

СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА:

**ЛИЧНОСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ: ДЕСТРУКТИВНОЕ
И АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

**SPECIAL TOPIC: PERSONALITY PATHOLOGY:
DESTRUCTIVE AND SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR**

**НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ:
ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИСТОЧНИКОВ**

Г.С. БАННИКОВ

Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени
В.П. Сербского» Минздрава России, Московский государственный
психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4929-2908>,
e-mail: bannikov68@mail.ru

О.В. ВИХРИСТЮК

Московский государственный психолого-педагогический
университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5982-1098>,
e-mail: vihristukov@mgppu.ru

И. ГАЛЫНКЕР

Школа медицины Икана, медицинский центр Маунт-Синай,
Семейный центр биполярного расстройства личности Ричарда
и Синтии Зирински, Нью-Йорк, США
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8083-9479>,
e-mail: igalynke@gmail.com

Представлен обзор исследований, содержащих инновационные стратегии
профилактики самоубийства, методов и подходов к диагностике риска су-
СС ВУ-NC

ицида. Рассматриваются новые подходы к созданию эффективного инструментария оценки риска самоубийства, в основе которых — выстраивание более доверительных отношений с пациентом/клиентом и фокус на переживаниях самого врача/психотерапевта. Описываются комплексная нарративно-кризисная модель самоубийства, включающая долгосрочные и краткосрочные факторы риска суицидального поведения; суицидальный кризисный синдром как составная часть модели. Делаются выводы о современных тенденциях в области переоценки эффективности диагностических методов суицидального риска. Необходимо разрабатывать и внедрять в практику инструменты, позволяющие оценивать острые состояния и обладающие хорошей предсказательной валидностью.

Ключевые слова: самоубийство, методы диагностики суицидального поведения, суицидальный кризисный синдром, нарративно-кризисная модель самоубийства.

Для цитаты: Банников Г.С., Вихристюк О.В., Галынкер И. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 8—24. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280102>

A NEW APPROACH TO SUICIDAL BEHAVIOR DIAGNOSTICS: A REVIEW OF FOREIGN SOURCES

GENNADY S. BANNIKOV

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4929-2908>,
e-mail: bannikov68@mail.ru

OLESYA V. VIHRISTUK

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5982-1098>,
e-mail: vihristukov@mgppu.ru

IGOR GALYNKER

Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Mount Sinai Beth Israel, Richard and Cynthia Zirinsky Family Center for Bipolar Disorder, New York, USA,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8083-9479>,
e-mail: igalynke@gmail.com

The paper presents a review of the studies on innovative suicide prevention strategies, methods, and approaches to diagnosing suicide risk. We examine the results of the studies that allow developing new approaches to creating effective suicide risk

assessment tools, based on building a trusting relationship with the patient/client and focusing on the doctor's/therapist's own emotional experiences. We describe a complex narrative-crisis model of suicide that includes long-term and short-term risk factors for suicidal behavior and incorporates the suicidal crisis syndrome. We conclude with describing modern tendencies in suicide risk diagnostics — namely, overestimating the methods' efficiency. New methods for assessing critical states possessing good predictive validity should be developed and implemented.

Keywords: suicide, diagnostic methods for suicidal behavior, suicidal crisis syndrome, narrative crisis model of suicide.

For citation: Bannikov G.S., Vihristuk O.V., Galynker I. A New Approach to Suicidal Behavior Diagnostics: A Review of Foreign Sources. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 8—24. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280102>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Несмотря на многолетние клинические исследования в области профилактики суицидов, самоубийства остаются актуальной общественной проблемой во всем мире. Отмечается, что вопреки возросшему вниманию общественности и продолжающимся исследованиям в области профилактики самоубийств, например в США, на протяжении последних 20 лет число самоубийств быстро растет: уровень самоубийств повысился на 30% в период с 1999 по 2016 год и является десятой ведущей причиной смерти среди населения США [8; 30]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает актуальной разработку, внедрение и оценку инновационных стратегий профилактики самоубийств [24]. В частности, необходим инструментарий для оценки острых краткосрочных, а не хронических суицидальных рисков [23].

Целью статьи является обзор современных зарубежных направлений, тенденций в области поиска эффективных методов диагностики суицидального риска.

В мировой практике ведутся активные поиски надежного валидного инструмента оценки суицидального риска [1; 2]. Например, специалисты Австралийского института исследований и профилактики самоубийств (*The Australian Institute for Suicide Research and Prevention; AISRAP*) ставят задачу «смены парадигмы» в диагностических процедурах, направленных на предсказание суицидального риска, аргументируя это данными исследований [13—15; 27]. Работы этих специалистов показали достаточно низкий уровень точности «предсказания» совершения суицида в ближайшем будущем. Так, например, зачастую пациенты, идентифицированные как не входящие в группу риска, после прохождения многочисленных общепризнанных методик диагностики суицидального риска впоследствии совершили самоубийство, тогда как люди, пока-

завшие высокий суицидальный риск, в период наблюдений не совершили попыток суицида [13; 15; 27].

