождение решения;
- общая задача суицида состоит в прекращении сознания;
- общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль;
- общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности;
- общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность;
- общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность;
- общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы;
- общим действием при суициде является бегство;
- общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении;
- общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения.

Автор описал психическую или душевную боль, из-за непереносимости которой, по его мнению, совершаются самоубийства. Главным источником боли он считал «фрустрированные психологические потребности, жизненно важные для этого человека». Среди них автор выделил 5 групп психологических потребностей, фрустрация которых объясняет большинство самоубийств и отражает различные виды душевной боли. К ним относятся:

- неудовлетворенные потребности в любви и принятии;
- нарушение контроля, предсказуемости и организованности;
- нарушение образа «Я» и избегание стыда поражения, унижения или позора;
- разрушенные значимые отношения с возникшим вследствие этого горем и чувством потери;

-чрезмерные гнев, ярость и враждебность.

Представители когнитивного направления считают, что суицидент испытывает трудности во взаимоотношениях с другими людьми и по этой причине переживает неизносимую психическую боль. Суицидентам свойственна ригидность мышления, узкий фокус, невозможность выработки альтернативы по отношению к сущности; они мало развивают конструктивные и зрелые тенденции своей личности, часто страдают от хронических потерь и неудач. По мнению другого представителя когнитивного направления, Бска А. [11], суицид связан в первую очередь с депрессией, безнадежностью, негативными ожиданиями, чрезмерной самокритичностью, чувством вины и сожалениями, низкой самооценкой. В мышлении суицидента наблюдаются когнитивные искажения (не связанные с шизофренией): ничего, никогда, всегда, чрезмерное обещание, минимизация, неправильное понимание, селективное абстрагирование, негативные предубеждения. Вне зависимости от характера аффекта (тревога, гнев, грусть) искажение ситуации связано с когницией. Это подтверждается нейropsихологическими исследованиями, в соответствии с которыми было обнаружено, что у суицидентов нарушены когнитивные функции, в частности процесс принятия решения, что связано с дисфункцией орбитофронтальной коры и серотонинергической системы.

Современные исследователи [35,46] приводят убедительные данные о связи суицидального риска с перфекционизмом, следствиями которого являются: поведение избегания; опасения в ситуации риска оказываются не на высоте; переутомление и снижение продуктивности, а в межличностных контактах конфликты и разрывы из-за чрезмерных требований и ожиданий от других людей.

Представители экзистенциально-гуманистического направления полагали, что основная причина самоубийств «экзистенциальный вакuum», утрата смысла жизни. Юнгианские психологи рассматривают самоубийство как стремление души к трансформации.

Социально-психологический подход. Данное направление основано на концепции психологического кризиса Линдемана Э. и Caplan G. [47]. Суицидоопасный кризис, по их мнению, вызывается столкновением личности с непреодолимыми в данное время препятствиями на пути достижения ее важнейших жизненных целей, что ведет к нарушению адаптации в социальной сфере. Причиной кризиса в большинстве случаев служат конфликты и утраты в лично-семейной сфере, а также неэффективный копинг, или приспособление к жизни. Согласно мнению авторов [28,29], любой человек может совершить суицид, если ситуация вызывает эмоциональную боль и воспринимается как неизбежная, бесконечная, непереносимая. Однако психологический кризис рассматривается шире: как функция взаимодействия вызывающего события и специфической личностной предрасположенности. Во время кризиса личность становится ареной борьбы двух сил: суицидогенных и антисуицидальных факторов. Самыми частыми суицидогенными

факторами являются: потеря близкого человека, отвержение им, потеря здоровья и работоспособности, престижа и уважения окружающих. Возрастает роль социально значимых факторов, таких, как, материальная неустроенность, безработица. Им противостоят антисуицидальные факторы: родительские чувства, выраженная эмоциональная привязанность к близким, желание причинять боль близким, сильное чувство долга, фиксация на состоянии собственного здоровья, страх боли и смерти, ее незстетичности и инвалидности в случае неудачной попытки, значительная зависимость от общественного мнения и боязнь осуждения, неиспользованные жизненные возможности, творческие планы и замыслы, прошлые достижения, а также постоянный поиск смысла жизни, ориентация на сверхличные альтруистические ценности, высшие идеалы, духовная активность, устремленность к творческому созиданию и самосозианию.

Биологический подход. Представители биологического подхода связывают самоубийства исключительно с душевной патологией. Современную клиническую модель суицидального поведения у психиатрических пациентов разработали Мани Д. [48] с соавторами. Она базируется на модели стресс-диатеза, при которой риск суицидального поведения определяется не только первичными стрессорами в виде начала или обострения психического заболевания и психосоциального кризиса, но также и диатезом (предрасположенностью к суициду). По мнению авторов, стресс-диатез суицидального поведения включает в себя комбинацию различных факторов: пол, вероисповедание, семейные и генетические компоненты, детский опыт, хромобицные расстройства личности, злоупотребление психоактивными веществами, травмы головного мозга, агрессивность и импульсивность, а также психосоциальную систему поддержки, доступность средств самоубийства. Автор связывает его наличие с серотонинергической дисфункцией, через которую, вероятно, передается генетическое влияние, а также с нарушениями в норадренергической системе.

Модель стресс-уязвимости была дополнена более широкой моделью развития суицидального процесса, учитывающей «суициальную коммуникацию» между суицидальными пациентами и их окружением, а также взаимодействие между наследственными и приобретенными состояниями. Согласно этой модели, на исход влияют факторы риска и защиты во взаимодействии с предрасположенностью. Самоубийство расценивается не как болезнь, а как действие, возникающее в результате взаимодействия когнитивных, аффективных и коммуникативных аспектов.

Клинико-психологический подход. Клинико-психологический подход был разработан основательницей отечественной суицидологии Амбрумовой А.Г. [1], которая расценивала самоубийство как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых конфликтов в ситуации утраты либо утраты значимой ценности. В соответствии с ее

теорией, суицид представляет собой вариант поведения человека в экстремальной ситуации. Суицидогенные конфликт и самоубийство могут быть вызваны реальными причинами (у практически здоровых в психическом отношении лиц), базироваться на определенных патологических чертах характера (у так называемых акцептуантов) или являться результатом психического заболевания.

Принципиальными положениями концепции А.Г.Амбрумовой [1] являются следующие: совокупность суицидентов представлена тремя основными диагностическими категориями: лица с психическими заболеваниями, с пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровые. Все суициденты независимо от диагностической категории проявляют объективные (изменения поведения) и субъективные (эмоциональные сдвиги) признаки социально-психологической дезадаптации. В любом случае суицид является результатом личностной переработки конфликтной ситуации. Таким образом, суицидальное поведение обуславливается тремя основными компонентами: интегральной системой личностной структуры, социально-психологической адаптацией, переживаемым конфликтом; у психически больных еще и психопатологическими нарушениями. Была предложена следующая классификация суицидальных реакций:

- протест, месть;
- призыв;
- самонаказание;
- избегание;
- отказ;
- самоожертование;
- демонстративно-шантажное суицидальное поведение.

Согласно психобиологической модели [49], суицидальное поведение рассматривается как поведение, имеющее психобиологическую, архансскую природу, при этом важным фактором становятся психотип и измененное состояние сознания.

Таким образом, приведенные концепции суицидального поведения с различных позиций объясняют механизмы реализации аутоагgressии и могут служить основой психотерапевтических интервенций в орбите антидепрессивных тенденций.

Судебное психолого-психиатрическое экспертное значение механизмов суицидального поведения у военнослужащих

Правоохранительные органы, как правило, интересуют причины суицидального поведения, как обстоятельство, определяющее отдельный состав преступления, или признаки, отягчающие криминальные действия в отношении потерпевшего, совершившего суицид. Поэтому предметом посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) психического состояния лица при подозрении на самоубийство

или по его факту является установление суицидоопасного характера психического состояния, непосредственно предшествовавшего факту смерти, оценка связанного с ним риска суицидального поведения и его причинных зависимостей.

