



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА  
МОСКВЫ

---

# Особенности проведения посмертных комплексных судебных психолого- психиатрических экспертиз несовершеннолетних

Методические рекомендации №22



Москва, 2016

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

---

«СОГЛАСОВАНО»  
Заместитель председателя  
Ученого медицинского совета  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

Л. Г. Костомарова

«

2016 г.



«УТВЕРЖДАЮ»  
Заместитель руководителя  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

А. В. Говорин

«

2016 г.



## Особенности проведения посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетних

Методические рекомендации №22



Главный внештатный специалист по детской психиатрии  
Департамента здравоохранения города Москвы

д.м.н. Портнова Анна Анатольевна  
« 26 » 08 2016 г.

Москва, 2016

*Учреждение разработчик:* Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы».

*Составители:* к.м.н. Саркисова И.А., Грачева О.С., д.м.н. Усачева Е.Л., Горленко М.В., Попова Н.В., к.м.н. Безменов П.В.

*Рецензенты:*

- Портнова Анна Анатольевна – доктор медицинских наук, руководитель отдела клинической психиатрии детского и подросткового возраста ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;
- Тарасова Татьяна Павловна – доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

Методические рекомендации предназначены для врачей – судебно-психиатрических экспертов, сотрудников правоохранительных органов

*Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.*

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ**

---

За последние 50 лет количество самоубийств во всем мире выросло приблизительно на 60%. По данным ВОЗ, полученным в ходе исследований, проводившихся в 90 странах, в 2003 году частота суицидов у подростков в возрасте 15–19 лет составляла в среднем 7,4 на 100 тысяч подросткового населения (10,5 у юношей, 4,1 у девушек), в то время как в России этот показатель был существенно выше — 22,0 на 100 000 подросткового населения.

В настоящее время, в связи с распространенностью суицидов несовершеннолетних, первостепенным становится вопрос о разработке эффективной комплексной программы профилактики суицидального поведения несовершеннолетних с активным включением педагогов, медиков и социальной службы.

Несмотря на то, что проблема суицидов детей и подростков достаточно широко освещена в зарубежной и отечественной литературе, единые подходы к профилактике до настоящего времени не разработаны. Отчасти это может быть связано с тем, что исследование причин возникновения антивитаально-го поведения у несовершеннолетних невозможно без тесного взаимодействия работников правоохранительных органов, врачей, психологов, педагогов, социальных работников, в то время как должное взаимопонимание между представителями столь разных специальностей нередко отсутствует.

В контексте такого взаимодействия проведение посмертной судебно-психиатрической экспертизы в рамках проверки по факту смерти несовершеннолетнего заключается в анализе сведений о личности подэкспертного, об условиях его жизни и возможных причинах смерти с целью не просто ответить на вопросы следствия, но и получить ценную информацию, которую в дальнейшем можно использовать для выделения причин суицидальной активности и, соответственно, разработки модели профилактики детских и подростковых суицидов.

Настоящие рекомендации отражают многолетний опыт работы отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ». Они составлены на основании анализа вопросов, чаще всего задаваемых следствием, и ходатайств о предоставлении дополнительных сведений, в свою очередь направляемых экспертами следствию. В них даны разъяснения наиболее сложных для следствия вопросов, связанных с назначением и проведением посмертной комплексной судебно-психиатрической экспертизы, а также с последующей интерпретацией следователями полученных результатов.

## **НОРМАТИВНАЯ БАЗА И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПОСМЕРТНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

---

При возбуждении дел по факту суицида судебно-следственные органы руководствуются, прежде всего, положениями ст. 110 УК РФ о доведении лица до самоубийства путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего и п. «б» ч. 1 ст. 63 УК РФ о на-

ступлении тяжких последствий в результате совершения преступления. Однако в нашей практике в большинстве случаев проведения посмертных экспертиз, факт доведения до самоубийства не установлен, а констатируется только факт смерти несовершеннолетнего.

Согласно ст.196 УПК РФ, назначение и производство судебной экспертизы является обязательной процедурой, в случае необходимости установления причины смерти. Так как причиной гибели несовершеннолетнего могло быть какое-либо психическое расстройство или особое психологическое состояние вопрос о проведении судебно-психиатрической экспертизы встает на этапе досудебных следственных действий. В связи с обязательностью проведения данной экспертизы, согласия законных представителей несовершеннолетнего не требуется.

Основанием для производства судебно-психиатрической экспертизы являются оформленное в установленном порядке постановление или определение суда, судьи, дознавателя, следователя, прокурора о назначении экспертизы. Судебная экспертиза считается назначенной со дня вынесения соответствующего определения или постановления. При проведении посмертной (заочной) комплексной психолого-психиатрической экспертизы экспертные исследования должны быть закончены в срок не позднее 20 дней от начала изучения экспертами материалов, поступивших на экспертизу от лица (органа), ее назначившего. Экспертное заключение должно быть составлено не позднее 10 дней со дня окончания экспертных исследований. Общий срок проведения комплексной экспертизы не может превышать 30 дней. Указанные сроки приостанавливаются при заявлении экспертами ходатайства перед лицом (органом), назначившим экспертизу, о предоставлении дополнительных материалов, необходимых для ответа на поставленные следствием вопросы. Как показывает наш опыт проведения посмертных судебно-психолого-психиатрических экспертиз, приблизительно в 80% случаев встает необходимость сбора дополнительной информации органами следствия в ходе проведения экспертизы. Период ожидания приобщения к делу запрошенных материалов в нашей практике длился до 6 месяцев.

Производство судебно-психиатрической экспертизы регламентировано Федеральным Законом от 31.05.2001 года №73-ФЗ «О государственной экспертной деятельности в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). Согласно ст. 16 данного закона, «эксперт не вправе самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы».

В связи с этим, становится крайне актуальной проблема стандартизации требований к сбору информации, связанной с гибелью несовершеннолетнего, органами следствия. Это позволит решить двуединую задачу, с одной стороны, удовлетворить интересы расследования по получению достоверной и всеобъемлющей информации, а с другой — дать возможность экспертам наиболее полно ответить на поставленные вопросы в рамках проведения экспертного исследования, и, таким образом, сократить сроки проводимых следственных мероприятий.

Содержание всех медицинских документов, приобщаемых к уголовному делу, является врачебной тайной. Порядок обращения с такими до-

кументами и сведениями регламентирован Федеральным законом от 22.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с данным законом, врачебную тайну составляют сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, не допускается.

Сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть предоставлены третьим лицам только с письменного согласия самого гражданина, либо его законного представителя. Исключения установлены в п. 4 ст. 13 указанного закона. К ним, в частности, относится передача сведений по запросу органов дознания и следствия или определения суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.

Информация, справки, копии документов, содержащие врачебную тайну, предоставляется органам дознания и следствия, а также суду безвозмездно при наличии надлежащим образом оформленного запроса, в котором указывается срок представления необходимых сведений. Из текста запроса правоохранительных органов должно следовать, что эти сведения необходимы именно в связи с проведением расследования. Должен указываться номер уголовного дела и процессуальный статус лица, в отношении которого запрашиваются сведения, отражаться причина возбуждения уголовного дела. Запрашиваемые сведения должны касаться конкретного лица.

Необходимо особо отметить, что на стадии доследственной проверки сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть предоставлены только при наличии согласия законного представителя подэкспертного.

Следует отдельно указать на то, что при производстве посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы по факту доказанного самоубийства к материалам уголовного дела предъявляются особые требования. Крайне важно, чтобы сведения, полученные следствием на этапе сбора материалов или доследственной проверки, были максимально информативны. Необходимо понимать, что эксперты проводят исследование, имея в своем распоряжении только материалы уголовного дела, которые в данном случае являются единственным источником информации о личности совершившего суицид и его психическом состоянии, предшествовавшем самоубийству.

Отдельную процедуру представляет выемка подлинников медицинских документов, которую следует отличать от запроса сведений, составляющих врачебную тайну, в виде выписок, справок, копий документов. Согласно п. 7 ч. 2 ст. 29 УПК РФ только суд, в том числе в ходе досудебного производства, правомочен принимать решение о производстве выемки документов, содержащих охраняемую законом тайну. В постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 9 декабря 2008 г. №26 судам было специально разъяснено, что выемка амбулаторных карт и историй болезни производится на основании не запроса, а судебного решения (ч. 3 ст. 183, ст. 165 УПК РФ). В случае необходимости выемки документов, содержащих врачебную тайну, следовательно с согласия руководителя следственно-

го органа, а дознаватель с согласия прокурора возбуждает перед судом ходатайство о производстве следственного действия, о чем выносится постановление. Ходатайство рассматривается единолично судьей не позднее 24 часов с момента поступления. Рассмотрев указанное ходатайство, судья выносит постановление о разрешении производства следственного действия или об отказе в его производстве с указанием мотивов отказа. При производстве выемки ведется протокол с участием понятых. Копия протокола остается в медицинской организации.

Одновременно проводятся другие этапы следственных действий: назначение судебно-медицинской экспертизы трупа и проведение допросов членов семьи, друзей, педагогов и иных лиц, знавших суицидента. В первую очередь производится допрос членов семьи, что позволяет очертить круг общения суицидента и составить список значимых свидетелей. Медицинская документация должна быть оформлена должным образом, о чем будет сказано ниже.

### **ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСМЕРТНЫХ ЭКСПЕРТИЗ В ОТДЕЛЕНИИ АСПЭ ГБУЗ «НПЦ ПЗДП ИМ. Г.Е. СУХАРЕВОЙ» ДЗМ В ПЕРИОД С 1970 Г. ПО 2015 Г.**

---

В отделении проводятся посмертные психиатрические экспертизы несовершеннолетних с 1970 года. Всего было проведено 75 экспертных исследований. С течением времени структура проведения экспертизы и запрос следственных органов претерпели изменения.

С 2012 г. социальная значимость и, как следствие, общественный интерес к проблеме суицидов несовершеннолетних возросли. Так, за три последних года с 2012 г. по 2015 г. было проведено 39 посмертных комплексных психолого-психиатрических экспертиз, то есть более половины всех проведенных исследований. Помимо количественного роста числа посмертных экспертиз, назначаемых следственными органами, изменились качественные требования к экспертизе, так как существенно увеличился диапазон вопросов, задаваемых экспертам.

До 2012 г. проводились однородные посмертные судебно-психиатрические экспертизы, отвечающие только на вопросы, касающиеся наличия у несовершеннолетнего психического заболевания и не предусматривающие участие психолога. С изменением запроса следственных органов возникла необходимость определения индивидуально-личностных особенностей несовершеннолетнего, его эмоционального состояния в момент совершения антивитаальных действий, установления причинно-следственных связей между действиями несовершеннолетнего и действиями иных лиц, что потребовало привлечения к производству комплексных посмертных психолого-психиатрических экспертиз психологов-экспертов. Кроме того, участие психологов позволило эффективнее выявлять актуальные социальные предпосылки суицидального поведения (тематические интернет-сообщества, молодежные субкультуры). Более глубокое заочное исследование психики подэкспертного врачами-психиатрами совместно с медицинскими психологами позволяет не

только отвечать на вопросы органов следствия, но и в определенной мере ретроспективно воссоздать и проанализировать структуру личности несовершеннолетнего, механизмы формирования и развития у него суицидальных намерений с учетом влияния внешних социальных факторов и особенностей развития ребенка.

Однако, как показывает наша практика, к сожалению, нередки случаи, когда собранные следователями материалы по причине их фрагментарности и отсутствия в достаточном объеме значимой информации не позволяют экспертам достоверно ответить на поставленные перед ними вопросы.

## **СФЕРЫ КОМПЕТЕНЦИИ ПСИХОЛОГА И ПСИХИАТРА**

---

Комплексный характер экспертизы состоит в том, что в ее проведении участвуют специалисты с различной квалификацией: эксперт – медицинский психолог и врач – судебно-психиатрический эксперт.

*Эксперт – медицинский психолог* должен иметь высшее психологическое образование и специализацию в области медицинской (клинической) психологии. В его задачи входит:

- психологический анализ материалов уголовного дела;
- исследование психических процессов подэкспертного, т.е. восприятия, внимания, памяти, мышления, уровня интеллектуального развития, эмоционально-волевой и личностной сферы;
- исследование нарушений указанных психических процессов, а также изучение особенностей общения подэкспертного с окружающими, его системы взаимоотношений и эмоциональных привязанностей.