Косвенно подтверждение этому можно найти на основании данных Центров по контролю и профилактике заболеваний (США); в выборке из более чем 20000 самоубийств о намерении покончить жизнь самоубийством сообщили только 24,5% обследуемых, имеющих психические заболевания, и 22,4% обследуемых, у которых не было известных психических заболеваний [30]. Следовательно, применение мультиинформационного подхода, включающего «эмоциональную реакцию врачей на пациента», может повысить эффективность оценки риска совершения самоубийства [4].

Австралийские специалисты [18; 20] показали неэффективность принятой типологизации суицидального риска по принципу «низкий, средний, высокий». Систематический обзор и метаанализ способности оценочных шкал прогнозировать суицид и акты самоповреждений показал, что ни одна из них не предоставляет достаточных доказательств, подтверждающих ее эффективное использование в прогнозировании самоубийств [9]. Кроме того, «... использование этих шкал или чрезмерная опора на выявление факторов риска в клинической практике могут привести к ложным результатам и, следовательно, быть потенциально опасными» [9, с. 277].

Вместе с тем отказ от формализованных процедур оценки суицидального риска может оказаться рискованным шагом. Как предполагает Брайан Дрейпер (*B. Draper*), эффективная оценка суицидального риска — это систематический процесс, фокусирующийся на обстоятельствах жизненной ситуации человека (включая ряд социальных, экологических, ситуационных, семейных и других областей) и включающий ряд конвергентных процедур сбора данных (например, интервью с семьей, значимыми другими, на рабочем месте и т. д.) [11]. Целью оценки суицидального риска должно быть снижение этого риска, информирование об эффективной и персонализированной помощи человеку в кризисном состоянии, поддержание способности к личностному росту и самовосстановлению; в конечном счете, необходимо улучшить жизненные мотивы и усилить желание жить [11].

В медицинской практике в оппозиции к традиционному подходу к оценке суицидального риска, считающемуся слишком медикализированным и обезличенным, возникает подход к оценке риска, базирующийся на сотрудничестве и клиентоориентированности («терапевтическом альянсе»), при котором сам клиент выступает в качестве «эксперта своей суицидальности» [22].

Вместе с тем специалисты отмечают, что для создания эффективно-инструментария оценки риска самоубийства необходимо учитывать,

что, во-первых, полезность непосредственного заявления клиента о своем намерении совершить суицид для выявления неминуемого риска переоценена [30]; а во-вторых, несмотря на то, что рекомендуемым подходом в психиатрии при оценке суицидального риска является интеграция данных, полученных от многочисленных информаторов (близких, сослуживцев, знакомых, информации из социальных сетей и пр.), этот параметр недостаточно используется в инструментах оценки риска самоубийств [17]. Такой широко распространенный инструмент для оценки риска самоубийств, как самоотчет о суицидальных мыслях, оказывается не является однозначно достоверным в предсказании риска суицидальных действий, особенно в краткосрочный период [29].

Пытаясь преодолеть вышеописанные противоречия, суицидологи стремятся создать диагностический инструментарий, позволяющий более эффективно оценивать риск самоубийства.

Так, уже упомянутая группа исследователей из AISRAP составила Скрининговый инструмент для оценки риска самоубийства (*Screening Tool for Assessing Risk of Suicide, STARS*) [14]. STARS — не количественная, а качественная методика, направленная на получение данных, основанных на рассказе клиента о текущем суицидальном состоянии. В основании данного инструмента — идея важности терапевтического альянса пациента и психотерапевта, акцент на сотрудничестве как главном средстве получения, раскрытия информации о возможном самоубийстве.

Авторы скрининга полагают, что обычно испытываемое чувство стыда по поводу переживания суицидальности, которое часто препятствует такому раскрытию, может быть смягчено доверительным и чутким терапевтическим альянсом. Они предлагают (нелинейно) специалисту (врачу, психотерапевту, психологу) придерживаться определенной структуры в проведении консультативной работы с клиентом [14]. Например, для проведения полуструктурированного интервью с клиентом предлагается учитывать (и фиксировать результаты в соответствующих опросных листах) несколько областей: а) первичные кризисные вопросы о суицидальном поведении; б) факторы риска суицидального поведения (причем если суицидальное поведение «не является критическим», то предлагается начать опрос с «ненавязчивого расспроса в виде обычного разговора»); в) антисуицидальные или «защитные» факторы [14].