Необходимость выяснения подобных обстоятельств характерна для ситуации, когда у следствия возникает необходимость установить истинность или ложность версии о самоубийстве, подтвердить или опровергнуть ее. Такая потребность обычно возникает в случаях, когда имеются веские основания сомневаться в подлинности объективных признаков самоубийства и необходимо максимально полно раскрыть субъективную сторону обстоятельств, непосредственно связанных со смертью. Среди них важнейшими являются установление наличия или отсутствия у потерпевшего непосредственно перед самоубийством суицидоопасного психического состояния; оценка ситуационного риска суицидального поведения и раскрытие причинных связей, приводящих в действие механизмы суицида (способствующих, детерминирующих или провоцирующих).

Правоохранительные органы могут интересовать причины суицида также в ситуациях, когда факт самоубийства следствием уже надежно установлен, но суицидальное поведение потерпевшего может быть расценено как обстоятельство, определяющее отдельный состав преступления, или признаки, отягчающие совершенные в отношении него криминальные действия. Имеется в виду ст. 102 УК РК, предусматривающая уголовную ответственность за доведение лица до самоубийства или до покушения на самоубийство путем угроз, жесткого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего, а также п. «б» ст. 54 УК РК, квалифицирующий наступление тяжких последствий (какими являются самоубийство и покушение на самоубийство) в результате совершения преступления, как обстоятельство, отягчающее уголовную ответственность и наказание, равно как и п. «б» ч.3 ст. 120 УК РК, где речь идет об изнасиловании, повлекшем «иные тяжкие последствия». Задачей КСППЭ в данных ситуациях является определение причинных зависимостей суицидального поведения в связи с известными внешними психотравмирующими воздействиями, квалифицированным следствием как угрозы, жесткое обращение или систематическое унижение человеческого достоинства потерпевшего.

Судебно-психиатрическая практика показывает, что посмертные комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы (КСППЭ) психического состояния лица при подозрении на самоубийство или по его факту относятся к разряду наиболее сложных и ответственных. Экспертное исследование психического состояния суицидента включает в себя клиническую и психологическую диагностику собственно психического состояния, его возникновения, динамики и развития, определение индивидуально-психологических особенностей личности подэкспертного, этико-психологический анализ, диагностику особенностей самосознания, определение черт

личности и характера, квалификацию типа суицида, выявление мотивов (или психологического смысла) самоубийства, установление причинных зависимостей [50,51].

По определению Амбуровой А.Г. [1], суицид - это социально-психологическая дезадаптация личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта. Самоубийство во всех случаях может быть понято лишь как акт взаимодействия индивидуума с социальной средой. Дезадаптация всегда связана с конфликтом сложными взаимообратимыми причинно-следственными отношениями. Конфликт может иметь внешний (экстраперсональный) или внутренний (инtrapерсональный) характер. Объективная и субъективная стороны дезадаптации всегда взаимосвязаны, но далеко не всегда однозначны друг другу.

Для определения актуальной суицидогенности психического состояния, вызванного юридически значимыми травмирующими воздействиями на умершее лицо, предположительно доведенное до самоубийства, а также для раскрытия причинных связей суицида принципиальное значение имеет определение смыслового содержания предсмертно-суицидального поведения лица, совершившего самоубийство, выяснение его личностного значения, смысла самоубийства.

Тихоненко В.А. [21] выделены 5 основных типов личностных смыслов (мотивов) самоубийств: протест, призыв, избежание, самонаказание, отказ. Их диагностика позволяет установить главную психологическую причину суицидального выбора личности, делает возможным выявить ведущее отношение в полимотивированном суицидальном поведении, что создает основу для достаточно определенного экспернского вывода о его детерминации.

В экспертной практике бывает необходимо установить не только характер психической дезадаптации личности суицидента, психологический мотив самоубийства, но и обосновать причинную зависимость этого психического состояния от конкретного внешнего воздействия или травмирующей ситуации. Современными исследованиями установлено, что принцип лицензированной личности и ситуации при экспертизном анализе обстоятельств, которые могут детерминировать суицид, является основополагающим [1,7,50,51]. Для вынесения экспернского решения особенно важным является соотношение внешних (ситуационных) и внутренних (личностных) факторов суицидального риска в каждом конкретном случае, которое, как указывалось выше [50], далеко не всегда бывает равнозначным. Задача состоит в том, чтобы выявить среди них основную, ведущую причину, определяющую «главный внутренний механизм суицидального поведения» [7].

Наиболее часто посмертные КСППЭ в уголовном процессе назначаются по делам о самоубийстве военнослужащих. Анализ деятельности Республиканской судебно-психиатрической и психологической экспертной

комиссии Министерства юстиции Республики Казахстан (МЮ РК) показал, что из 12 посмертных экспертиз, проведенных по уголовным делам, связанным с самоубийством потерпевших, лишь в одном случае экспертиза назначалась в отношении гражданского лица, остальные 11 были проведены в отношении военнослужащих, покончивших жизнь самоубийством. Явное преобладание посмертных КСППЭ по делам о самоубийстве военнослужащих среди общего количества экспертиз подобного рода отмечают и другие авторы [52]. По представленным на экспертное исследование материалам в 10 случаях были даны заключения с конкретными выводами в соответствии с интересующими судебно-следственные органы поставленными вопросами. В 1 случае, в связи с противоречивостью и недостаточностью объективных данных, комиссией принято решение о невозможности дать экспертное заключение.

Анализ экспертной практики (10 посмертных КСППЭ) позволил выделить три основных группы механизмов суицидального поведения у военнослужащих, имеющих различное экспертное значение.

1. *Ситуационные механизмы аутоагрессии*, выявлявшиеся в подавляющем большинстве случаев, когда конфликт имел внешний, реальный характер и подтверждался объективными сведениями из материалов уголовного дела. В 6 случаях конфликт определялся неуставными взаимоотношениями военнослужащих рядового и сержантского состава войск, в 1 случае имели место конфликтные взаимоотношения офицера с командованием части. Конфликтная ситуация, выражавшаяся в систематическом моральном и физическом унижении чести и достоинства потерпевших, приводила к накоплению и кумуляции отрицательных эмоций и постепенно приобретала кризисный характер, суицидальное решение приходило чаще всего внезапно, на фоне аффективной реакции, развивающейся после очередного факта физического насилия или реальной угрозы. Пресуицидальный период, как правило, был кратковременным, от нескольких часов до 1-2 суток, а суицидальный акт можно было квалифицировать как «аффективный суицид» [7]. Среди способов самоубийств, преобладало самоповешение (6 случаев), единичным был случай огнестрельного самопонуждения.

Из индивидуально-психологических особенностей у суицидентов данной группы выявлялись такие черты характера как прямота, бескомпромиссность, повышенная требовательность к себе и окружающим, целесустримленность, ответственность, исполнительность, сочетающиеся с возрастной личностной незрелостью, уязвимостью, недостаточной сформированностью конструктивных выходов из субъективно-сложных конфликтных ситуаций. В условиях психотравмирующей ситуации оскорбления, унижение человеческого достоинства, систематическое жестокое обращение, насилия со стороны обвиняемых у потерпевших наблюдался широкий спектр аффективных и личностных реакций в форме обиды, тревожности, страха перед будущим, безнадежности, безысходности. В клиническом

плане выявлялись признаки психогенной невротической депрессии. Непосредственные мотивы суицидов формировались по типу «протеста», «призыва», «избежания» физических и духовных страданий, угроза которых звучала в высказываниях обвиняемых. В рассматриваемых случаях ситуационные факторы суицидального риска явно превалировали над личностными в формировании мотивов суицидов потерпевших, выявляя объективные признаки наличия прямой причинно-следственной связи между действиями обвиняемых и суицидами потерпевших. Примером суицида, совершенного по ситуационному механизму аутоагgressии, могут служить данные посмертной КСППЭ рядового Н.

Анализ материалов уголовного дела свидетельствовал о том, что в период прохождения службы Н. неоднократно подвергался физическому и моральному насилию со стороны отдельных сослуживцев из числа староступающих. Суициду непосредственно предшествовал факт совершённого с ним акта мужеложства, что было подтверждено показаниями свидетелей и заключением судебно-медицинской экспертизы. В условиях психогенно-трауматизирующей, субъективно сложной для него ситуации (постоянные избиения, оскорблений, жестокое обращение, угрозы, унижение человеческого достоинства, факт мужеложства) разразилась депрессивная невротическая реакция, а факт совершения с нам акта мужеложства послужил непосредственным провоцирующим моментом. Решение о совершении суицида было принято Н. на фоне интенсивных и значимых эмоций, обусловленных чувством оскорблений и унижения человеческого достоинства. Комплексной судебной психотехнической комиссией дано заключение о том, что психическое состояние Н. в пресуицидальный период и суицидальное решение находятся в прямой причинно-следственной связи с действиями обвиняемого.