Помимо ответа на эти общие для любой судебно-психиатрической экспертизы вопросы при проведении посмертной экспертизы перед экспертом-психологом стоит и более специфическая задача, а именно, выявление механизмов суицидального поведения подэкспертного. Из совокупности индивидуально-психологических особенностей подэкспертного выделяются те, которые могли предрасполагать или способствовать формированию суицидального поведения. Устанавливается собственно динамика развития суицидального поведения с момента возникновения суицидальных мыслей, замыслов и намерений до момента их конкретной реализации.

Результаты исследования эксперт – медицинский психолог отражает в своей части экспертного заключения.

*Врач — судебно-психиатрический эксперт* должен иметь высшее медицинское образование и специализацию в области психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы. В его задачи входит:

- анализ данных медицинской документации;
- выделение значимых для ответа на поставленные следствием вопросы материалов дела;
- изучение выводов эксперта-психолога;
- оценка психического состояния подэкспертного (в той мере, в которой это позволяют сделать материалы дела и прочие документы);

- установление вероятного диагноза психического расстройства (при необходимости);
- формулировка обоснования экспертного решения;
- ответы на иные вопросы, относящиеся к сфере его компетенции.

Результаты исследования и сделанные на основе их выводы врач — судебно-психиатрический эксперт отражает в своей части заключения.

## **СТРУКТУРА ПОСМЕРТНОЙ (ЗАОЧНОЙ) КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ:**

---

**Клинико-биографическое исследование.** Составляется на основе анализа:

- медицинской документации (амбулаторные карты детской поликлиники и психоневрологического диспансера, истории болезни);
- материалов уголовного дела (опросы родственников, одноклассников, друзей, учителей);
- продуктов творчества подэкспертного;
- содержания электронных устройств и общения подэкспертного в социальных сетях.

Клинико-биографическое исследование содержит описание жизни подэкспертного вплоть до момента самоубийства, составленное на основании всех представленных в распоряжение экспертной комиссии материалов. В данной части экспертного заключения приводятся сведения из свидетельских показаний и характеризующих материалов, переработанных экспертами в соответствии с их пониманием ситуации, без комментариев, с обязательным дословным цитированием высказываний опрошенных лиц.

При анализе сведений, полученных в ходе опроса родственников, одноклассников, друзей, учителей выявляются указания на наличие у подэкспертного периодов сниженного настроения, изменения поведения, имевших место ранее суицидальных высказываний и попыток. Прицельно выясняются также факты, указывающие на существование суицидального плана приготовления, нарастание изолированности от социального окружения, «завершение дел» (раздаривание вещей, написание записок и т.п.), случаи суицидального поведения в близком социальном окружении погибшего несовершеннолетнего.

Клинико-биографическое исследование составляется совместно экспертами: врачом и медицинским психологом.

**Описание ситуации.** Составляется на основе анализа:

- показаний свидетелей;
- посмертных записок;
- заключения судебно-медицинской и других экспертиз.

Данная часть экспертного заключения содержит анализ ситуации, непосредственно предшествовавшей смерти подэкспертного, в ней реконструируются события, происходившие незадолго до суицида и сама ситуация суицида,

приводятся факты и цитаты из свидетельских показаний, а также результаты судебно-медицинского исследования.

**Психологический анализ.** Данная часть включает в себя результаты анализа представленных материалов экспертом-психологом. В ней дается развернутое описание личности подэкспертного, его когнитивной (познавательной) и эмоционально-волевой сферы, особенностей социального взаимодействия. Кроме того, проводится психологический анализ ситуации, непосредственно предшествовавшей смерти подэкспертного, выявляются основные факторы, оказавшие влияние на его антивитальное поведение.

**Психиатрический анализ.** Данная часть включает в себя результаты изучения представленных материалов врачом — судебно-психиатрическим экспертом. В его задачи входят исследование медицинской документации, выделение значимых для ответа на поставленные следствием вопросы материалов дела, оценка психического состояния подэкспертного, констатация возможности прижизненного наличия какого-либо психического расстройства (с указанием вероятного диагноза), формулировка обоснования экспертного решения.

**Заключение комиссии с ответами на вопросы следствия.** Заключительный раздел экспертного заключения включает в себя выводы экспертов и ответы на поставленные перед ними вопросы с их кратким обоснованием.

## **МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОСМЕРТНОЙ (ЗАОЧНОЙ) КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

---

В структуре расследования суицидов несовершеннолетних первичным является этап получения объяснений непосредственно после случившегося от свидетелей произошедшего и членов семьи суицидента. Для составления полной картины исследуемой ситуации немаловажным является учет эмоционального состояния членов семьи суицидента непосредственно после случившегося.

При сборе материалов после осмотра места происшествия и места проживания погибшего целесообразно произвести наиболее раннее изъятие электронных устройств и иных источников информации, принадлежавших погибшему, с дальнейшей передачей их в техническую службу МВД, в целях обеспечения сохранности и полноты данных.

Еще раз необходимо подчеркнуть, что принципиальным отличием посмертной экспертизы от других видов психолого-психиатрических экспертиз является ее заочный характер. Она проводится исключительно по собранным следователями материалам, приобщенной к делу медицинской документации и иным значимым данным.

Единственный доступный источник сведений о подэкспертном и обстоятельствах его жизни — это представленные в распоряжение экспертов материалы. Именно по ним специалисты ретроспективно реконструируют всю

психологическую картину суицида (или несчастного случая), события жизни подэкспертного, особенности его личности и взаимоотношений с окружающими. В рамках исследования экспертами составляется клинико-биографическое исследование, включающее в себя все периоды жизни подэкспертного от рождения до смерти.

Следует особо отметить, что малозначимые с точки зрения следствия детали нередко позволяют экспертам воссоздать психологический портрет личности подэкспертного и описать динамику психического состояния.

С другой стороны, наша практика показывает, что сведения, собранные следователями в рамках уголовного дела, могут быть малоинформативны с точки зрения их последующей психологической и психиатрической оценки. В некоторых случаях экспертам предоставляются сведения, в которых содержится неполная информация, отражающая лишь формальную социальную сторону жизни подэкспертного.

Если какая-либо информация отсутствует в собранных следственными органами материалах и не представлена по запросам экспертов, последние не могут самостоятельно восполнить этот пробел, поскольку в соответствии с законодательством не имеют права на сбор дополнительных материалов по уголовному делу. Именно этим обстоятельством продиктованы особые требования к собранным следственными органами материалам.

К материалам, необходимым для проведения посмертной экспертизы, можно отнести:

- показания свидетелей, знавших подэкспертного;
- медицинскую документацию;
- характеризующие материалы с места учебы;
- продукты творчества подэкспертного: рисунки, письма, дневники, школьные сочинения, литературные произведения (стихи, рассказы).

