

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ:
ГРУППЫ РИСКА, МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ РИСКА
И ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**
**SUICIDAL BEHAVIOR: HIGH-RISK PATIENT GROUPS,
RISK ASSESSMENT METHODS AND PSYCHOLOGICAL
ATTENDANCE ISSUES**

**ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ
СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА: ГДЕ,
КОГДА И КАК ПРОВОДИТЬ ОЦЕНКУ**

К.А. ЧИСТОПОЛЬСКАЯ

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России (МНИИП — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2552-5009>,
e-mail: ktchist@gmail.com

Н.И. КОЛАЧЕВ

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГБОУ ВО «НИУ ВШЭ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3214-6675>,
e-mail: nkolachev@hse.ru

С.Н. ЕНИКОЛОПОВ

Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7899-424X>,
e-mail: enikolopov@mail.ru

Актуальность. Диагностика суицидального риска — важная, но только развивающаяся область суицидологии. **Цель.** Работа направлена на прояснение проблем и перспектив данной научной сферы. **Метод.** Ставятся и разбираются основные вопросы, связанные с оценкой данного конструкта: сеттинг, предмет измерения, особенности инструментария. **Результаты.** Делается заключение о важности данных переменных при выборе метода измерения суицидального риска, а также о необходимости совмещать диагностику и лечебные воздействия. **Выводы.** Приводится типология выбора методов воздействия на основе нарративной модели суицидального кризиса И. Галынкера. Указываются ограничения современных диагностических методов, утверждается необходимость полагаться не столько на инструментарий, сколько на структурированное клиническое суждение, а также руководствоваться не столько наличием или отсутствием суицидальной идеации у респондента, сколько пониманием его текущих фрустрированных потребностей.

Ключевые слова: суицид, суицидальный риск, суицидальный процесс, сеттинг, клиническое суждение, диагностические методики.

Финансирование. Фрагмент работы (выполнение литературного обзора, анализ материала, написание текста и редактирование статьи) выполнен *К.А. Чистопольской* в рамках Госзадания № 121041300179-3: Разработка стационарных и динамических прогностических маркеров расстройств аффективного спектра и шизоаффективного расстройства на основе клинико-патогенетических, нейробиологических и психопатологических исследований.

Для цитаты: Чистопольская К.А., Колачев Н.И., Ениколопов С.Н. Вопросы диагностики суицидального риска: где, когда и как проводить оценку // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 9–32. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310201>

QUESTIONS FOR SUICIDE RISK ASSESSMENT: WHERE, WHEN AND HOW TO MEASURE

KSENIA A. CHISTOPOLSKAYA

Moscow Research Institute of Psychiatry — a branch of V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russian Federation Ministry of Health, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2552-5009>,

e-mail: ktchist@gmail.com

NIKITA I. KOLACHEV

HSE University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3214-6675>,

e-mail: nkolachev@hse.ru

SERGEY N. ENIKOLOPOV

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7899-424X>,

e-mail: enikolopov@mail.ru

Background. Diagnostics of suicide risk is an important, but only developing domain in suicidology. **Objective.** This study aims to clarify the problems and perspectives in this scientific field. The main issues related to measuring this construct are posed and analyzed: the setting, the object of measurement, and the specifics of the available tools. **Results.** The inference is made about the importance of these variables when choosing a method for measuring suicide risk, as well as the need to combine diagnostics and therapy. **Conclusion.** The typology for choosing the methods of intervention based on the Narrative Crisis Model of Suicide by I. Galynker is provided. The limitations of the modern diagnostic methods are indicated, the call to rely not so much on various diagnostic tools as on the structured clinical judgment, and also be guided not so much by the presence or absence of suicidal ideation in a respondent, but by understanding their current frustrated needs.

Keywords: suicide, suicide risk, suicidal process, setting, clinical judgment, diagnostic methods.

Funding. A fragment of the work (literary review, analysis of the material, writing and editing the manuscript) was performed by K.A. Chistopolskaya within the framework of the State Task No. 121041300179-3: Development of static and dynamic prognostic markers of affective spectrum disorders and schizoaffective disorder based on clinical pathogenetic, neurobiological and psychopathological studies.