2. Личностные механизмы аутоагgressивных действий прослеживались в 2 случаях, когда конфликт в большей степени имел внутренний реальный характер. Объективные признаки какого-либо внешнего конфликта с окружающими в одном случае отсутствовали, а во втором случае конфликтная ситуация с сослуживцами имела не решющее, а провоцирующее значение в формировании мотивов суицида. Пресуицидальный период в рассматриваемых случаях был более продолжительным и сопровождался внутренней переработкой с формированием осознанного решения уйти из жизни по мотивам: «самонаказанию», «отказа» и мог быть квалифицирован, как «рациональный суицид» [1].

Индивидуально-психологические особенности этих лиц характеризовались как возрастными особенностями психики людей призывного возраста (18-20 лет), выражавшимися в чрезмерной сенситивности, раздражительности, категоричности суждений и полносной оценке событий, отсутствии жизненного опыта, социальной зрелости, наработанных вариантов выхода из трудовых ситуаций [1,7], так и некоторыми специфическими чертами

характера. Им были присущи такие качества как неадекватная внутренним возможностям самооценка, сочетающаяся с высоким чувством долга и ответственности, максимализм, категоричность и поверхностность оценок и суждений, идеализация межличностных взаимоотношений, высокая чувствительность к внешним оценкам своих поступков, несформированность адаптивных механизмов психологической защиты. Внутренний конфликт по своему содержанию отражал имеющиеся противоречия между завышенными потребностями и реальными возможностями, наличие неустранимых обстоятельств, препятствующих реализации личности значимых потребностей субъектностью в неразрешимости своих проблем.

Так, например, желание испытуемого Б. посвятить свою жизнь службе в армии не могло быть реализовано в связи с выявившимся в период службы эпурезом, наличие которого он тщательно старался скрыть от окружающих, что ему не удавалось. Недоброжелательное отношение сослуживцев также было непосредственно связано с этим фактом, и дополнительные внешние психотравмирующие моменты (конфликты с сослуживцами) имели ту же личностную направленность, что и его внутренний личностный конфликт. Выявление личностных механизмов суицидальных действий у потерпевших по уголовным делам о доведении до самоубийства, в случае наличия предшествовавшей конфликтной ситуации потерпевшего с предполагаемыми обвиняемыми, позволяет сделать вывод о том, что данная конфликтная ситуация в мотивах суицида имела не решающее, а лишь провоцирующее значение, что может иметь юридическое значение в определении степени виновности обвиняемых в доведении потерпевшего до самоубийства.

3. Психопатологические механизмы аутоагgressии выявляются у военнослужащих редко и в проанализированных случаях представлены одним исследованием. Это обстоятельство вполне объяснимо тем, что в армии признаются только психически здоровые лица и вероятность выявления хронического психического заболевания среди военнослужащих крайне мала, но в тоже время определенный риск развития острого психического расстройства в период прохождения службы всё же остается. В данном случае у суицидента в период службы в армии развился первый в его жизни (манифестирующий) приступ щубообразной шизофrenии. Учитывая то, что данный случай представляет определенный интерес в плане посмертной диагностики психического заболевания, а также особенностей представленного следственного материала (посмертная записка), считаем необходимым проиллюстрировать его более подробно.

Проведена посмертная комплексная судебно-психиатрическая и психологическая экспертиза в отношении военнослужащего Г., 1981 г.р. для определения его психического состояния в период, предшествовавший самоубийству (смерти) по материалам уголовного дела в отношении доведения до самоубийства Г. не установленными следствием лицами.

слезть с дерева, оно никуда не пускает меня. Я слышу, как меня зовут наизаны, но немогу им крикнуть в ответ. Я не хочу умирать".

На основании изложенного комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертная комиссия привела к заключению, что Г.К. покончил жизнь самоубийством через самоповешение, находясь в острым болезненном состоянии по мотивам, связанным с психотическими расстройствами, где галлюцинаторно-паранойдный синдром (синдром психического аутизма Кандисского-Клерамбо) выступает на передний план, и проявляется в бредовых идеях преследования, физического воздействия, псевдогаллюцинациях, сенестопатических, идеаторных и моторных автоматизмах.

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертная комиссия считает, что имевшее место у Г.К. в пресуицидальный период острое психотическое расстройство в виде депрессивно-галлюцинаторно-бредового синдрома, по своим клиническим проявлениям укладывается в рамки манифестирующего приступа хронического психического заболевания в форме шизофrenии, явившегося прямым мотивом его самоубийства, то есть завершенный суицид у Г.К. стоит в непосредственной связи с его психическим заболеванием.

В данном случае психоневрологический механизм суицида (продуктивно-психотический) практически полностью исключает вероятность наличия какого-либо внешнего побуждающего к суициду фактора, что позволяет с уверенностью вынести решение об отсутствии каких-либо причинно-следственных связей между действиями предполагаемых обвиняемых и суицидом потерпевшего, т. е. фактически даётся юридическая констатация отсутствия состава преступления.

Таким образом, проведенный анализ посмертных КСПЭ показал, что выявление и квалификация механизмов суицидальных действий позволяет правильно установить наличие или отсутствие причинно-следственной связи между действиями предполагаемых обвиняемых и суицидом потерпевшего, а также дает возможность квалифицировать степень вины участников уголовного процесса.

Подготовка и проведение посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы психического состояния лица при подозрении на самоубийство или по его факт

При назначении посмертной КСПЭ психического состояния лица при подозрении на самоубийство или по его факту следует уделять особое внимание правильной формулировке вопросов, которые должны отражать основные задачи исследования. Рекомендуются их следующие варианты:

- Каково было психическое состояние лица в период, непосредственно предшествовавший его смерти... (указать продолжительность периода, конкретизировать содержательно)? Имел ли это состояние характер, предрасполагающий к самоубийству?

- Если состояние лица носило суицидальный характер и суицидальное поведение было высоко вероятным, то каковы были возможные причины его развития с учётом отмеченных условий и установленных экспертным путём обстоятельств?

В случае установления следствием вида смерти именно как самоубийства вопрос может быть сформулирован более определенно:

- В каком психическом состоянии находилось лицо, покончившее жизнь самоубийством? Каковы причины развития этого состояния и суицидального поведения?

В случаях, когда речь идет об обвинении в доведении до самоубийства (ст. 102 УК РК) или наступлении тяжких последствий в виде самоубийства в результате совершения преступления (п. «б» ст. 54 УК РК), возможна дальнейшая конкретизация вопроса:

- В каком психическом состоянии находилось лицо, покончившее жизнь самоубийством? Какую роль в развитии этого состояния и реализации суицидального поведения сыграли противоправные действия обвиняемых (указать какие именно)?

Вариантом последнего вопроса, может быть следующий:

- Имеется ли причинная связь между неправомерными действиями обвиняемого (обвиняемых) по делу, выражавшимся в ... (указать, в чём выражались неправомерные действия), и суицидальным поведением потерпевшего?

Если такая связь имеется, то какой характер она носит: предрасполагающий, провоцирующий, определяющий?

Довольно часто ошибки при назначении данного вида экспертизы связаны с постановкой вопросов, хотя в целом и входящих в компетенцию экспертов-психиатров или психологов, но не имеющих юридического знания именно в рассматриваемом виде экспертизы. Например:

- «Мог ли потерпевший в момент совершения самоубийства осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими?»

Этот вопрос представляет собой механический перенос формулы иммениемости в экспертизу по факту самоубийства. Данная формула юридически значима только в отношении обвиняемых, и ответ на нее в отношении другой процессуальной фигуры лица, покончившего жизнь самоубийством, никаким образом не раскрывает вопрос о причинной связи его психического состояния с действиями обвиняемых. Насилие, жестокое обращение или систематическое унижение личного достоинства могут обусловить развитие психогенного психического заболевания, которое, достигая психотического уровня, будет препятствовать сущиниденту осознавать значение своих действий и контролировать их; в то же время непонимание своих суицидальных действий может зависеть и от хронического душевного заболевания, абсолютно не связанного с какими-либо действиями обвиняемых. Кроме того, во

многих случаях утвердительный ответ на этот вопрос может затушёвывать искомую причинную связь, давая возможность защите обвиняемого отрицать и сам факт насилия, жестокого обращения или унижения, аргументируя это тем, что эти факты существовали только в воображении душевнобольного, не понимающего, что происходит вокруг:

Формулировка данного вопроса корректна только в тех ситуациях, когда лицо, пытавшееся покончить жизнь самоубийством, является одновременно и обвиняемым в преступлении, связанным с его суицидальной попыткой. Например, военнослужащий совершает незавершённый суицид (остаётся в живых) и обвиняется в членовредительстве; женщина совершает расширенное самоубийство при суициальном акте лишает жизни своего ребёнка (или детей).