Авторы подчеркивают, что разделы опросника и его вопросы не являются последовательными и разработаны как примеры для облегчения доступа к переживаниям клиента. Инструментарий также содержит раздел клинических замечаний, т. е. заметок специалиста, документирующих ряд заключений, выводов, основанных на работе с клиентом, для облегчения дальнейшей работы с ним других специалистов, с целью составления плана безопасности и пр. Авторы подчеркивают, что данные,

полученные в результате использования STARS, не могут быть достаточно надежными, когда они получены от одного клиента, несмотря на признание того, что он является лучшим автором своей истории; даже в контексте самой глубокой вовлеченности в терапевтический процесс действительное намерение умереть может быть не раскрыто. Поэтому авторы скрининга настоятельно рекомендуют (несмотря на трудоемкость) документировать информацию, полученную от ближайших родственников, партнеров, друзей, близких клиента [14].

Заключительный раздел STARS условно можно охарактеризовать как планирование безопасности. Раздел содержит: результаты консультирования клиента по поводу нахождения стратегий удержания от суицидальных действий, информацию о готовности клиента к поиску выхода из создавшейся ситуации, его готовности искать и принимать разного вида помощь в преддверии кризисного (предсуицидального) состояния. Дополнительно уделяется внимание выработанному совместно клиентом и специалистом плану мероприятий (содержательных и организационных), направленных на снижение риска суицида. Специалисту также рекомендуется документировать свои консультации, проведенные с родственниками, опекунами клиента, другими специалистами. Заключительный раздел скрининга содержит выводы о наблюдаемой и прогнозируемой суицидальной активности клиента, о выработанной стратегии безопасности для клиента, дальнейшие наблюдения за выполнением стратегии, доказательства проведенных дополнительных консультаций с коллегами-специалистами [14].

Авторы скрининга убеждены в том, что данный метод позволит не только более деликатно диагностировать суицидальный риск, но и уменьшать тревожность специалиста, одновременно повышая эффективность помощи клиенту [14].

Другой группой исследователей предлагается Модульная оценка риска неминуемого самоубийства (*Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide, MARIS*) [7]. Инструментарий учитывает: 1) важность зависящих от состояния пациента факторов риска суицида; 2) необходимость косвенной оценки суицидальных намерений, а не только самоотчетов о суицидальных намерениях; 3) «традиционные» факторы риска; 4) эмоциональные реакции врачей на суицидальных пациентов. Методика рассчитана на использование при стационарном лечении и состоит из четырех модулей (два из которых оцениваются самим пациентом, а два врачами). Первые два модуля (для пациентов) оценивают: 1) предшествующее самоубийству наличие определенного когнитивного/аффективного состояния (чувство безвыходности ситуации в сочетании с эмоциональной и когнитивной дисрегуляцией) и 2) общее отношение пациентов к самоубийству (следует избегать прямых вопросов о непосредственном намерении самоубий-

ства). Два модуля, предназначенные для заполнения врачами, изучают: 1) стандартные факторы суицидального риска (например, предыдущая попытка самоубийства, злоупотребление психоактивными веществами) и 2) эмоциональные реакции врачей на пациента [7].

Примеры вопросов, содержащихся в модулях, приведены далее.

— Модуль самоотчета пациента (модуль 1) содержит вопросы: «Вы чувствовали, что ваша голова может взорваться от слишком большого количества мыслей?», «Вас беспокоили мысли, которые не имели смысла?», «Неужели вы попали в ловушку?» и пр.

— Модуль-опросник мнения пациента о самоубийстве (модуль 2) содержит утверждения для оценки, например: «Большинство людей, совершающих самоубийство, не верят в загробную жизнь», «Иногда суицид происходит только из-за жизненных проблем», «Обычно родственники жертвы самоубийства не имели ни малейшего представления о том, что происходит вокруг нее (жертвы)», «Длительное саморазрушительное поведение, такое как алкоголизм, может представлять собой бессознательное самоубийство» и т. д.

— Модуль оценки врачом стандартных факторов риска (модуль 3) включает сведения о способе предыдущей попытки суицида (если она была), сведения о том, употребляет ли пациент алкоголь (или страдает алкоголизмом), способен ли он мыслить рационально, сообщает ли о намерении завершить жизнь и пр.

— Модуль описания врачом своих эмоциональных реакций на пациента (модуль 4) содержит вопросы типа: «Мне казалось, что у меня связаны руки или что я попал в затруднительное положение» (при общении с пациентом), «Я чувствовал(а) себя виноватым/ой из-за своих чувств к нему/к ней», «Я думал, что для него/для нее жизнь действительно не стоит того, чтобы жить», «От этого пациента у меня мурашки побежали по коже», «Мне пришлось заставить себя соединиться с ним/с ней», «Я чувствую, что способен(на) помочь ему/ей» и пр. [7].

Результаты внедрения данного инструментария показали, что возможно предсказывать краткосрочный риск суицида без опоры на непосредственное вербальное заявление самого пациента, причем наиболее значимые результаты получены по модулю 4 (эмоциональные реакции врача на пациента) [7].