For citation: Chistopolskaya K.A., Kolachev N.I., Enikolopov S.N. Questions for suicide risk assessment: where, when and how to measure? *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 9–32. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310201> (In Russ.).

Введение

Проблема выявления суицидального риска стоит перед специалистами достаточно остро и вызывает большие споры. С одной стороны, диагностические приемы и методы нужны для определения групп риска в популяции, для выявления острого риска среди хронически суицидальных пациентов, для триажа — сортировки пациентов, определения наиболее подходящего воздействия и лечения. С другой стороны, многочисленные исследования показывают, что точность подобных процедур пока неудовлетворительна [34; 36; 57]. В данном обзоре предпринята попытка подробного рассмотрения преобладающих подходов к выявлению суицидального риска в России и за рубежом в разных сеттингах и

на разных этапах развития суицидального процесса, поскольку от этих нюансов зависит выбор инструментария и получаемый результат.

Вопрос 1: В каких условиях специалист пытается выявить суицидальный риск

На данный момент скрининги проводятся в школах, университетах, при приеме на работу и перемещении по службе (например, в правоохранительных органах). Кроме того, суицидальный риск следует оценивать на индивидуальном приеме школьным психологам, психологам в вузах, врачам общей практики и специалистам, которые ведут прием в поликлинике или общесоматической больнице. Показано, что более 80% погибших вследствие самоубийства в течение последнего года обращались в первичное звено медицинской помощи [26]. Разумеется, оценка должна проводиться и врачом-психиатром при принятии решения о госпитализации и выборе фармакотерапии.

Большинство методов выявления риска определяется сеттингом: скрининги в основном состоят из психологических опросников, выявляющих суицидальные и защитные факторы личности, в то время как медикам рекомендуют задавать вопросы о суицидальных мыслях, намерениях и планах и в целом проводить «всестороннюю» (comprehensive) и структурированную оценку суицидальности, полагаясь на свое клиническое суждение [31; 36]. Однако исследования показывают, что прямые вопросы и констатация риска в истории болезни малоинформативны: так, мета-анализ преимущественно клинических выборок [46] обнаружил, что 60% суицидов совершили люди, которые не сообщили ранее о суицидальных мыслях. При этом лишь 14% людей, которые не совершили суицид, о суицидальных мыслях сообщили. Таким образом, данный метод оценки риска имеет низкую чувствительность и умеренную специфичность.

Проведенное авторами статьи популяционное исследование о сокрытии суицидальных мыслей при общении с помогающим специалистом имело схожий результат: 58% людей, признавшихся, что они совершали суицидальную попытку, на каком-то этапе своей жизни диссимулировали суицидальные тенденции и остались незамеченными профессионалами [24]. Причины сокрытия общие в России и за рубежом [28]: люди боятся стигмы, последствий госпитализации, нарушения конфиденциальности. Также их не устраивает сам сеттинг: при диспансеризации школьников и студентов могут запускать в кабинет психиатра по несколько человек, и естественно, что они не хотят признаваться в сокровенном перед сверстниками. В свою очередь, стигма и стремление скрыть свою суицидальность чреваты усилением суицидального риска

[16]. Помимо этого, суицидальные мысли могут не фиксироваться при опросах по причине их отсутствия: суицид может случиться неожиданно для самого человека (импульсивный поступок [35; 36]), человек может не воспринимать свои мысли всерьез (это было выявлено и в приведенном выше исследовании, и в зарубежных работах [24; 47]). Кроме того, суицид всегда амбивалентен [2; 25], и суицидальные мысли могут быть эгодистонными и даже маскироваться под панические атаки [35].

Было найдено решение проблемы диссимуляции при скринингах [44]: опция «предпочитаю не говорить» (prefer not to tell) при ответе на вопрос о суицидальных мыслях. Респонденты (в данном исследовании — взрослые, в том числе работающие в сфере здравоохранения и правопорядка), которые выбирали этот вариант, существенно не отличались по уровню психологического неблагополучия от тех, кто сообщал о суицидальных мыслях. Соответственно, такой прием дает возможность более целенаправленно проводить профилактику суицидальных тенденций на рабочем месте или в учебных заведениях. Однако при личном общении «врач—пациент» проблема сокрытия остается [39], как и проблема анозгнозии суицидальных мыслей пациентом.