Иногда следствием ставится вопрос:

-«Какие индивидуально-психологические особенности подэкспертного могли оказать существенное влияние на его поведение в момент совершения самоубийства?»

Данный вопрос также представляет собой механический перенос, поскольку имеет юридическое значение в отношении обвиняемых. Как правило, под существенным влиянием индивидуально-психологических особенностей на поведение имеется в виду ограничение способности адекватно осознавать окружающее, свои поступки, произвольно и осознанно регулировать и контролировать свои действия вследствие каких-либо аномалий личности не болезненного характера. Ответ на этот вопрос также не имеет значения для квалификации ст. 102 и п. «б» ст. 54 УК РК.

Следующие вопросы являются недостаточными для принятия правильного судебного решения:

-«Какие индивидуально-психологические особенности подэкспертного способствовали принятию им решения о самоубийстве?»

-«Находился ли подэкспертный в момент совершения самоубийства в состоянии аффекта?»

Эти вопросы в целом являются корректными, но не полными. Они могут выноситься в качестве уточняющих к основному вопросу о психическом состоянии сущинента в период, предшествовавший самоубийству.

Материалы, представляемые на экспертное исследование

Посмертные комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы проводятся только по материалам представленных документов, в связи с чем, их качество во многом определяет надёжность и эффективность решения экспертных вопросов.

Для проведения посмертной КСППЭ должны быть представлены:

а) Постановление о назначении посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, в котором следует указать:
-обстоятельства уголовного дела и смерти лица, в отношении которого назначена экспертиза;

-четко сформулированные вопросы в рамках вышеуказанных задач КСППЭ;

-перечень представленных на исследование документов (объектов исследования).

б) Объекты исследования:

-материалы уголовного дела, в которых должны содержаться подробные объективные данные о ситуации, предшествовавшей суициду, вопросы лиц, близко знавших при жизни субъекта, покончившего жизнь самоубийством (родственники, знакомые, сослуживцы, соседи), характеристики на подэкспертного с места работы, учёбы, воинской службы и т.д.

-медицинская документация - подлинники имеющихся в распоряжении следствия медицинских документов, касающихся состояния здоровья лица, в отношении которого назначено проведение экспертизы: амбулаторные карты, медицинские карты стационарного больно (в случаях прежних госпитализаций в стационары различного профиля, включая психиатрические лечебные учреждения), справки о том, состояло ли данное лицо на «Д» учёте у психиатра и нарколога по месту жительства, если состояло, то обязательным является выписка и предоставление амбулаторной карты из соответствующего медицинского учреждения. В отношении военнослужащих медицинские документы о прохождении присяжной комиссии, медицинская карта военнослужащего с места службы.

Назначение данного вида экспертизы предъявляет особые требования к материалам уголовного дела. Методические особенности экспертизы психического состояния лиц, совершивших самоубийство, заключаются в том, что эксперты должны производить исследование, опираясь только на клинико-психологический анализ уголовного дела и приобщённых к нему материалов, которые в этом случае являются единственным источником информации о личности и психическом состоянии сущинента. Поэтому органом, назначающим экспертизу, должны быть собраны все необходимые материалы - полные и подробные сведения о наследственности и психическом развитии подэкспертного лица, его индивидуально-психологических особенностях (в том числе и о характере его реагирования на стресс, фрустрацию, конфликты), о динамике его психического состояния в интересующий суд и следствие период времени, особенно в последние дни перед самоубийством.

Экспертная методология и критерии экспертной оценки

Экспертная методология и критерии экспертной оценки психического состояния лица при подозрении на самоубийство или по его факту базируются на основных теоретических положениях современной суицидологии, согласно которым суицидальный поступок представляет собой намеренное лишение себя жизни, является произвольным актом, реализующим последний выбор личности [1]. Добровольному уходу человека из жизни, как

правило, предшествует глубокое нарушение его социальной адаптации. Поэтому при экспертном анализе материалов дела уделяется специальное внимание объективным проявлениям пресуицидальной дезадаптации. Они выражаются в изменениях поведения сущинента в сфере ближайшего окружения, в снижении уровня его социального функционирования, а также в характерных психоэмоциональных сдвигах: ранимости, вспыльчивости, истощаемости, симптомах астении, тревоги, депрессии, дисфории.

Объективные явления дезадаптации необходимо по возможности дополнить их субъективными признаками, которые могут содержаться в показаниях лиц из близкого окружения подэкспертного о его высказываниях, письмах, личных документах. К ним, прежде всего, относятся тягостные отрицательные переживания горя, страха, тревоги, обиды, возмущения, злобы, гнева, стыда, глубокой душевной боли.

Признаки социально-психологической дезадаптации могут проявляться на двух уровнях: непатологическом и патологическом. В последнем случае речь идет о различных формах психических расстройств (заболеваний), в связи с чем, требуется тщательный подбор данных об объективном анамнезе сущинента (сведения от близких родственников о возможной отягощенной наследственности психическими заболеваниями, психофизическом развитии в детские и юношеские годы, отмечавшихся у него признаках болезни и их динамике), документальное подтверждение имевших место в прошлом нарушений психического здоровья, обращения за специализированной психиатрической, наркологической или психологической помощью.

При непатологических формах дезадаптации, выступающих нередко в форме демонстративного поведения, следует обращать внимание на условия воспитания и быта, резкую смену привычных стереотипов отношений и деятельности (например, при призывае на военную службу, при осуждении, уходе из семьи и т.п.), разрыв значимых связей (распад семьи), утрату близких, наличие хронической ситуации социального неуспеха.

В динамике социально-психологической дезадаптации, ведущей к суициду выделяют две фазы: предраспозиционную и суициальную.

Предраспозиционная фаза не сопровождается суицидальным поведением, однако ее анализ весьма важен для КСППЭ, так как делает понятным снижение личностной устойчивости к неудачам и жизненным потерям, раскрывает механизм кумуляции их психотравмирующего влияния на психику сущинента. Выявление признаков углубления социально-психологической дезадаптации личности в предраспозиционной фазе с развитием кумулятивного механизма особенно важно при систематическом уничтожении человеческого достоинства, сам характер действия которого является сугубо кумулятивным.

Сведения, необходимые для проведения психологического анализа внутриличностной дезадаптации могут быть получены из медицинской и психологической документации об умершем, а также показаний близких ему

лиц. В этом плане важными являются сведения о его низкой самооценке, низком мнении о своих возможностях, склонности к самопорицанию, восприятии окружающего как непреодолимого стечения обстоятельств.

Суициальная фаза, по определению Тихоненко В.А., начинается с момента зарождения суицидальных тенденций и продолжается вплоть до завершенного суицида, условно разделяется на *пресуицидальный и суицидальный периоды*. Для пресуицидального периода характерны антиигральные переживания, которые могут быть выявлены в сведениях о предшествовавших сущинцу высказываниях подэкспертного типа: «жизнь тягостна», «жить не стоит», «не живешь, а существует» и т.п., отражающих отрицание позитивного смысла жизни. Переход к внешней суицидальной активности знаменует начало суицидального периода. В этом отношении большое значение имеет анализ сведений о прежних суицидальных попытках сущинента. Согласно Амбрумовой А.Г. и Тихоненко В.А., «суициальная попытка это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью». Хотя эти попытки не относятся прямо к предмету посмертной КСППЭ, их анализ дает ценные сведения об особенностях суицидального поведения подэкспертного, поэтому обязательно учитывается при экспертной оценке.