Описанные выше работы по диагностике суицидального риска в основном ставят задачу исследования краткосрочного прогноза совершения суицида. Причем авторы утверждают, что традиционная оценка факторов риска самоубийств ограничена, во-первых, тем, что исследования, как правило, рассматривали индивидуальные факторы риска изолированно, а не во взаимодействии друг с другом; во-вторых, оценка риска часто недостаточно «чувствительна ко времени», так что большинство

выявленных факторов риска суицида являются прогностическими для хронического, а не для острого риска [10; 19; 25; 26].

Многообразии существующих моделей суицидального поведения (модель развития суицидального поведения у подростков, интерперсональная модель, когнитивная теория суицидального поведения, интегративная модель суицидального поведения, мотивационно-волевая модель, концептуальная модель суицидального поведения) позволяет в целом приблизиться к пониманию необходимости изучения различий между долгосрочным и краткосрочным суицидальным риском [3; 5; 16; 21; 25; 32]. Так например, многие современные теории основаны на модели, предложенной Дэвидом Шлоттом и Джорджем Кламом (*Schotte D.E., Clum G.A.*) еще в 80-х годах XX века, в которой ранее существовавшие уязвимости, будь то биологические или когнитивные, становятся острыми факторами риска в момент, когда они усугубляются сильным для человека стрессом [28]. Аналогично ряд авторов проводят различие между факторами риска и факторами, приводящими к самоубийству, причем первые представляют собой долгосрочные факторы уязвимости, а вторые — непосредственные причины, вызывающие суицид [31]. В мотивационно-волевой модели авторы предлагают двухступенчатую модель, в которой суицидальная идея имеет место на мотивационной стадии, а суицидальное действие — на волевой стадии [25]. Во время мотивационной стадии переживания поражения и унижения вызывают чувство безвыходности, которое затем порождает суицидальные идеи и намерения. Основные показатели мотивационной стадии включают в себя стратегии реагирования человека на недостижимые цели, на восприятие себя как обременительного для общества и чувство отсутствия принадлежности к группе. Волевые показатели включают импульсивность, приобретенные способности, облегчающие суицид (бесстрашие, повышенный болевой порог), социальный опыт и доступ к средствам совершения суицида [25] (рис.).

Согласно комплексной нарративно-кризисной модели самоубийства, люди достигают суицидального кризиса, если у них есть особая уязвимость и если они переживают свою историю жизни как тупиковую последовательность событий — суицидальный нарратив [12]. Модель состоит из трех компонентов: уязвимые черты характера, суицидальный нарратив и синдром суицидального кризиса. Черты уязвимости включают в себя все статические факторы риска, которые относительно стабильны во времени и не связаны с острым суицидальным поведением. Они также включают в себя факторы врожденного темперамента, такие как бесстрашие и пессимизм, ранние неблагоприятные переживания, например, травма в детстве, и культурные и социальные факторы, такие как социальная приемлемость самоубийства в качестве решения проблем. Суицидальный нарратив, второй компонент модели, вытекает из теории нарратив-

ной идентичности, которая постулирует, что индивиды формируют свою идентичность, интегрируя свой жизненный опыт во внутреннюю развивающуюся автобиографическую историю, которая дает людям чувство целостности и цели в жизни. Модель нарративно-кризисного положения предполагает, что самоубийцы чувствуют себя охваченными своими суицидальными повествованиями или идеями о бесполезном прошлом, невыносимом настоящем или отсутствии будущего [6; 12]. Синдром суицидального кризиса, третий компонент нарративно-кризисной модели, представляет собой эмоциональное состояние, характеризующееся невыносимой тревогой, возбуждением, острой ангедонией, потерей когнитивного контроля. Результатом такого состояния становится самоубийство, вызванное эмоциональным побуждением прекратить боль и мучительные негативные размышления. Модель нарративного кризиса постулирует, что неизбежный риск самоубийства в первую очередь определяется интенсивностью синдрома суицидального кризиса, которую можно измерить по шкале суицидальных кризисов [6; 12].



Рис. Нарративно-кризисная модель развития суицидального поведения [10; 12].

Важно отметить, что в то время как активизация нарратива происходит в контексте суицидального кризиса, сам по себе нарратив (как в значительной степени когнитивная конструкция) недостаточен для того, чтобы реально ускорить суицидальное поведение. Но повествование о суицидальных мыслях и намерениях повышает риск суицидального поведения через запуск острого негативного аффективного состояния, которое ав-

торы назвали суицидальным кризисным синдромом (СКС) [10; 33]. При этом хотя склонность к активизации нарратива может представлять собой устойчивую черту характера некоторых людей, активизация суицидального повествования в целом создает острое психологическое состояние, способствующее заметному повышению суицидального риска. Также авторы допускают возможность, что суицидальное повествование ускоряет СКС или что СКС активизирует суицидальное повествование и/или они оказывают взаимно усугубляющее воздействие друг на друга [10].