Проблема взаимодействия врача (и, шире, клинициста) и пациента требует особого внимания. Она заключается в том, что врачи часто боятся говорить с пациентами на тему самоубийства, не чувствуют в себе достаточно компетенций и навыков для подобных бесед, испытывают целый спектр неприятных переживаний при общении с суицидальными пациентами [36; 42]. В то время как Дж. Хенден пишет о необходимости тренировать навыки глубокой эмпатии и построения терапевтического альянса с этой категорией пациентов [37], И. Галынкер предлагает, помимо этого, использовать саморефлексию клинициста, осознание им собственных трудных эмоций в качестве диагностического критерия [35]. Исследования показывают, что сочетание чувств отторжения-отвращения, страха и надежды (смешанный контрперенос) может свидетельствовать о том, что перед специалистом находится пациент в суицидальном кризисе [61].

Психологические опросники (такие как «Шкала безнадежности» и «Шкала депрессии» А. Бека), шкалы самоотчета и даже биологические маркеры тоже показывают неудовлетворительный результат в плане выявления и предсказания суицидальности [32]. Большинству пациентов приписывается суицидальный риск (ложноположительные ответы) и, как следствие, назначается лишнее лечение, в то время как части пациентов приписывается низкий риск (ложноотрицательные ответы), и люди остаются без необходимого внимания. Исследования, как правило, показывают отсутствие значимых различий по психологическим опросникам между людьми, сообщающими о суицидальных мыслях и

суицидальных попытках, как в клинических [17], так и в популяционных выборках [30].

Еще один вариант выявления суицидального риска — различные варианты теста имплицитных ассоциаций (Implicit Association / Cognition Tests): например, респондента просят сортировать стимулы («Я» и «не-Я»), условно изображающие «жизнь» и «смерть» [12], или же предлагается вариант теста Струпа на нейтральных и суицидально-значимых стимулах — вариант методики «Сигнал» [7]. Данные тесты не требуют от респондентов осознанного ответа о суицидальных мыслях и могут использоваться как альтернатива скринингам в ситуациях, когда риск сокрытия респондентами своего актуального психологического неблагополучия и суицидальных тенденций больше обычного [48]. Однако для проведения данной методики требуется компьютеризация процесса обследования.

Вопрос 2: На каком этапе суицидального процесса, как предполагается, находится человек

В суицидологии относительно давно сложилось представление о суицидальном процессе [53], хотя современные модели описывают его по-разному [35; 49]. Выделяют факторы *предиспозиции*, или *премотивационной фазы*: импульсивность, перфекционизм, безнадежность как личностный стиль, бесстрашие к смерти, детский травматический опыт и т. д. Эти и другие переменные способствуют развитию суицидальных мыслей в трудных жизненных обстоятельствах. Данные факторы имеет смысл выявлять в первую очередь в общей популяции, при различных скринингах. Профилактика (первичная превенция), которая связана с этими факторами, может быть направлена на повышение общей психологической грамотности и обучение конструктивным копинг-стратегиям [5; 51].

На *втором этапе* развития суицидального процесса формируется так называемый суицидальный нарратив — это история, которую рассказывает себе человек о трудной ситуации, его концептуализация недавних событий. И. Галынкер [35] включает в эту фазу чувства унижения и поражения, ощущение себя обузой, переживание нарушенной принадлежности, неспособность отказываться от недостижимых целей и находить новые осмысленные цели, в результате чего возникает ощущение западни. Р. О'Коннор [49] описывает этот этап чуть иначе (он называет его мотивационной фазой суицидального процесса). На первый план автор выводит переживания поражения и унижения, которые переходят в ощущение западни (при воздействии модераторов: трудности решения проблем, нехватки копинг-стратегий, искажений памяти и руминаций),

за чем следует появление суицидальных мыслей (при нарушении чувства принадлежности, ощущении себя обузой, отсутствии представлений о будущем, низкой жизнестойкости, нехватке социальной поддержки).