Продолжительность пресуицидального периода (от возникновения суицидальных мыслей до попытки их реализации) может исчисляться минутами или месяцами, что зависит от степени аффективной охваченности сущинента. По этому качеству все суициды подразделяются на два основных типа:

1) *Аффективные суициды* характеризуются острой и напряженностью внутренних эмоциональных переживаний, охваченностью ими, импульсивностью принятия решения, быстрой перехода к суицидальным действиям.

2) *Рациональные суициды* результат длительной внутренней переработки, осознанного решения уйти из жизни, выношенного намерения, последовательной реализации продуманного плана, учета обстоятельств, нередко с принятием мер, исключающих оказание помощи, оставление записок, реабилитирующих близких. Этот тип суицида чаще имеет завершенный характер. При рецидивирующем суицидальном поведении он обычно завершается.

Основополагающим принципом экспертного анализа обстоятельств, определяющих мотивы суицида, является *двуединое рассмотрение личности и ситуации* [1,50]. Суицидальное поведение, как правило, связано с развитием тяжелой *конфликтной ситуации*, нередко имеющей характер невыносимой психической травмы. Для экспертного анализа потенциально суицидогенной ситуации в материалах уголовного дела должны быть собраны сведения, касающиеся выявления имевшихся у умершего лица конфликтов в сфере его отношений к себе самому или своему

окружению. Самыми суицидоопасными, по данным Амбрумовой А.Г. и Тихоненко В.А. [1,7], являются конфликты в личной и семейной сферах. Содержание конфликтной ситуации чаще всего составляет несправедливость, оскорблении и унижения со стороны родственников и окружающих, одиночество, социальное отвержение и изоляция, тяжёлая болезнь и смерть близких, потеря иных значимых лиц, их неблаговидные поступки, неудачная любовь, супружеская измена, потеря сексуального партнёра, половая несостойтельность и т.п. Существует определённая возрастная избирательность к травмирующему влиянию конфликтной обстановки. Для лиц среднего возраста наиболее траумирующими являются семейные конфликты, для пожилых людей потеря близких, для подростков несправедливость, для юношей несчастная любовь. Особый интерес для следствия имеют конфликты, связанные с антисоциальным поведением сущинента. К ним относятся ситуации неизбежной ответственности, предстоящего позора, тяжёлых карательных санкций, отвержения значимыми лицами и т.п.

Фундаментальной категорией экспертного анализа следует считать *позицию личности*, вытекающую из особенностей её осмысливания ситуации конфликта и своего места в нём. Согласно исследованиям Тихоненко В.А. [21] «проигрышную» позицию личности характеризуют следующие 6 признаков:

1. *Фиксированность позиции*. Субъект не в состоянии изменить образ ситуации, особенно манипулировать его элементами в пространственно-временных координатах.
2. *Вовлечённость*, т.е. неспособность отстраниться от конфликтной ситуации, дистанцировать её.
3. *Сужение смыслового поля сознания и самосознания* за счёт ограничения представлений о собственных ресурсах и возможностях, а также за счёт нарастающей изоляции от окружающих.
4. *Изолированность и замкнутость позиции*, отчуждение личности, утрата связи с референтными группами, нарушение социальной идентификации.
5. *Пассивность позиции*. Представляя себе активно направленные на него воздействия участников конфликта, субъект не может противопоставить им конструктивные тактики поведения (нападение, защиту, уход и т.п.) в связи со снижением побудительной привлекательности ценностей, нормативными барьерами, недостаточной актуализацией знаний и опыта.
6. *Сужение (неразвитость) и инвариантность временной перспективы*. В смысловом образе ситуации отсутствует позитивное будущее, надежда. Будущее представляется только как продолжение или усугубление наличной тяжёлой ситуации.

Проигрышная позиция личности - относительно устойчивое мотивационное образование, определяющее высокую внутреннюю потенцию, риск совершения суицида.

Вышеописанные особенности личностных переживаний наиболее полно раскрываются в дневниках, интимных письмах, записных книжках, продуктах творчества, записях, вырезках и выписках из литературных произведений, тематике выделяемых текстов, доверительных беседах с близкими людьми, оговорках, неожиданных комментариях и т.п., которые в ходе следствия должны быть по возможности максимально полно собраны и приобщены к материалам уголовного дела.

Для определения актуальной суицидогенности психического состояния, вызванного юридически значимыми травмирующими воздействиями на умершее лицо, предположительно совершившее суицид, или доведённое до самоубийства, а также для раскрытия причинных связей суицида принципиальное значение имеет определение смыслового содержания предсмертно-суицидального поведения лица, подозреваемого в совершении самоубийства, а в случаях установленного суицида - выяснение его личностного значения (смысла самоубийства).

Тихоненко В.А. [21] выделены 5 основных типов личностных смыслов (мотивов) самоубийств. Их диагностика позволяет установить главную психологическую причину суицидального выбора личности, делает возможным выявить ведущее отношение в полимотивированном суицидальном поведении, что создает основу для достаточно определённого экспериментального вывода о его детерминации. Эти типы следующие:

1. *Протест*. Смысл суицида выражает последнее возражение, несогласие со сложившимися обстоятельствами, условиями существования. Чаще всего это пассивная конфронтация, бессильная неизпримость с ситуацией, своего рода вызов и упрёк окружению (социуму) за несправедливость или (и) неприемлемое отношение (равнодушие, жестокость, отвержение и т.п.).

2. *Призыв*. Смысл суицидального поведения в этих случаях состоит в активации реакции окружающих для изменения ситуации в желательную сторону, привлечении общественного внимания к тяжёлым или (и) несправедливым личным обстоятельствам, в самореабилитации, формировании посмертного сочувствия к себе, изменения на позитивное неблагоприятного мнения о себе, вызова сострадания, рассказов у окружающих.

3. *Избегание*. Смысл суицидального поведения заключается в устрашении себя от непереносимой угрозы своему существованию как личности, социальному и биологическому индивиду, от ожидаемых неизбежных мук, потерь, физических и душевных страданий.

4. *Самонахлопье*. Смысл суицидов такого рода имеет разные оттенки - «зничтожение в себе врага» или «искупление грехов». Их общая содержательная формула: «Никогда не прощу себе».

5. *Отказ*. Смыслом суицидального поведения является полная капитуляция перед обстоятельствами, отказ от существования в незыблемой ситуации, нередко с глобальным переосмыслением отношения к миру как к источнику всяческого зла.

По данным Слуцкого А.С. и Занадворова М.С. [52] прослеживается определённая возрастная избирательность описанных типов. В молодом возрасте (от 18 до 30 лет) отмечается преобладание смысла протesta и призыва, которые нередко выступают в сочетании. После 45 лет предпочтительными становятся суициды со смыслами избегания, самонаказания и отказа.

Диагностика смыслового типа самоубийства, основанная на анализе материалов дела (при их достаточности) смыслового типа самоубийства позволяет сделать вывод (в некоторых случаях лишь вероятный) о его мотивах и причинах.

В качестве причины суицида, мотивация которого формировалась по типу «протеста» в условиях реальной психотравмирующей ситуации, приводятся данные посмертной КСППЭ военнослужащего К.

Следствием было установлено, что в помещении казармы военной части был обнаружен труп рядового К..., в повешенном состоянии. По заключению судебно-медицинского исследования трупа К... смерть курсанта К... наступила от механической асфиксии в результате сдавления органов шеи петлей при повешении. При судебно-медицинском исследовании трупа курсанта К... также были обнаружены следующие телесные повреждения: кровоизлияние в мягкие ткани правой теменно-затылочной и левой височной областей, давностью до 40 минут, кровоизлияние в области рукаватки грудины, давностью до 4 часов; кровоподтек правого верхнего века давностью 4-8 дней; кровоподтек наружной поверхности в средней трети правой голени, давностью до 4 дней; ссадины подбородка, наружной поверхности правой кисти, внутренней поверхности нижней трети правой голени, давностью 1-3 суток. Указанные выше телесные повреждения причинены тупым твердым предметом или при ударе о таковой, учитывая их внешнюю характеристику. Выявленные на трупе К... телесные повреждения у живых лиц вызывают легкий вред здоровью и в непосредственной причинной связи с наступлением смерти не стоят.