Таким образом, авторы считают, что хотя суицидальный нарратив обеспечивает когнитивное содержание, в котором самоубийство становится приемлемым вариантом для решения проблемы, именно СКС в конечном счете запускает суицидальное поведение [10; 33].

Для проверки своих предположений авторский коллектив [10] с помощью колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*) обследовал 289 амбулаторных психиатрических пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с расстройствами настроения или психотическими расстройствами, находившихся в крупной городской больнице (США). Также в процессе обследования производилась оценка тяжести суицидальных явлений, включающая в себя суицидальные идеи, подготовку и действия (на основе сообщений пациентов о наличии у них в прошлом суицидальных мыслей или действий, прерванных по собственной воле или третьим лицом попыток суицида). Оценка суицидальных явлений проводилась в трех временных рамках: за прошедший месяц, за прошедшее время (исключая прошедший месяц) и за всю жизнь (прошедшее время и прошедший месяц).

Были также использованы два авторских опросника [10]:

— опросник для оценки СКС (содержащий 50 утверждений, предлагаемых к оценке по четырехбалльной шкале). Данный опросник состоит из 5 субшкал, фиксирующих на основе самоотчета наличие ощущения безвыходности (ловушки), чрезмерной подавленности, панической диссоциации, страха смерти, эмоциональной боли.

— опросник суицидального нарратива (содержащий 132 вопроса, предполагающих ответы по пятибалльной шкале). Для данного исследования использовались 6 шкал методики: социальное поражение, личное унижение, нарушенное чувство принадлежности, восприятие себя бременем для других, недостижимость целей и невозможность вернуться к реалистичным целям.

Стоит отметить, что по всей выборке суицидальные намерения фиксировались очень часто, причем более 85% испытуемых сообщили о том, что в течение всей жизни имели место те или иные формы суицидальных проявлений, и более трети сообщили о фактических суицидальных попытках. Более 50% обследованных сообщили о некоторых типах суицидальных проявлений за предыдущий месяц [10].

Исследователи выдвинули гипотезу о том, что шесть различных психологических факторов риска сольются в единую конструкцию, называемую суицидальным нарративом [10]. Частично гипотеза подтвердилась, но вместо одного компонента в результате анализа выделилось два независимых фактора: межличностный и фактор ориентации на цель. Межличностный фактор, состоящий в основном из восприятия себя бременем для других, социального поражения, унижения и подавленной принадлежности, отражает глубоко негативный взгляд на себя по отношению к другим людям, характеризующийся отчуждением и стыдом. Более того, межличностный фактор был существенно связан с суицидальными явлениями во всех трех временных диапазонах. Таким образом, потеря надежды на привязанность к другим и/или основополагающего чувства собственного достоинства может привести к экзистенциальному кризису, в результате которого сама жизнь теряет свою ценность. Межличностный фактор также значимо коррелировал с тяжестью СКС. Авторами обсуждается многомерность суицидального кризиса, включающего как когнитивные, так и аффективные элементы. Фактор ориентации на цель включает недостижимость целей и невозможность вернуться к реалистичным целям и в меньшей степени — личное унижение. Этот фактор относится к гибкости и устойчивости человека перед лицом своих неудовлетворенных целей. Люди с трудностями в этой области становятся заикленными на поставленной цели и не могут переориентироваться, когда цель не может быть достигнута. Связь фактора со шкалой унижения говорит о том, что фрустрация цели в какой-то степени связана с чувством унижительной неудачи. Удивительно, но фактор ориентации на цель не коррелировал с суицидальными явлениями в любой момент времени [10]. Это не согласуется с предыдущими исследованиями [25]. Кроме того, вопреки ожиданиям исследователей фактор ориентации на цель не имел никакого отношения к СКС.

Выводы

1. Среди зарубежных специалистов происходит переоценка эффективности традиционных методов диагностики суицидального риска.
2. Поиски эффективных методов диагностики суицидального риска уводят специалистов от простой фиксации самоотчетов клиента/пациента к проведению подробных консультаций с широким кругом близких, родных, сослуживцев клиента/пациента, а также документированию личных переживаний от общения с клиентом/пациентом.
3. Необходимо разрабатывать новые инструменты для оценки острых краткосрочных суицидальных рисков [4].
4. Комплексная нарративно-кризисная модель самоубийства включает в себя долгосрочные и краткосрочные факторы риска и на сегодняшний