Наряду с вышеперечисленными материалами огромное значение имеет анализ интернет-активности подэкспертных (переписка в социальных сетях, SMS, изучение наиболее часто посещаемых страниц и т.п.).

В некоторых случаях используются и другие источники информации. Так, например, при анализе причин поведения подростка, выбросившегося из окна во время пожара, экспертами были изучены материалы пожарно-технической экспертизы, позволившие восстановить картину событий.

## **ОСОБЕННОСТИ ОПРОСА СВИДЕТЕЛЕЙ, ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ ПРИ СБОРЕ МАТЕРИАЛОВ**

---

При проведении посмертной экспертизы показания свидетелей представляют один из важнейших источников информации. Однако зачастую сведения, представленные в распоряжение экспертов, бывают неполными, неточными, либо формальными.

Поскольку гибель несовершеннолетнего является острым психотравмирующим событием для лиц, знавших его лично, допрос данных лиц требует особого подхода. Переживание свидетелем кризисной ситуации (суицид чело-

века из близкого окружения) подразумевает возможность ограничения и искажения его восприятия, когда погибший воспринимается как идеальный, «лучший в мире». Кроме того, в случае с искаженным восприятием могут иметь место более сложные последствия – чувство вины без реальных оснований, болезненное восприятие действительности с обвинением друзей, учителей, родственников в доведении до самоубийства, а так же отношение к представителям следственных органов как к враждебному окружению. Поэтому отражению наиболее объективной картины суицидальных действий несовершеннолетнего соответствует наличие в материалах уголовного дела информации, собранной как непосредственно после случившегося, так и в более поздний временной период.

В ходе допроса свидетелей необходимо формулировать вопросы в открытой, а не в закрытой форме, предполагающей возможность получения односложного положительного или отрицательного ответа. Пример вопроса в закрытой форме: «подэкспертный за день до смерти говорил, что хочет умереть?» Пример вопроса в открытой форме: «Заметили ли вы в высказываниях подэкспертного что-то необычное, на что вы обратили внимание?». Необходимо дать возможность опрашиваемому лицу высказаться, а не отвечать «да/нет». Выбор вопросов должен соответствовать возрастному периоду, социальному положению суицидента и конкретным обстоятельствам исследуемой ситуации.

**Показания родителей.** Особая трудность сбора указанных сведений обусловлена тем, что родители находятся в состоянии тяжелого стресса, вызванного гибелью ребенка. Это накладывает отпечаток на содержание их рассказа о нем, что особенно заметно в объяснениях, собранных непосредственно сразу после произошедшего. В связи с этим подробный сбор информации может быть отложен до этапа показаний, а в объяснениях достаточно будет сосредоточиться на внешней событийной стороне обстоятельств, предшествовавших гибели подростка. Однако не стоит ограничивать потребность родителей «выговориться».

При этом следователям нельзя забывать, что нередко действует принцип — «о покойном либо хорошо, либо ничего». Это может превращать родителей из источника уникальной информации в лиц, представляющих искаженные или неполные сведения, утаивающих значимые моменты, пытающихся приукрасить ситуацию. Во избежание этого следователю необходимо объяснить родителям причину повышенного интереса к задаваемым вопросам.

Напротив, при сборе информации на этапе показаний недопустимо ограничиваться формальной фиксацией сведений о внешней стороне происходивших событий. Необходимо получить как можно более полную информацию об эмоциональном состоянии участников событий, поскольку именно она представляет наибольшую важность для экспертов.

С этой целью следователям необходимо применять соответствующие формулировки вопросов, задаваемых родителям:

- отличалось ли поведение ребенка в последнее время от обычного?
- какое у него было настроение?

- замечали ли вы, что он стал говорить больше/меньше?
- как бы вы могли описать его эмоциональное состояние накануне случившегося?

Подразумевается, что родители (опекуны) располагают максимальным количеством сведений о жизни подэкспертного. Именно они могут предоставить информацию о первых годах жизни ребенка, особенностях его развития, перенесенных им заболеваниях. На первый взгляд эти данные не имеют непосредственного отношения к интересующей следствие ситуации, однако на самом деле они представляют уникальный материал, позволяющий реконструировать личность подэкспертного, определить его основные проблемы, проследив их зарождение и развитие, выявить особенности внутрисемейной атмосферы, детско-родительских отношений.

Для судебно-психиатрического эксперта сведения, предоставленные родителями, служат основой для составления клинико-биографического портрета, позволяют определить психическое состояние подэкспертного и с большей степенью достоверности установить вероятный диагноз. Особенно важны показания родителей в том случае, когда медицинская документация отсутствует, либо является неполной.

Опрос родителей следует начинать со сбора сведений о рождении и первых годах жизни ребенка. Именно в эти годы закладывается основа будущей личности и происходит формирование интеллекта. Для достоверной оценки личности подэкспертного и ответа на вопросы следствия эксперты должны располагать как можно более полной информацией по таким аспектам, как:

*Перенесенные заболевания:*

- имели ли место травмы головы, судороги, операции, госпитализации, хронические заболевания.

*Ранний анамнез:*

- были ли у матери подэкспертного проблемы во время беременности, осложнения в родах;
- отмечалась ли задержка в развитии подэкспертного в первые годы жизни;
- наблюдался ли подэкспертный в течение своей жизни у каких-либо врачей-специалистов, особенно у невролога.

*Дошкольный возраст:*

- посещал ли подэкспертный детские дошкольные учреждения с обязательным указанием типа посещаемого дошкольного учреждения (обычный детский сад, логопедический детский сад, детский сад для детей «с особенностями»);
- в случае, если ребенок не посещал детские дошкольные учреждения, уточнить по какой причине (мама/бабушка имели возможность сидеть с ребенком, по состоянию здоровья ребенка, были трудности поведения и проблемы в общении с другими детьми);
- как подэкспертный привыкал к детскому саду, как общался с детьми, во что любил играть, был ли послушным или, наоборот, не подчинялся режиму;
- как подэкспертный вел себя на занятиях, как усваивал материал (это важно для понимания особенностей интеллектуального развития), не-

обходимо целенаправленно расспросить о развитии внимания и памяти подэкспертного.