Изучение сведений из уголовного дела и дополнительных материалов, представленных по ходатайству экспертов, показало, что до призыва в армию у К... не отмечалось каких-либо признаков психических расстройств. Со слов родственников он отличался «крепким отменным здоровьем никогда ничем не болел», на «Д» учете у психиатра и нарколога не состоял. По характеру был «эксизилюбивым», «эксизнерадостным», «всегда был веселым, никогда не отчаявался», «у него было много друзей», «был добр и весел», «был оптимист, настойчив в достижении целей», «трудолюбив», «находит общий язык с большинством людей», «был талантливым солистом», «перспективным певцом» (из показаний родственников и характеристики). Во время призыва в армию при прохождении призывной комиссии у него каких-либо заболеваний выявлено не было, заключение невропатолога и психиатра «Годен». Из медицинской характеристики военнослужащего известно, что при первичном комиссионном осмотре в

воинской части у него никаких отклонений со стороны нервно-психической деятельности также не выявлялось.

Период адаптации в первые месяцы службы в армии проходил благополучно: он характеризовался по службе положительно, ему выплачивались поощрения, благодарности. В связи с музыкальными способностями он был принят в оркестр, со слов сослуживцев, «он был спокойным, общительным парнем», «в роте его все умели». Некоторые из сослуживцев отмечали в его характере «замкнутость», «скрытность», но такие характеристики подэкспертного встречались в основном в показаниях данных сослуживцами на русском языке, а лица, общавшиеся с подэкспертом на родном (казахском) языке таких черт его характера не замечали. Его проявлявшаяся внешне «замкнутость» в общении с отдельными сослуживцами была, вероятно, обусловлена языковым барьера, по анкетным данным в «Личном деле призывника» он русским языком не владел. Таким образом, по имеющимся в материалах дела объективным данным каких-либо особенностей в поведении и характере К..., которые могли бы свидетельствовать о наличии у него психических расстройств, не выявлялось.

По показаниям родственников в период отпуска он «был рад армейской жизни, не отмечая никаких притеснений, как со стороны начальства, так и со стороны сослуживцев, увлекался музыкой, жил хорошо». Родственники у него не замечали никаких посторонних мыслей, «в отпуске работал по дому, помогал родственникам, встречался с друзьями детства», «когда уезжал из отпуска в военную часть, то настроение было хорошее, «ехал с удовольствием». Это свидетельствовало о том, что конфликтная, психотравмирующая ситуация возникла после возвращения К... из отпуска домой.

За несколько дней до случившегося окружающие заметили у К... синяк под правым глазом. Достоверность данного телесного повреждения подтверждается также заключением судебно-медицинской экспертизы трупа К... К этому же времени относятся и выявленный при судебно-медицинской экспертизе (СМЭ) трупа К... кровоподтек наружной поверхности в средней трети правой голени. Об обстоятельствах получения телесного повреждения («синяк под правым глазом», он давал окружающим различные объяснения: «Когда боролся с рядовым Ш..., то он задел меня локтем, и от этого получился синяк», «затык», «не знаю, кто ударил в лицо, не запомнил», «подрался с двумя солдатами, но лиц их не помню», «подрался в роте с ребятами», «когда играл с ребятами в роте, нечаянно получив синяк, входил в сторону бассейна, там встретил двух дембелей и одни ударили», «ходил и разведбат к землякам, относил письма, там ударил какой-то русский солдат, разведчик», «сцепился с ребятами». Это свидетельствует о том, что истинные причины получения телесных повреждений К... старался скрыть от окружающих, опасаясь нежелательных для него последствий. По этой же причине, несмотря на настойчивые требования командира роты, он откладывал написание объяснительной под данному

факту. Возникшая ситуация, носившая характер межличностного конфликта, была для К... психотравмирующей, но он мог в достаточной степени контрастировать свое поведение и эмоции, поэтому многие из его сослуживцев, видевшие его в день смерти, в своих показаниях подавленного настроения у него не отмечали.

В день смерти К... после беседы с командиром роты, состоявшейся в 15.00 часов в присутствии рядового Ш..., и настойчивого требования командира роты написал объяснительную, направившись к своим знакомым в соседнюю воинскую часть, и около 16.00 часов пытаясь поговорить о чем-то со своими земляками. Ею земляк Ш... в своих показаниях отметил: «я ему сказал, если у тебя есть возможность, то приходи вечером, тогда поговорим, а то я хочу отдохнуть, поспать. Он попросил меня еще постоять некоторое время, я сказал, «говори побыстрее, что еще хочешь сказать». Он сказал: «если ты торопишься, позови моего одноклассника А...», я почувствовала, у него настроение было пониженным». Стремясь найти адекватный выход из создавшейся психотравмирующей ситуации, он искал совета и помощи от земляков, друзей из соседней роты, но в своих пересказанных так и не сумел никому рассказать. Его состояние характеризовалось сниженным фоном настроения, беспокойством, тревогой, то есть в его поведении проявлялись объективные признаки реактивной некротической депрессии.

Психотравмирующая ситуация межличностного конфликта К... с окружающими имела тенденцию к усугублению до кризисной, о чём свидетельствуют данные СМЭ трупа К... о повторном получении им тяжёлых покражений незадолго до наступления смерти. Таким образом, реализация суицидального акта была непосредственно связана с дополнительными внешними психотравмирующими факторами, имеющими ту же личностную направленность, что и вся конфликтная ситуация. Это позволяет квалифицировать тип суицида К... как аффективно-кумплиментарный с реакцией «протеста», выражавшей несогласие со сложившимися обстоятельствами и условиями существования, непримиримость с ситуацией несправедливого и жестокого отношения к нему окружающими.

Таким образом, в результате проведенного исследования данных за наличие у К... какого-либо хронического психического расстройства не выявлено. В период времени, непосредственно предшествовавший смерти, у К..., отмечались признаки реактивной (невротической) депрессии, развившейся вследствие воздействия на него внешних психогенных факторов: психогенного и физического давления окружающих.

Вышеперечисленные типы мотивов самоубийства характерны в основном для психически здоровых лиц. Эти же мотивы могут определять и суицидоопасное поведение психически больных в относительно благоприятный период их заболевания (в ремиссии) на фоне достаточной сохранности личности. В психотическом состоянии (психозе) у психически

больных преобладает патологическая мотивация суицидов, непосредственно связанная с содержанием их болезненных переживаний (бред, галлюцинации и т.д.). Уровень осознания суицидального мотива и степень произвольности в реализации замысла у больных в психотическом состоянии неоднозначны и во многом зависят от ведущего в клинической картине заболевания психопатологического синдрома и психонатологического механизма аутоагgressии. У больных с депрессивно-параноидными состояниями прослеживается бредовая убеждённость в безысходности ситуации, бессилии, безнадёжности попыток уйти от преследователей. Больные в таких случаях заявляют: «Зачем жить, всё равно убьют». Аналогичная бредовая оценка безысходности ситуации нередко складывается и у больных с депрессивно-ипохондрическими переживаниями. Болезненное предчувствие нацищающейся гибели от тяжёлого неизлечимого соматического заболевания, тягостно переносимые сенестопатические ощущения, обусловливают психопатологическую мотивацию суицидов. При преобладании в клинике заболевания синдрома Кандисского-Клерамбо или даже отдельных его элементов, больные субъективно тягостно переживают ощущение охваченности воздействием посторонней силы. Душевные страдания для больных становятся непереносимыми и желание смерти возникает как способ избавления от мук. В случаях бредовой мотивации самоубийство нельзя в полной мере рассматривать как прямое следствие психопатологических переживаний, влияние продуктивной психосимптоматики здесь в той или иной мере опосредовано личностной спецификой отношения больного к патологическим переживаниям актуальными установками и способами социальной адаптации. В других же случаях, когда в структуру синдрома входят императивные вербальные истинные и псевдогаллюцинации, содержанием которых является приказ покончить с собой, иногда с указанием способа суицида, роль психопатологической продукции в возникновении суицидального замысла максимальна. Безусловно, суицидальный риск у данной категории больных наиболее высок. Уровень осознания суицидального мотива, критичности и произвольности в выборе решения в данных случаях сведен к минимуму.

Ведущее звено в психопатологической мотивации суицидов психически больных определяет **психопатологический механизм аутоагgressive действия (ААД)**. Из продуктивно-психопатологических механизмов ААД психически больных в мотивах суицидов наиболее часто встречаются следующие:

1. **Продуктивно-психотические механизмы, когда суицидальные тенденции больных непосредственно обусловлены характером продуктивной симптоматики.** В этих случаях суицидальный риск находится в прямой зависимости от остроты и актуальности болезненных переживаний.