Суицидальный нарратив (или мотивационную фазу) тоже можно выявить на этапе первичной превенции в общей популяции на скринингах или при наблюдении за учащимся или работающим человеком, однако человек может обратиться за помощью и самостоятельно: к школьному психологу, в университетскую службу психологической помощи, к врачу-терапевту с психосоматическими жалобами или непосредственно к психиатру. В данном случае специалисту помимо клинической беседы помогут методики, исследующие специфические факторы психологического неблагополучия при суицидальном процессе: душевную боль и безнадежность [9], нарушенную принадлежность и воспринимаемую обременительность [13], — а также защитные факторы: сочувствие к себе [19], причины для жизни [22], жизнестойкость [10]. Кроме того, ведется работа по адаптации непосредственно «Опросника суицидального нарратива», который состоит из 8 субшкал, отражающих основные факторы подострой фазы суицидального процесса [20]. Стоит заметить, что диагностические критерии для перечисленных опросников только начинают разрабатываться. Нами ведется работа по созданию нормативных показателей для «Шкалы сочувствия к себе» К. Нефф [19] и «Шкал психологического напряжения» [23], помимо уже упомянутых «Шкалы душевной боли» Р. Холдена и «Шкалы безнадежности» А. Бека [9].

Третья фаза суицидального процесса — непосредственно суицидальный кризис. Пресуицидальный синдром описан давно [54]. Э. Шнейдман замечал, что человек годами может жить с хроническими суицидальными мыслями, но сам суицидальный кризис — относительно короткий период, в который человека можно либо спасти, либо потерять вследствие его самоубийства [59]. А.Г. Амбрумова в 1980-х гг. описала различные «непатологические ситуационные реакции», которые, по сути, представляют собой острый кризисный ответ на микросоциальный конфликт у людей с характерологической предрасположенностью и нехваткой копинг-стратегий для решения конкретной жизненной ситуации [1]. Р. О'Коннор называет этот этап волевой фазой, потому что в данный период возникает переход от мыслей к действиям, однако его модель недостаточно дифференцирует это состояние с помощью психологических переменных [30].

Между тем И. Галынкер и Т. Джойнер независимо друг от друга выделили особую диагностическую категорию — синдром суицидального кризиса [35; 63], или острое аффективное суицидальное расстройство [55], которую предложили включить в «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» (Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) следующего пересмотра. В синдром Т. Джойнера входит четыре симптома: резкое усиление суицидального намерения в течение часов или дней; значительное социальное отчуждение и отчуждение от Я (отвращение, ненависть к себе); ощущение необратимости вышеперечисленных симптомов (суицидального намерения, социального отчуждения и отчуждения от Я), а также перевозбуждение (ажитация, бессонница, кошмары, раздражительность). Было показано, что эти симптомы тесно связаны между собой и слабо связаны с классическими симптомами тревоги и депрессии [55].

Радикальное отличие модели И. Галынкера от других концепций суицидального кризиса заключается в том, что даже в последней фазе процесса сообщение человеком о суицидальных мыслях не играет значимой роли в диагностическом процессе. Это связано с тем, что пациент может диссимулировать свои суицидальные переживания, а также вовсе их не иметь: во многих случаях суицидальные мысли возникают у человека непосредственно перед самой попыткой. Ведущий симптом на этом этапе — ощущение западни (entrapment, «ловушка», переживание отчаянной безнадежности). Помимо этого, в синдром входит сочетание следующих симптомов: аффективные нарушения (душевная боль; резкие всплески негативных эмоций или перепады настроения; сильная тревога, которая может сопровождаться диссоциативными симптомами или сенсорными нарушениями; острая ангедония), потеря когнитивного контроля (руминации; когнитивная ригидность; руминативное затопление; неспособность вытеснения неприятных или негативных мыслей), перевозбуждение (ажитация, сверхбдительность, раздражительность, нарушения сна), а также социальное отчуждение (отчуждение или сокращение социальной активности, уклончивое общение с близкими). По мнению автора, при диагностировании синдрома суицидального кризиса пациенту требуется экстренная госпитализация и фармакотерапия.