*Школьный возраст:*

- своевременно ли подэкспертный пошел в школу, если нет — то по какой причине (состояние здоровья, трудности поведения, отставание в развитии, материально-бытовые и социальные условия, иные причины);
- был ли подэкспертный подготовлен к школе;
- как подэкспертный привыкал к новым условиям, вел себя на уроках, общался с детьми, учителями, как делал домашние задания (самостоятельно или нуждался в помощи);
- чем увлекался подэкспертный (посещение кружков, секций, самостоятельные занятия);
- как менялись успеваемость, поведение, общение, круг интересов и увлечений подэкспертного на протяжении всего периода школьного обучения (особое внимание следует обратить на резкие, порой внешне малопонятные изменения интересов, круга общения, отношения к учебе).

*Эмоциональные особенности подэкспертного:*

- преобладающее настроение, ссоры, обиды, конфликты, плаксивость.

*Семья подэкспертного:*

- состав семьи;
- взаимоотношения между родственниками (в том числе родителями, в случае развода проживающими отдельно);
- материальное положение, бытовые и иные проблемы;
- воспитательные приемы, принятые в семье (как ребенка поощряли, наказывали, решали конфликты).

**Показания учителей.** Опрос учителей позволяет получить сведения о поведении подэкспертного вне дома, и зачастую может дать более объективную и беспристрастную (по сравнению с показаниями родителей) оценку его личности. Но в то же время следует помнить, что в некоторых случаях учителя также могут скрывать, приукрашивать или искажать информацию. Как правило, это связано с попыткой сохранить «престиж школы» или с опасением быть обвиненными в гибели ученика.

Необходимо собрать общие сведения об успеваемости и поведении подэкспертного, а также об особенностях его общения с одноклассниками и учителями. Важно отметить, что дублирующие друг друга сведения из разных источников позволят экспертам с одной стороны дополнить недостающую информацию, а с другой — выявить ее возможные искажения.

Учителя, в отличие от родителей, могут дать более подробную информацию об особенностях развития познавательной сферы подэкспертного. Например, указать его любимые и нелюбимые предметы, охарактеризовать основные трудности в учебе, особенности внимания, памяти, воображения и т.п. Только педагоги могут объективно оценить, как подэкспертный вел себя в классе (проявлял ли интерес к учебе, активно работал на уроках или отвлекался, занимался ли посторонними делами).

Помимо общих сведений о поведении подэкспертного особое значение имеют особенности, отражающие его внеклассную активность: общение с близкими друзьями, влюбленности, интересы и увлечения, участие в общественных мероприятиях, посещение кружков, секций, факультативов, дополнительных занятий.

Важно получить сведения о конкретных проблемах, которые возникали у подэкспертного в той или иной сфере (учеба, общение, семья и т.п.). Нередко в распоряжение экспертов поступают сведения, характеризующие подэкспертного исключительно с положительной стороны. Это должно навести на мысль, что опрошенные лица дают либо заведомо недостоверную, либо формальную информацию.

В нашей практике приходилось сталкиваться с тем, что представленные в материалах дела допросы всех учителей абсолютно одинаковы по содержанию. Так, в одном из представленных нам дел классный руководитель написала на двух девочек, покончивших с собой и учившихся в одном классе, абсолютно одинаковые характеристики. Очевидно, что подобные сведения не дают практически никакой достоверной информации о личности подэкспертного.

**Показания одноклассников и друзей.** Практика проведения посмертных экспертиз показывает, что именно сведения, полученные от одноклассников и друзей подэкспертного, общавшихся с ним неформально и длительно, как правило, оказываются наиболее информативными. Зачастую дети более непосредственны и откровенны в своих оценках и менее подвержены социальному влиянию. Их характеристики содержат конкретные факты и описание ситуации с точки зрения ближайшего социального окружения подэкспертного. Опрос подростков должен проводиться без присутствия заинтересованных лиц, своим присутствием способных оказать давление на опрашиваемого, либо в последующем высказать осуждение. К числу таких лиц относятся, в том числе, и родители (их согласие на опрос несовершеннолетнего необходимо, однако желательно, чтобы они не возражали против опроса без их непосредственного присутствия). Лучше всего опрашивать подростков в присутствии независимого педагога или психолога.

К сожалению, далеко не всегда в материалах дела имеется значимая с точки зрения экспертов информация. В качестве иллюстрации типичной ошибки, допускаемой следователями при опросе свидетелей, можно привести следующий пример.

Следователь при опросе одноклассника выясняет следующее: подэкспертный «говорил то-то и то-то», «вел себя так-то и так-то», а еще «говорил, что хочет покончить с собой». На этом следователь ставит точку и переходит к допросу следующего свидетеля, в котором все повторяется сначала. Таким образом, опрос заканчивается там, где он, с точки зрения психолога и психиатра, должен только начинаться.

Для экспертов важен не только сам факт, что подэкспертный «высказывал желание покончить с собой», но и когда, при каких обстоятельствах он это делал, в каком эмоциональном состоянии находился. Как свидетель субъективно

оценил это высказывание, было ли оно больше похоже на шутку или показалось ему серьезным, вызвало ли тревогу и озабоченность, и если да, то почему. Необходимо попытаться установить предшествовавшую данному высказыванию последовательность событий, а так же установить, почему в беседе с подэкспертным возникла тема самоубийства.

## **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

---

Помимо анализа материалов дела, врач — судебно-психиатрический эксперт изучает и анализирует медицинскую документацию.

Основным медицинским документом является амбулаторная карта детской поликлиники, в которой наблюдался подэкспертный. В ней должны содержаться подробные сведения о его раннем развитии, перенесенных им заболеваниях, обращениях к специалистам и госпитализациях.

Кроме того, интерес могут представлять и другие документы (выписки из истории болезни, справки из медицинских учреждений), которые отражают факты:

- амбулаторного/стационарного обследования;
- кратковременного/долговременного обследования;
- однократного/многократного (повторного) обследования.

Судебно-психиатрический эксперт тщательно анализирует записи в амбулаторной карте для выявления признаков (даже косвенных) психического расстройства, изменений соматического состояния ребенка, перенесенных им заболеваний и развившихся осложнений. Как свидетельствует накопленный нами опыт, незначительных деталей здесь нет, любая информация может сыграть важную роль в обосновании экспертных выводов (например, указания на потерю массы тела, расстройства сна, головные боли позволяют предположить субклиническое течение депрессии у подростка).