2. **Негативно-личностные механизмы, когда суицидальные тенденции связаны с реакцией патологически измененной личности**

больного на реальную психотравмирующую ситуацию.

Из продуктивно - психотических механизмов суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами наиболее часто встречаются следующие варианты:

Бредовая мотивация, при которой патологические мотивы суицидальных действий находятся в прямой зависимости от фабулы бредовых переживаний, которые выявляются в структуре сложных психопатологических синдромов: аффективно-бредовых, галлюцинаторно-бредовых, синдрома Кандинского-Клерамбо, парофренического. В зависимости от содержания бредовой фабулы, определяющей суицидальные мотивы, выделяются отдельные варианты бредовой мотивации. Бредовые идеи воздействия, предсказания определяют формирование суицидального мотива по механизму бредовой защиты. Суицидальным действиям этих больных нередко предшествует агрессия в отношении мнимых «преследователей». Придя к бредовому убеждению о неминуемой гибели от «преследователей», не находящих способов избавления от мучительного «воздействия», эти больные приходят к бредовому решению о самоубийстве, как единственном способе избавления от преследования. Бредовые идеи самоуничтожения, самообвинения, лежат в основе формирования суицидальных мотивов по механизму искушения бредовой линии. Бредовые идеи самоуничтожения проявляются в стремлении больных «принести себя в жертву во имя спасения человечества» по механизму бредовой миссии. Интонационное содержание бреда лежит в основе намерения покончить с собой в связи с бредовой убежденностью и неминуемости гибели от неизлечимого заболевания, неотвратимости мучительной смерти.

Патологические императивы выявляются при психотических состояниях, в синдромальной структуре которых преобладает вербальный галлюциниоз с угрожающим содержанием обманов восприятия и «приказаний» о самоубийстве. Покончить с собой этих больных заставляют «голоса», иногда, в случае неподчинения им, слуховые обманы восприятия угрожают расправой. При этом галлюцинаторные расстройства нередко сопровождаются тревожной депрессией с ажитацией.

Дисфорическая тотальная агрессивность выявляется преимущественно в суицидальных мотивах больных эпилепсией и органическим поражением головного мозга с эпилептиформным синдромом, в клинической картине которых прослеживаются полиморфные пароксизмы с глубокими (психотического уровня) дисфориями. На фоне внезапно развившегося тоскливо-злого, брутального аффекта агрессивность этих больных приобретает недифференцированный характер, агрессивные акты в отношении окружающих сменяются агрессией, направленной на себя. Их действия отличаются немотивированностью и особой жестокостью. Характерными формами аутоагgressии у этих больных являются самововраждение колюще-режущими предметами (резаные раны предплечий и живота). При повторных

дисфориях агрессивные и аутоаггрессивные тенденции, как правило, повторяются на фоне быстро нарастающих изменений личности.

Дезорганизация поведения в результате помрачения сознания при суицидальных действиях наблюдается редко. Острое психотическое состояние с сумеречным помрачением сознания, как правило, исключает возможность какой-либо регуляции деятельности и контроля со стороны больного над своими поступками. Соответственно роль личностного и ситуационного факторов в таких случаях практически отсутствует. Совершаются больными в состоянии расстроенного сознания агрессивные и аутоаггрессивные действия, сменяющие друг друга, имеют общие особые характеристики импульсивность, стереотипность нанесения повреждений, немотивированность. Переход расстроенного сознания больными, как правило, полностью амнезируется и в последующем они не могут пояснить каких-либо мотивов своих действий.

Негативно личностные механизмы суицидальных тенденций могут проявляться в двух вариантах:

Ситуационно спровоцированные суицидальные тенденции отмечаются преимущественно у лиц, особенности личности которых характеризуются снижением толерантности к острым фрустрирующим переживаниям, снижением волевого и интеллектуального контроля над поведением, при этом больные становятся уязвимы к кризисным и стрессовым ситуациям, переживаемым ими с чувством безысходности: «потеря чего-либо значимого», «несправедливое отношение окружающих», «крах надежды», «страх перед будущим» и т.д. Среди способов реализации суицидальных тенденций у этих больных преобладают попытки повешения, свидетельствующие о серьезных намерениях покончить жизнь самоубийством. К вариантам ситуационно-спровоцированных аутоаггрессивных действий относятся демонстративно-шантажные, которые не отражают целенаправленного стремления больного к лицензию себя жизни, а являются лишь способом достижения изменения неблагоприятной для больного ситуации в его пользу. Испытывая в определенных психотравмирующих ситуациях чувство обиды, унижения, больные совершают демонстративно-шантажные аутоаггрессивные действия, в механизмах которых прослеживаются такие мотивы как «призыв», «избежание наказания». Наиболее характерной формой таких аутоаггрессивных действий является нанесение самопорезов предплечий, реже - поверхностных ранений живота.

Личностно - дезадаптационные механизмы прослеживаются в суицидальных мотивах у больных с аллопсихической и аутопсихической дезадаптацией. В первом случае дезадаптация больных связана с реальной социально-бытовой неустроенностью (отсутствие постоянного места жительства, средство к существованию, одиночество), а во втором случае суицидальные мотивы у больных формируются в связи с осознанием тяжести своего заболевания, потерей престижа, утратой социальных связей, больные

считают, что они, в связи с заболеванием, являются обузой для близких.

Чем большее место в пресуицидальном периоде в психике (содержании сознания) больного занимают психотические расстройства, тем менее значимыми становятся личностно-ситуационные факторы, участвующие в формировании суицидальной настроенности больного. И, наоборот, в ремиссии, при послаблении психотических расстройств, особое значение в мотивах суицидальных тенденций приобретают сохранные и патологически измененные структуры личности больного, проявляющиеся в конкретных, провоцирующих аутоагрессию ситуациях.

Личностно-дезадаптационные механизмы суицидальных тенденций предполагают возможность выявления косвенной причинно-следственной связи, когда действия предполагаемого обвиняемого (обвиняемых) могли оказать способствующее или/и провоцирующее влияние на мотивацию и реализацию суицидальных тенденций у потерпевшего, что может оказать влияние на юридическую оценку степени виновности обвиняемого (обвиняемых).

В выявлении и диагностической оценке психопатологического состояния (психического заболевания) у суицидента, определении болезненных мотивов суицида, важное значение имеет изучение предоставленной на исследование медицинской документации, в случае отсутствия которой особое значение приобретают показания лиц, знавших умершего. Необходимая фактическая информация также может быть получена из личных документов суицидента: писем, дневников, заметок, записных книжек, продуктов творчества (рисунки, стихи, проза), дающие при психолого-психиатрическом анализе ценную информацию о содержании внутренних переживаний, модификации личностных смыслов, их патологии. Психически больные также могут оставлять посмертные записки, в которых нередко подробно описывают свои болезненные переживания и вытекающие из них мотивы суицида.

Экспертная компетенция, роли экспертов в КСППЭ

При проведении КСППЭ психического состояния лица при подозрении на самоубийство или по его факту, участвующим в экспертном исследовании психологам и психиатрам следует придерживаться рамок экспертной компетенции.

В компетенцию эксперта-психиатра входят диагностика психического состояния лица накануне смерти или установленного самоубийства, квалификация у этого лица в случае обнаружения психического расстройства недущего психопатологического синдрома, вида его клинической диагностики, этиологии, зависимости от психотравмирующих и других экзогенных (опьянения) и соматических (заболевание или его обострение) влияний. На основании анализа дела и медицинской документации этот эксперт может оценить остроту актуального состояния дезадаптации, особенности патогенетических травмирующих переживаний, наличие суицидальных мыслей и

тенденций в пресуицидальный период, характер предшествовавших суицидальных попыток, отношение к ним сущинента. Он также компетентен рассматривать патологически избирательную чувствительность личности к травмирующему воздействию ситуации, анализировать аффективную суженность её сознания, выявлять неблагоприятные варианты динамики при наличии личностных аномалий. На основании полученных сведений эксперт-психиатр даёт оценку медицинских факторов суицидального риска (суицидоопасности), характеризует психическое состояние накануне самоубийства преимущественно с психопатологической стороны.