Синдром суицидального кризиса можно проиллюстрировать примером из художественной литературы. Случай Анны Карениной удивительно точно соответствует концепции И. Галынкера [18]: суицидальная траектория героини становится очевидна читателю довольно рано, суицидальные мысли возникают, но не принимаются Анной всерьез, синдром суицидального кризиса можно выделить за два дня до смерти, но сама идея, что самоубийство — «лучший выход», приходит к Карениной лишь за несколько минут до решения и собственно поступка.

Для психиатров разработан чек-лист этих симптомов [35], который предлагается заполнять клиницисту во время клинической беседы; с его помощью можно определить тяжесть состояния пациента и руководствоваться им при выборе лечения. В недавнем исследовании показано, что краткий чек-лист синдрома суицидального кризиса полезнее информации

о суицидальной идеации или попытках для принятия решения о госпитализации и лечении непсихотических пациентов [41]. В России этот метод тоже начал использоваться в исследованиях и на практике [4]. Кроме того, существует «Опросник суицидального кризиса» [29] и начат процесс адаптации его на русский язык [21]: после его проверки на российской популяционной выборке в нем осталось 55 пунктов (из 61). Требуется кросс-валидизация чек-листа и опросника на клинической выборке, сокращение количества пунктов для удобства заполнения пациентами.

Еще в одном подходе — совместная оценка и управление суицидальностью (collaborative assessment and management of suicidality, CAMS [40; 60]) — суицидальный кризис понимается в соответствии с идеями Э. Шнейдмана, А. Бека и Р. Баумейстера, в связи с чем авторы сформулировали опросник, который заполняет пациент в сотрудничестве с клиницистом. В нем 6 пунктов, оценивать по 5-балльной шкале предлагается выраженность душевной боли, уровень стресса, ажитацию (кубическая модель суицидального кризиса Э. Шнейдмана: *psychache, press, perturbation*), безнадежность (модель А. Бека) и ненависть к себе (концепция Р. Баумейстера [27]), а также общий уровень суицидального риска. Присутствуют также открытые вопросы о доводах в пользу жизни и смерти и предложение подробно описать свои суицидальные мысли, намерения и действия. Д. Джобс подчеркивает, что это сотрудничающий подход [60]: это проявляется даже в том, как рекомендуется сидеть с пациентом, когда тот заполняет бланк — бок о бок, рядом, а не напротив или наискосок. Модель помогает клиницисту лучше понять пациента, при этом суицидальные мысли рассматриваются как попытка решить трудную жизненную проблему. Данный подход предлагает работать с пациентами преимущественно амбулаторно, в среднем проходит 6 встреч, в начале каждой встречи человек заполняет данную форму и вместе с клиницистом наблюдает свои изменения. Альтернативой CAMS является другой сотрудничающий подход, более распространенный в Великобритании: совместное планирование безопасности [64]. Помогающий специалист подробно расспрашивает человека о его суицидальных тенденциях и истории суицидальности, о триггерах и защитных факторах, формируя своеобразную памятку о том, как человеку действовать, когда у него актуализируется суицидальный модус поведения. Работа проходит также преимущественно амбулаторно.

Стоит отметить, что в суицидальном процессе выделяются не только преморбид (предиспозиция, диатез, премотивационная фаза), подострое (нарративный кризис или мотивационная фаза) и острое (кризисное) состояние. Описаны также особенности людей с хроническими суицидальными мыслями и действиями; как пишут авторы [31], клиницист всегда должен спрашивать себя: «Передо мной пациент с множе-

ственными попытками или нет?» — к актуализации суицидальной идеи и поведения у таких пациентов следует относиться с повышенным вниманием, даже если человек утверждает, что подобное состояние для него привычное и не несет дополнительного риска. Авторы отмечают, что важно различать декларируемое (субъективное) намерение (то, о чем человек открыто сообщает в беседе со специалистом) и имплицитное (объективное) намерение, которое проявляется в реальном поведении, а также в предполагаемой человеком летальности предыдущих или запланированных попыток. Эти два типа намерений могут быть конгруэнтны или неконгруэнтны. Хронически суицидальные пациенты с предшествующими попытками, актуальными суицидальными мыслями, импульсивные, но отрицающие суицидальные намерения, подпадают под категорию неконгруэнтного суицидального поведения с повышенным имплицитным риском. Эта категоризация соответствует теории гибкой ранимости (fluid vulnerability theory) Д. Радда — активация суицидального модуса поведения в ситуации стресса у людей с имплицитными намерениями происходит быстрее и легче, чем у тех, у кого отсутствует история хронической суицидальности [56].