день является наиболее разработанной клинико-психопатологической моделью и может быть использована в отечественной практике после проведения соответствующих дополнительных исследований, валидации и пр.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Банников Г.С., Вихристюк О.В.* Раннее выявление актуальных и потенциальных факторов риска суицидального поведения среди несовершеннолетних // Психическое здоровье и образование: сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века» (г. Москва, 5—7 октября 2018 г.). М.: ИД «Городец», 2018. С. 237—240.
2. *Банников Г.С., Вихристюк О.В., Федунина Н.Ю.* Применение технологии выявления факторов риска развития суицидального поведения среди подростков и молодежи // Психологическая наука и образование. 2018. Т. 23. № 4. С. 91—101. doi:10.17759/pse.2018230409
3. *Положий Б.С.* Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. Т. 6. № 1. С. 3—7.
4. *Barzilay S., Yaseen Z.S., Hawes M., et al.* Determinants and predictive value of clinician assessment of short-term suicide risk // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019. Vol. 49 (2). P. 614—626. doi:10.1111/sltb.12462
5. *Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A.* Adolescent suicide and suicidal behavior // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006. Vol. 47 (3/4). P. 372—394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
6. *Calati R., Nemeroff C.B., Lopez-Castroman J., et al.* Candidate biomarkers of suicide crisis syndrome: What to test next? A concept paper [Электронный ресурс] // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2019. URL: <https://academic.oup.com/ijnp/advance-article/doi/10.1093/ijnp/pyz063/5645557> (дата обращения: 5.12.2019). doi:10.1093/ijnp/pyz063
7. *Calati R., Cohen L.J., Schuck A., et al.* The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A validation study of a novel tool for suicide risk assessment // *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 263. P. 121—128. doi:10.1016/j.jad.2019.12.001
8. *Centers for Disease Control and Prevention.* Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) from National Center for Injury Prevention and Control, 2016 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html> (дата обращения: 1.12.2019).
9. *Chan M.K.Y., Bhatti H., Meader N., et al.* Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales // *British Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 209 (4). P. 277—283. doi:10.1192/bjp.bp.115.170050
10. *Cohen L.J., Gorman B., Briggs J., et al.* The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019. Vol. 49 (2). P. 413—422. doi:10.1111/sltb.12439
11. *Draper B.* Isn't it a bit risky to dismiss suicide risk assessment? // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 46 (4). P. 385—386. doi:10.1177/0004867411433222

12. *Galynker I.* The Suicidal Crisis Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk. New York: Oxford University Press, 2017. 344 p.
13. *Goldstein R.B., Black D.W., Nasrallah A., et al.* The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders // *Archives of General Psychiatry*. 1991. Vol. 48 (5). P. 418—422. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810290030004
14. *Hawgood J., De Leo D.* Suicide Prediction — A Shift in Paradigm Is Needed // *Crisis*. 2016. Vol. 37 (4). P. 251—255. doi:10.1027/0227-5910/a000440
15. *Jacobs D.G., Brewer M., Klein-Benheim M.* Suicide assessment: An Overview and recommended protocol // *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* / D.G. Jacobs (ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass. 1999. P. 3—39.
16. *Joiner T.E.* Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. 276 p. doi:10.2307/j.ctv9jghv2f
17. *Kraemer H.C., Measelle J.R., Ablow J.C., et al.* A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives // *The American Journal of Psychiatry*. 2003. Vol. 160 (9). P. 1566—1577.
18. *Large M., Kanesson M., Myles N., et al.* Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: Heterogeneity in results and lack of improvement over time [Электронный ресурс] // *PLoS ONE*. 2016. Vol. 11 (6). URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156322> (дата обращения: 8.12.2019). doi:10.1371/journal.pone.0156322
19. *Large M., Sharma S., Cannon E., et al.* Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: A systematic meta-analysis // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 45 (8). P. 619—628. doi:10.3109/00048674.2011.590465
20. *Large M., Ryan C.J.* Letter to the editor: Screening for suicide: A comment on Steeg et al. // *Psychological Medicine*. 2012. Vol. 42 (9). P. 2011—2012. doi:10.1017/S0033291712001377
21. *Mann J.J.* The neurobiology of suicide // *Nature Medicine*. 1998. Vol. 4 (1). P. 25—30. doi:10.1038/nm0198-025
22. *Michel K., Jobes D.A.* Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC: American Psychological Association, 2010. 428 p.
23. National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives [Электронный ресурс]. Rockville, MD: National institute of mental Health and the research prioritization Task Force, 2014. URL: <https://theactionalliance.org/sites/default/files/agenda.pdf> (дата обращения: 1.11.2019).
24. National Suicide Prevention strategies: progress, examples and indicators [Электронный ресурс]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2018. 79 p. URL: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/ (дата обращения: 18.12.2019).
25. *O'Connor R.C.* The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior // *Crisis*. 2011. Vol. 32 (6). P. 295—298. doi:10.1027/0227-5910/a000120
26. *Oquendo M.A., Currier D., Mann J.J.* Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? //

Acta Psychiatrica Scandinavica. 2006. Vol. 114 (3). P. 151—158. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x