Напротив, выписка из амбулаторной карты содержит лишь резюмирующие сведения о состоянии здоровья, в связи с чем, она может рассматриваться лишь как источник предварительной информации. Ее наличие в материалах дела не отменяет необходимости предоставления первичной медицинской документации (амбулаторной карты).

При наличии в амбулаторной карте записей о стационарном лечении, направлении к психиатру или наркологу необходимо изъятие полных медицинских карт из соответствующих учреждений.

В числе прочих медицинских документов в материалах дела должны быть представлены справки из наркологического и психиатрического диспансера с указанием о постановке на учет или об отсутствии такового. Если известно, что подэкспертный состоял на учете в данных учреждениях также необходимо предоставление соответствующей амбулаторной карты.

Любой медицинский документ (история болезни, амбулаторная карта, выписка, консультативное заключение и др.), предоставленный судебно-психиатрическим экспертам, должен быть юридически значимым, то есть содержать название учреждения, быть заверенным печатью или штампом, а также подписан

ми лиц, его оформивших, иметь соответствующие даты (поступления, выписки, осмотра, выдачи). Отсутствие, либо неполнота признаков достоверности учитываются экспертами при анализе медицинского документа и его использовании в качестве доказательства экспертных выводов. Если ребенок наблюдался психиатром в частном порядке, возможно изучение сведений, полученных от данного специалиста и изложенных в произвольной форме, однако учитываться эти сведения могут лишь в той мере, в которой они подтверждаются иными (достоверными) медицинскими документами и свидетельскими показаниями.

## **ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ МАТЕРИАЛЫ**

---

**Педагогическая характеристика с места учебы.** Представленная характеристика с места (или нескольких мест) учебы дополняет свидетельские показания, отражая «официальную» сторону учебы, общественной жизни и поведения подэкспертного. Характеристика должна включать в себя информацию об успеваемости несовершеннолетнего, наличии или отсутствии у него конфликтов в стенах учебного заведения, а также краткое описание личности подэкспертного. К сожалению, описание личностных черт подростка нередко бывает формально-положительным, обобщенным, лишенным индивидуальности. Довольно часто представленные на разных несовершеннолетних характеристики являются практически идентичными. Это может быть обусловлено тем, что они составляются лицами, непосредственно не контактировавшими с подэкспертным (завучем, директором, секретарем), в результате чего содержание становится обезличенным. Исходя из этого, следственным органам целесообразно информировать представителей образовательного учреждения о важности содержательной стороны предоставляемой характеристики, необходимости подключения к процессу ее составления педагогов, лично знавших подэкспертного.

**Материалы, полученные школьным психологом.** В обязанности школьного психолога входит психологическое сопровождение учащихся и работа с их проблемами, такими, как нарушения поведения, правонарушения, суицидальные проявления. К школьному психологу обращаются учителя, родители ученика или сам ребенок. По результатам работы психолог должен составлять протокол беседы или исследования, либо заключение. Кроме того, школьный психолог может располагать сведениями о семье подэкспертного (составе, взаимоотношениях, конфликтах и т.п.).

Результаты исследований и тестирований, проведенных школьным психологом на протяжении нескольких лет, представляют собой важный материал, позволяющий комиссии экспертов проследить динамику состояния подэкспертного. Интерес представляют не только сами заключения, но и все имеющиеся «рабочие» материалы (заполненные бланки тестов, тестовые рисунки и прочие, то есть «первоисточники») или их заверенные копии. В связи с этим следователям необходимо производить выемку материалов, полученных школьным психологом.

**Характеристика с места жительства.** Данный вид документа также может сыграть немалую роль в вынесении экспертных решений, так как в нем содержатся сведения о социальном положении семьи подэкспертного, обстановке в семье (жалобы на частые ссоры, скандалы от соседей), нарушения общественного порядка несовершеннолетним или членами его семьи. Для составления более полного представления о микросоциальной среде подэкспертного возможен сбор свидетельских показаний соседей, участкового.

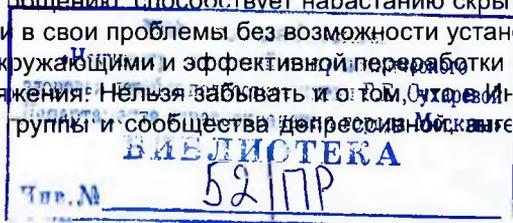
## ПРОДУКТЫ ТВОРЧЕСТВА ПОДЭКСПЕРТНОГО

Важный материал для экспертного анализа дает исследование продуктов творчества подэкспертного. В качестве таковых могут служить любые проявления творческой активности подростка в той или иной сфере. Наиболее интересны письменные источники, в особенности личные дневники и записки. Исследование письменных источников позволяет психологам и врачам сделать выводы не только о чертах личности подэкспертного в динамике, но и выявить его интеллектуальный и образовательный уровень, установить особенности течения мыслительных процессов, в том числе обнаружить их нарушения, что может иметь принципиальное значение для установления диагноза психического расстройства.

Не меньшую ценность представляют собой рисунки подэкспертного и написанные им литературные произведения (стихи, рассказы). Они позволяют реконструировать личность и эмоциональное состояние подэкспертного, особенности его взаимоотношений с окружающими, понять основные мотивы его поведения, сферы интересов, и установить возможные причины, приведшие к суициду.

## ИНТЕРНЕТ-АКТИВНОСТЬ ПОДЭКСПЕРТНОГО

В последнее время на фоне бурного развития информационных технологий и повсеместного распространения электронных устройств значительно возросла роль сети Интернет в жизни подростков, в формировании их мировоззрения, мотивационных установок и ценностных ориентаций. Межличностные контакты подростков все больше перемещаются из плоскости живого общения в сферу виртуальной реальности, в социальные сети, где завязывается новый тип взаимоотношений, формируются различные субкультуры и группы по интересам. Однако данный тип социального взаимодействия не всегда оказывает положительное влияние на развитие личности подростков. В некоторых случаях виртуальное общение приводит к социальной самоизоляции, затрудняющей развитие коммуникативных навыков и способности к близкому эмоциональному общению, способствует нарастанию скрытности и замкнутости, погруженности в свои проблемы без возможности установления продуктивного контакта с окружающими и эффективной переработки негативного эмоционального напряжения. Нельзя забывать и о том, что в Интернете довольно распространены группы и сообщества депрессивных подростков.



ской направленности, романтизирующие уход от реальности, темы смерти и суицида.