В компетенцию эксперта-психолога входят раскрытие структурно-динамических особенностей и типа транзиторного психологического состояния личности суицидента (подозреваемого или верифицированного), выяснение на основании продуктов творчества и посмертных записок, содержания его сознания и переживаний в пресуицидальный период, анализ характера взаимодействия личности и ситуации с выявлением существа внутриличностных и межличностных конфликтов, содержания переживаний, а при возможности, также установление цели и смыслового типа суицида. На основании полученных сведений эксперт-психолог даёт оценку смысловых и индивидуально-психологических факторов риска самоубийства (суицидоопасности), характеризует психическое состояние накануне самоубийства преимущественно с личностно-смысловой, мотивационной стороны.

К совместной экспертизной компетенции относится оценка степени конфликтогенности и психотравматичности ситуации, механизмов кумуляции психогенных воздействий, особенностей состояния пресуицидальной дезадаптации, содержания сознания и переживаний в пресуицидальный период, внутренних феноменов суицидального поведения, типа суицида, характерологических факторов риска, а также причинных связей суицидального поведения.

Заключение

Медицинские аспекты профилактики суицидального поведения включают вопросы ранней диагностики этих состояний и выявление личностных особенностей суицидентов. Основываясь на знании преморбидных характерологических свойств личности, с наибольшей эффективностью можно смоделировать проведение первичных психопрофилактических мероприятий, медикаментозное лечение и психотерапию.

Без знания механизмов, которые приводят к десоциализации указанного в данной работе лиц, их аутоагрессивному поведению, без взвешенной оценки потенциала реадаптации невозможно разрабатывать эффективные лечебные, социально-реабилитационные и профилактические программы. Вышеописанный комплекс суицидальных мотивационных комплексов способен определить не только то, что подлежит изменению в рамках

реабилитационных программах, но и то, на что следует опираться при их осуществлении.

Описанный психодиагностический подход существенно расширяет возможности индивидуализированной оценки результатов терапии лиц с суицидальным поведением. Он позволяет более четко кристаллизовать мишени и наметить тактические пути для проведения психотерапевтической и социальной работы.

Список литературы:

1. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения // Методические рекомендации. М., 1980. 48 с.
2. Klein D.N. et al. Double depression and episodic major depression: demographic, clinical, personality and socio environmental characteristics and short-term outcome // Amer. J. Psychiat., 2008.-Vol. 146.-P. 1226-1238
3. Нацкенова А.М., Толстикова А.Ю. Миры и факты о суициде // Методические рекомендации. Алматы, 2007. 21 с.
4. Кудряшев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М., 1999. С. 413-443
5. Философская энциклопедия, т. 4, 1967, с. 369
6. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. М., Педагогика, 1973
7. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид, как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. Тр. Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. М., 1978. с. 6-28
8. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал, том 6, № 6, 1985. с. 107-115
9. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. М. 1980. 163 с.
10. Shneidman E.S. Risk factors of malignant progressing of psychoorganic disorders at persons with ethanol dependence, Vol. 3, 2005. P. 221-229
11. Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом // Журн. практ. психологии и психоанализа, 2003, № 1, март (Ежекварт. научно-практ. журн. электронных публ.)
12. Schukit M.A. Enzymatic methylation of phosphatidylethanolamine increases erythrocyte membrane fluidity // Nature., 2005. - Vol. 275. - P. 219220
13. Madden J.S. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. Alcohol clin., Exp. Res., 2008; 22:5-998-1040
14. Henriksson et al. Increased temporal cortex CREB concentrations and antidepressants treatment in major depression // Lancet, 2008, Vol. 28. -P. 352354.
15. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства // Руководство для врачей, М., 1997, 571 с.
16. Lewis et al. Chronic pain as a variant of depressive disease: A pain-prone disorders // G. new. ment. Dis. - 2002., N 170. -P. 381406
17. Короленко И.П., Белонюсова О.П., Боткарева Н.Л. К вопросу о выделении больных с суицидальным риском по психологическим критериям // Жур. неврол. и психиатр. им. Корсакова. 1978, т. 78, вып. 3. с. 426-430
18. Masson D., Collard M. On the preferential abuse of heroin and amphetamine. // J. Nerv. Ment. Dis., 2003; 156:242-248.
19. Достоевский Ф.М. Преступление и наказание. М., 1962
20. Дюркгейм Э. Социология и теория познания // Хрестоматия по истории психологии. Под ред. Гальперина П.Я., Ждана А.Н., М., 1980. С. 211-235
21. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. Тр. Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. М., 1978. с. 59-73
22. Войцех В.Ф. Динамика суицидогенеза и аффективные расстройства // Матер. Российской конференции: Аффективные и шизоаффективные расстройства. М., 2003. с. 34-35
23. Бородин С.В., Михлин А.С. Самоубийства за рубежом // Научные и организационные проблемы суицидологии. Сб. научн. Тр. МНИИП. М., 1983. С. 20-32
24. Sener S. Facing depression. Editorial // WPA Teaching Bulletin on Depression, 2003. Vol. 1. N 1. -P. 1-6
25. Шихарев П.А. Соотношение суицидальности и криминальной агрессии в амбулаторной психиатрической практике // Матер. 14 съезда психиатров России, М., 2005. с. 220
26. Алиев И.А. Теоретико-экспериментальная модель изучения механизмов психологической защиты суицидентов // Матер. 14 съезда психиатров России, М., 2005. с. 125
27. Лаврин А. Анализ повторных суицидов у больных шизофренией и меры их превенции // Сб.: Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. М., 1984. с. 83-87
28. Вахов В. Население и общество // Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека / ИНППРАН, 1998, № 25, с. 22-23
29. Соседко Ю.И., Постовалова Л.В. Социально-психологические аспекты семейной диагностики суицидентов // В сб.: Актуальные проблемы суицидологии. М., 1981, с. 103-124
30. Меграбян А. Клинико-психологические особенности больных хроническим алкоголизмом с суицидальными тенденциями и профилактика суицидов: Автореф. Дис. ... канд. Мед. наук. Харьков, 1992. 26 с.
31. Берис Д. Безнадежность и суицид // Тайна настроения. М., 1997. 526 с., 32 с.
32. Петровский В.А. Психиатрия и проблемы духовной жизни // Синанс. 1991. Т. 3. С. 49-55
33. Франкл В. Человек в поисках смысла, М., 2002
34. Шуман С. Клиническая психопатология. М., 1997

35. Агазаде Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: дис. ... докт. мед. наук. М. 1989. 339 с.
36. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Суицидология: прошлое и настоящее. М.: Когито-центр, 2001. С. 255-270
37. Штекель В. Суицидальная личность и самопознание // Суицидология: прошлое и настоящее. М.: Когито-центр, 2000. С. 212-215
38. Фромм Э. Иметь или быть? М., 1990. 330 с.
39. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М.: Прогресс. Универс., 1993
40. Амон Г. Суицидогенез и суицидальное поведение // В кн. «Психология настоящего момента». М., Изд-во «Пресс», 2001. 224 с.
41. Platt S. Deindividuation and antinormative behavior: A meta-analysis. /Psychological Bulletin. 2008. Vol. 123. P. 238-258.
42. Берн Э. «Игры, в которые играют люди» // Минск, 2000г.
43. Гоудинг М.М., Гоудинг Р.Л. Психотерапия нового решения. Теория и практика. М. Независимая фирма «Класс», 1997. 288 с.
44. Молокинов М.В., Хайруллина З.Р. Применение эмоционально-стрессовой психотерапии в профилактике суицидов // Краевая научно-прак. Конференция по психотерап. и мед. деонтологии (Тезисы док.). Ставрополь, 1986. С. 113-114
45. Лоренц К. Агрессия. М., 1994. 272 с.
46. Менингер К. Война с самим собой. М.: «ЭКСПО-Пресс», 2000. 480 с.
47. Линдеман Э., Каплан Г. Психотерапевтическое консультирование, 4-е международное издание. С-П., 2001. 462 С.
48. Мани Д. Суицидальное поведение молодежи. М., 1998
49. Harold A.Kahn,Cristopher T.Sempos Statistical Methods in Epidemiology
50. Шнейдман К. Душа самоубийцы. М.: Смысл 2001, 315 с.
51. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза психического состояния лица, окончившего жизнь самоубийством // Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. Москва, 1998., С. 170-178
52. Слуцкий А.С., Занадворов М.С. Некоторые психологические и клинические аспекты поведения суицидентов // Психол. журн., 1992. Т. 13, № 1. С. 77-85