27. Pokorny A.D. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study // Archives of General Psychiatry. 1983. Vol. 40 (3). P. 249—257.
28. Schotte D.E., Clum G.A. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987. Vol. 55 (1). P. 49—54. doi:10.1037/0022006X.55.1.49
29. Schuck A., Calati R., Barzilay S., et al. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis // Behavioral Sciences & the Law. 2019. Vol. 37 (3). P. 223—239. doi:10.1002/bsl.2397
30. Stone D.M., Simon T.R., Fowler K.A., et al. Vital signs: trends in state suicide rates — United States, 1999–2016 and circumstances contributing to suicide — 27 States, 2015 // Morbidity and Mortality Weekly Report. 2018. Vol. 67 (22). P. 617—624. doi:10.15585/mmwr.mm6722a1
31. Tucker R.P., Crowley K.J., Davidson C.L., et al. Risk factors, warning signs, and drivers of suicide: What are they, how do they differ, and why does it matter? // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2015. Vol. 45 (6). P. 679—689. doi:10.1111/sltb.12161
32. Wenzel A., Beck A.T. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment // Applied and Preventive Psychology. 2008. Vol. 12 (4). P. 189—201. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.001
33. Yaseen Z.S., Hawes M., Barzilay S., et al. Predictive Validity of Proposed Diagnostic Criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An Acute Presuicidal State // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2019. Vol. 49 (2). P. 1124—1135. doi:10.1111/sltb.12495

REFERENCES

1. Bannikov G.S., Vikhristyuk O.V. Rannee vyyavlenie aktual'nykh i potentsial'nykh faktorov riska suitsidal'nogo povedeniya sredi nesovershennoletnikh [Early identification of current and potential risk factors for suicidal behavior among minors]. Psikhicheskoe zdorov'e i obrazovanie: sbornik nauchnykh statei po materialam II Kongressa «Psikhicheskoe zdorov'e cheloveka XXI veka» (g. Moskva, 5—7 oktyabrya 2018 g.) [Mental Health and Education: Collection of Scientific Papers of the II Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century]. Moscow: Gorodets Publ., 2018, pp. 237—240.
2. Bannikov G.S., Vikhristyuk O.V., Fedunina N.Yu. Primenenie tekhnologii vyyavleniya faktorov riska razvitiya suitsidal'nogo povedeniya sredi podrostkov i molodezhi [Application of technology for identifying risk factors for developing suicidal behavior among adolescents and young people]. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education], 2018. Vol. 23 (4), pp. 91—101. doi:10.17759/pse.2018230409
3. Polozhii B.S. Kontseptual'naya model' suitsidal'nogo povedeniya. Suitsidologiya [Suicidology], 2015. Vol. 6 (1), pp. 3—7.
4. Barzilay S., Yaseen Z.S., Hawes M., et al. Determinants and predictive value of clinician assessment of short-term suicide risk. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2019, Vol. 49 (2), pp. 614—626. doi:10.1111/sltb.12462

5. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006. Vol. 47 (3/4), pp. 372—394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
6. Calati R., Nemeroff C.B., Lopez-Castroman J., et al. Candidate biomarkers of suicide crisis syndrome: What to test next? A concept paper [Elektronnyi resurs]. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2019. Available at: <https://academic.oup.com/ijnp/advance-article/doi/10.1093/ijnp/pyz063/5645557> (Accessed 5.12.2019). doi:10.1093/ijnp/pyz063
7. Calati R., Cohen L.J., Schuck A., et al. The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A validation study of a novel tool for suicide risk assessment. *Journal of Affective Disorders*, 2020. Vol. 263, pp. 121—128. doi:10.1016/j.jad.2019.12.001
8. Centers for Disease Control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) from National Center for Injury Prevention and Control, 2016 [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html> (Accessed 1.12.2019).
9. Chan M.K.Y., Bhatti H., Meader N., et al. Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales. *British Journal of Psychiatry*, 2016. Vol. 209 (4), pp. 277—283. doi:10.1192/bjp.bp.115.170050
10. Cohen L.J., Gorman B., Briggs J., et al. The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2019. Vol. 49 (2), pp. 413—422. doi:10.1111/sltb.12439
11. Draper B. Isn't it a bit risky to dismiss suicide risk assessment? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2012. Vol. 46 (4), pp. 385—386. doi:10.1177/0004867411433222
12. Galynker I. *The Suicidal Crisis Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk*. New York: Oxford University Press, 2017. 344 p.
13. Goldstein R.B., Black D.W., Nasrallah A., et al. The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1991. Vol. 48 (5), pp. 418—422. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810290030004
14. Hawgood J., De Leo D. Suicide Prediction — A Shift in Paradigm Is Needed *Crisis*, 2016. Vol. 37 (4), pp. 251—255. doi:10.1027/0227-5910/a000440
15. Jacobs D.G., Brewer M., Klein-Benheim M. Suicide assessment: An Overview and recommended protocol. In Jacobs D.G. (ed.). *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 1999, pp. 3—39.
16. Joiner T.E. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. 276 p. doi:10.2307/j.ctvjghv2f
17. Kraemer H.C., Measelle J.R., Ablow J.C., et al. A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives. *The American Journal of Psychiatry*, 2003. Vol. 160 (9), pp. 1566—1577.
18. Large M., Kaneson M., Myles N., et al. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: Heterogeneity in results and lack of improvement over time [Elektronnyi resurs]. *PLoS ONE*, 2016. Vol. 11 (6).

Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156322> (Accessed 8.12.2019). doi:10.1371/journal.pone.0156322

19. Large M., Sharma S., Cannon E., et al. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: A systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2011. Vol. 45 (8), pp. 619–628. doi:10.3109/00048674.2011.590465
20. Large M., Ryan C.J. Letter to the editor: Screening for suicide: A comment on Steeg et al. *Psychological Medicine*, 2012. Vol. 42 (9), pp. 2011–2012. doi:10.1017/S0033291712001377
21. Mann J.J. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 1998. Vol. 4 (1), pp. 25–30. doi:10.1038/nm0198-025
22. Michel K., Jobes D.A. Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC: American Psychological Association, 2010. 428 p.
23. National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives [Elektronnyi resurs]. Rockville, MD: National institute of mental Health and the research prioritization Task Force, 2014. Available at: <https://theactionalliance.org/sites/default/files/agenda.pdf> (Accessed 1.11.2019).
24. National Suicide Prevention strategies: progress, examples and indicators [Elektronnyi resurs]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2018. 79 p. Available at: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/ (Accessed 18.12.2019).
25. O'Connor R.C. The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis*, 2011. Vol. 32 (6), pp. 295–298. doi:10.1027/0227-5910/a000120
26. Oquendo M.A., Currier D., Mann J.J. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006. Vol. 114 (3), pp. 151–158. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x
27. Pokorny A.D. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 1983. Vol. 40 (3), pp. 249–257.
28. Schotte D.E., Clum G.A. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987. Vol. 55 (1), pp. 49–54. doi:10.1037/0022006X.55.1.49
29. Schuck A., Calati R., Barzilay S., et al. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law*, 2019. Vol. 37 (3), pp. 223–239. doi:10.1002/bsl.2397
30. Stone D.M., Simon T.R., Fowler K.A., et al. Vital signs: trends in state suicide rates — United States, 1999–2016 and circumstances contributing to suicide — 27 States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2018. Vol. 67 (22), pp. 617–624. doi:10.15585/mmwr.mm6722a1
31. Tucker R.P., Crowley K.J., Davidson C.L., et al. Risk factors, warning signs, and drivers of suicide: What are they, how do they differ, and why does it matter? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2015. Vol. 45 (6), pp. 679–689. doi:10.1111/sltb.12161
32. Wenzel A., Beck A.T. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 2008. Vol. 12 (4), pp. 189–201. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.001

33. Yaseen Z.S., Hawes M., Barzilay S., et al. Predictive Validity of Proposed Diagnostic Criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An Acute Presuicidal State. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2019. Vol. 49 (2), pp. 1124—1135. doi:10.1111/sltb.12495

Информация об авторах

Банников Геннадий Сергеевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии, Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России; старший научный сотрудник Центра экстренной психологической помощи, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4929-2908>, e-mail: bannikov68@mail.ru

Вихристук Олеся Валентиновна, кандидат психологических наук, руководитель Центра экстренной психологической помощи, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5982-1098>, e-mail: vihristukov@mgppu.ru

Галынкер Игорь, доктор медицинских наук, профессор психиатрии, Школа медицины Икана; заместитель начальника кафедры по научной части, Медицинский центр Маунт-Синай; директор Лаборатории по предотвращению и исследованиям суицида, Семейный центр биполярного расстройства личности Ричарда и Синтии Зирински, Нью-Йорк, США, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8083-9479>, e-mail: igalynke@gmail.com

Information about the authors

Gennady S. Bannikov, Ph.D. (Medicine), Senior Researcher, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Senior Researcher, Center for Emergency Psychological Assistance, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4929-2908>, e-mail: bannikov68@mail.ru

Olesya V. Vihristuk, Ph.D. (Psychology), Head of the Center for Emergency Psychological Assistance, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5982-1098>, e-mail: vihristukov@mgppu.ru

Igor Galynker, M.D., Professor, Icahn School of Medicine at Mount Sinai; Associate Chairman for Research, Mount Sinai Beth Israel; Head of the Suicide Research and Prevention Laboratory, Richard and Cynthia Zirinsky Family Center for Bipolar Disorder, New York, USA, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8083-9479>, e-mail: igalynke@gmail.com

Получена 29.01.2020

Принята в печать 06.03.2020

Received 29.01.2020

Accepted 06.03.2020