В связи с этим, особый интерес представляет изучение интернет-активности подэкспертного с подробным анализом посещенных им сайтов и социальных групп. Неоценимый материал для исследования дает переписка подэкспертного в социальных сетях, поскольку зачастую именно там современный подросток выражает мысли и чувства, о которых не рассказывает при непосредственном общении ни близким, ни знакомым. Важную информацию можно получить, анализируя содержание сайтов интернет-сообществ и групп, в которых состоял подэкспертный. Все это позволяет воссоздать картину развития и эволюции внутренних взглядов и установок подростка на протяжении длительного периода. В качестве примера можно привести проведенный нашими экспертами анализ переписки подростка в социальных сетях, которую он вел на протяжении пяти лет, благодаря чему, удалось выявить этапы постепенно формировавшейся депрессии.

Следует отметить, что все чаще подростки оставляют предсмертные послания именно в своих электронных устройствах (текстовые заметки, диктофонные записи, видеозаписи).

Нередко в процессе расследования сотрудники следственных органов изымают электронные устройства или копируют информацию из них, но в материалах дела фиксируются только данные, представляющие интерес для следствия. Однако для целей судебно-психиатрической экспертизы эти данные недостаточно информативны в силу их фрагментарности и отражения лишь внешней стороны событий. Крайне необходимо обеспечить экспертные органы полным объемом информации из электронных устройств подэкспертного.

Как показывает наш опыт проведения посмертных судебно-психиатрических экспертиз, в последние 3 года более 60% ходатайств о предоставлении дополнительной информации органами следствия включают в себя запрос на получение информации из электронных устройств, принадлежавших подэкспертному, а также информации с его страниц в социальных сетях.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

---

Посмертная экспертиза отличается от других видов судебно-психиатрических экспертиз отсутствием возможности непосредственного общения с подэкспертным. Она проводится исключительно по собранным следователями материалам, приобщенной к делу медицинской документации и иным значимым данным. Несмотря на это, требования, предъявляемые к достоверности выводов, сделанных специалистами, ничуть не ниже, чем при производстве любой другой экспертизы.

Очевидно, что степень достоверности заключения при проведении посмертной экспертизы во многом зависит от полноты и информативности сведений, полученных следователями при сборе материалов. Однако последние, не будучи специалистами в области судебной психиатрии, при сборе материалов исходят прежде всего из своего понимания значимости сведений и зачастую

невольно игнорируют данные, представляющие наибольшую ценность для экспертов. Качественный сбор информации следователями не только повышает продуктивность непосредственно экспертной деятельности, но и создает условия для успешной разработки программы профилактики суицидального поведения несовершеннолетних, включающей межведомственное взаимодействие.

Надеемся, что настоящие методические рекомендации будут способствовать более тесному и продуктивному взаимодействию работников правоохранительных органов и специалистов-экспертов.

Наряду с этим, хотелось бы особо отметить следующее. Накопленный нами опыт наглядно свидетельствует, что посмертная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, являясь частью следственных действий и отвечая на вопросы, поставленные перед ней следствием в связи с конкретным случаем смерти ребенка, в то же время является уникальным инструментом, позволяющим решать значительно более широкие задачи.

Одной из таких задач является профилактика суицидального поведения несовершеннолетних.

Анализ многолетних данных, полученных в ходе посмертных экспертиз, позволяет установить закономерности формирования суицидального поведения, выделить его особенности в зависимости от действия различных факторов, как внутренних, связанных с личностью подростка, так и внешних, опосредованных через семью и социальное окружение. Эти данные можно в дальнейшем использовать для определения групп риска и разработки модели дифференцированной профилактики.

**Перечень возможных вопросов при допросе свидетелей.**

**Сфера раннего развития** (вопросы целесообразно задавать родителям, законным представителям подэкспертного).

1. Как протекала беременность ребенком и роды? Были ли осложнения? Были ли врожденные заболевания у ребенка?
2. Как отнеслись члены семьи к рождению Ф.И.О?
3. Имелись ли у Ф.И.О. нарушения развития в раннем возрасте? Какие заболевания перенес Ф.И.О. в раннем возрасте?
4. Соответствовало ли раннее развитие Ф.И.О. возрастным нормам? Не отличался ли Ф.И.О. от сверстников?
5. Как Ф.И.О. взаимодействовал, общался в раннем возрасте с членами семьи, другими детьми?
6. Посещал ли Ф.И.О. детский сад? (Если не посещал, то по какой причине?) Как адаптировался в детском саду? Как складывались отношения с воспитателями, сверстниками?
7. Состоял ли Ф.И.О. на учете у каких-либо врачей? Имелись ли у Ф.И.О. хронические заболевания?
8. Страдали/страдают ли родители, бабушки, дедушки Ф.И.О. психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией? Были ли случаи суицида в семье Ф.И.О.?

**Сфера семьи** (вопросы для членов семьи подэкспертного и лиц, близко знавших его семью).

1. С кем проживал Ф.И.О.?
2. С какими членами семьи Ф.И.О. общался? С кем из них Ф.И.О. общался больше? С кем из членов семьи Ф.И.О. поддерживал наиболее близкие отношения?
3. Какие формы совместного досуга были характерны для семьи Ф.И.О.?
4. Какие отношения складывались у Ф.И.О. с каждым из членов семьи?
5. Случались ли в семье Ф.И.О. конфликты? Какова была атмосфера в семье?
6. Менялся ли в ходе взросления Ф.И.О. состав семьи, отношения между членами семьи? (Если да, то, как Ф.И.О. реагировал на эти изменения?).
7. Какие приемы воспитательного воздействия были приняты в семье Ф.И.О.? Как Ф.И.О. реагировал на них?
8. Менялись ли взаимоотношения Ф.И.О. с членами семьи в последнее время?

**Сфера обучения** (вопросы для членов семьи, педагогов, друзей, одноклассников подэкспертного).

1. С какого возраста Ф.И.О. обучался в школе? Как адаптировался в школе?
2. Менял ли Ф.И.О. учебную организацию? (Если да, то как проходила адаптация в новой школе?)

3. Какова была успеваемость Ф.И.О. в учебной организации? Менялась ли она в ходе взросления? Как Ф.И.О. справлялся с учебными нагрузками?
4. Имелись ли у Ф.И.О. любимые учебные дисциплины?
5. Охотно ли Ф.И.О. посещал учебные занятия? Проявлял ли Ф.И.О. интерес к обучению?
6. Отмечались ли у Ф.И.О. нарушения дисциплины в учебной организации, пропуски занятий, замечания со стороны педагогического состава, руководства учебной организации?
7. Как у Ф.И.О. складывались отношения с преподавательским составом в учебной организации?
8. Менялась ли учебная успеваемость Ф.И.О. в последнее время?

**Сфера общения** (*вопросы для членов семьи, педагогов, друзей, одноклассников подэкспертного*).

1. Как у Ф.И.О. складывались отношения в учебном коллективе? Менялись ли отношения Ф.И.О. в учебном коллективе в ходе взросления?
2. Насколько широк был круг общения Ф.И.О.? Каков был круг общения Ф.И.О. по полу и возрасту?
3. Были ли у Ф.И.О. близкие друзья?
4. Случались ли у Ф.И.О. конфликты с окружающими? (Если да, то на почве чего?)
5. Зависел ли Ф.И.О. от мнения друзей? Был ли лидером в коллективе?
6. Как Ф.И.О. предпочитал проводить досуг с друзьями?
7. Проявлял ли Ф.И.О. интерес к лицам другого пола? Состоял ли Ф.И.О. в романтических отношениях? (Для подэкспертных подросткового возраста)
8. Жил ли Ф.И.О. половой жизнью? (Для подэкспертных подросткового возраста).
9. Как менялся круг общения Ф.И.О. в процессе взросления?
10. Общался ли Ф.И.О. в сети интернет, в социальных сетях?
11. Легко ли Ф.И.О. заводил новые знакомства?
12. Менялся ли круг общения и/или интенсивность общения Ф.И.О. с друзьями в последнее время?

**Сфера увлечений** (*вопросы для членов семьи, друзей подэкспертного*).

1. Посещал ли Ф.И.О. кружки, секции, дополнительные занятия?
2. Каким образом Ф.И.О. предпочитал проводить свободное время?
3. Относил ли Ф.И.О. себя к какой-либо субкультуре?
4. Много ли времени Ф.И.О. проводил в сети интернет, в социальных сетях? Состоял ли в каких-либо тематических сообществах? Какой характер носила активность Ф.И.О. в сети интернет?
5. Употреблял ли Ф.И.О. алкогольные напитки, наркотические вещества?
6. Менялся ли круг интересов Ф.И.О. в последнее время?

**Характер, личностные черты** (вопросы для членов семьи, педагогов, друзей, одноклассников подэкспертного).

1. Каковы основные черты личности Ф.И.О.?
2. Отмечались ли у Ф.И.О. эпизоды сниженного настроения, апатии?
3. Присущи ли Ф.И.О. черты импульсивности? Совершал ли Ф.И.О. малообдуманные поступки?
4. Присущи ли Ф.И.О. черты скрытности? Охотно ли Ф.И.О. делился с окружающими своими внутренними переживаниями?
5. Как Ф.И.О. вел себя в конфликтных ситуациях?
6. Имелись ли у Ф.И.О. какие-либо страхи?
7. Как Ф.И.О. справлялся с психологическим напряжением?
8. Предъявлял ли Ф.И.О., какие либо жалобы на психику, настроение, взаимоотношения с окружающими?
9. Менялся ли характер и поведение Ф.И.О. в последнее время?
10. В каком настроении преимущественно пребывал Ф.И.О. в последнее время?

**Суицидальные проявления** (вопросы для членов семьи, друзей подэкспертного).

1. Высказывал ли Ф.И.О. (в том числе в форме шутки) суицидальные мысли? Применял ли Ф.И.О. угрозы суицида с целью достижения личной выгоды?
2. Были ли у Ф.И.О. ранее суицидальные попытки?
3. Имели ли место случаи суицидального поведения в близком окружении Ф.И.О.?
4. Интересовался ли Ф.И.О. темой смерти, суицида? Состоял ли в тематических сообществах, посвященных подобной тематике?
5. Строил ли Ф.И.О. планы на будущее?
6. Имели ли место у Ф.И.О. случаи спонтанного раздаривания личных вещей?

**Исследуемая ситуация** (вопросы для лиц, взаимодействовавших с подэкспертным в день смерти и накануне).

1. Каково было поведение, настроение Ф.И.О. накануне и в день совершения суицидальных действий? Заметили ли вы что-либо необычное?
2. Предъявлял ли Ф.И.О. какие-либо жалобы накануне и в день совершения суицидальных действий?
3. Какой характер носило общение Ф.И.О. с окружающими накануне и в день совершения суицидальных действий?

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

---

1. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. — М., 1980.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. — М., 1980.
3. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. — М., 2008.
4. Дети в странах Содружества Независимых Государств: Статистический сборник / Межгосударственный статистический комитет СНГ. — М., 2001.
5. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология и патогенез. — Л., 1988.
6. Змановская Е.В., Рыбников В.Ю. Девиантное поведение личности и группы. — СПб., 2011.
7. Ефремов Е.Н. Основы суицидологии. — СПб., 2004.
8. Клиническая и судебная подростковая психиатрия/ Гурьева В.А, Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В. и др.; под ред. В.А.Гурьевой. — М., 2007.
9. Кон И.С. Психология юношеского возраста. — М., 1979.
10. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. — М., 1999.
11. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. — М., 2011.
12. Личко А.Е., Александров А.А. Суицидальное поведение у подростков // СПб.: Проблемы суицидального поведения. — М., 1974.22004.
13. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. — М., 1999.
14. Руководство по судебной психиатрии / под ред. А.А.Ткаченко. — М., 2012.
15. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. — М., 1998.
16. Синягин Ю.В., Синягина Н.Ю. Детский суицид: психологический взгляд.— СПб., 2006.
17. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1974.
18. Чуковский К.И. От двух до пяти. — М., 1966.
19. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. — М., 2001.
20. Эриксон Э. Идентичность. Юность и кризис. — М., 2006.
21. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. — Днепропетровск, 1998.
22. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Монография. — Днепропетровск, 2006.
23. Предотвращение самоубийств: пособие для консультантов. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2006. — 31 с.
24. Breton JJ, Boyer R, Bilodeau H, Raymond S, Joubert N, Nantel MA. Is evaluative research on youth suicide programmes theory-driven? The Canadian experience. //Suicide and life threatening behaviour 2002, 32(2). — P.176-190
25. Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19 // World Psychiatry. 2005. — 4(2). — P.114-120.

26. WHO — Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours — SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence / World Health Organization — Geneva, 2002 — WHO/MSD/MBD/02.197 p.