Вопрос 3: Какие приемы и методики используются для оценки суицидального риска

Сторонники медицинской модели стремятся определить суицидальный риск пациентов так же, как риск развития серьезных соматических заболеваний, например сердечно-сосудистой патологии [62]: существуют электронные *калькуляторы* для расчета риска подобных болезней, и врачи пользуются ими для назначения профилактического лечения. Такие калькуляторы начинают возникать и в суицидологии: к примеру, для определения риска суицида при тяжелых психических расстройствах (шизофренического спектра и биполярного расстройства) существует инструмент OхMIS [33]. Врач может ввести в уравнение информацию преимущественно демографического и поведенческого характера (пол, возраст, наличие и количество предыдущих госпитализаций, получаемое лечение, злоупотребление ПАВ, наличие судимости, сведения о родителях) и получить расчет вероятности смертельного исхода. Такие расчеты проводятся на основе западных исследований, пока имеют невысокую точность для повышенного риска и скорее позволяют отделить людей с низким риском суицида в данной категории пациентов.

Кроме того, в медицине существует много различных *мини-опросников* для экстренной оценки суицидальности. Так, широко используемая «Колумбийская шкала оценки суицидальной тяжести» (Columbia Suicide

Severity Rating Scale, C-SSRS [52]) выявляет наличие суицидальных мыслей, планов, намерений, однако ее критикуют за низкую чувствительность [58]. Авторы полагают, что требуется разработка новых методов оценки суицидального риска и психиатрической помощи в экстренной и неотложной медицине. Мини-интервью «Задай вопросы о суициде» (Ask Suicide-Screening Questions, ASQ) показало высокую кросс-валидацию со схожим, но более объемным опросником, однако неизвестно, как оно работает проспективно [38].

Недавно в России вышло методическое пособие для работников общесоматических больниц и отделений экстренной и неотложной помощи [8], в котором предлагается оценивать пациентов по шкалам «Скрининга безопасности пациента—3» (Patient Safety-Screener—3) и «Вторичного скрининга безопасности пациента в отделении экстренной и неотложной помощи—6» (ED-Safe Patient Secondary Screener—6). Они предполагают 3 и 6 вопросов соответственно, которые врач должен задать пациенту, если подозревает у него суицидальные намерения и острый суицидальный кризис. Стоит заметить, что эти методики обладают уже описанными нами недостатками: пациент не всегда способен отслеживать сознательно свои суицидальные тенденции, а если отслеживает, не всегда готов говорить о них с врачами. При выявлении суицидального риска пособие рекомендует консультацию психиатра и госпитализацию пациента в психосоматическое отделение, что не всегда и не везде легко обеспечить. Однако в работе также уделяется внимание беседе с суицидальным пациентом и процессу сообщения «плохих новостей», чтобы минимизировать эмоциональный удар и не спровоцировать суицидальные тенденции.

Стоит также отметить усилия отечественного научного коллектива, который проверил скрининговые возможности инструмента SAD PERSONS Scale и его современной модификации [11]. Название шкалы представляет собой акроним, мнемонический прием для запоминания основных демографических факторов суицидального риска (S — sex, пол (мужской); A — age, возраст (от 19 до 49 лет); D — depression, депрессия; P — previous attempt, предшествующая попытка самоубийства; E — excess of alcohol and substance use, злоупотребление ПАВ); R — rational thinking loss, снижение способности мыслить рационально; S — social support lacking, отсутствие социальной поддержки; O — organized plan, четкий план самоубийства; N — no spouse, отсутствие романтического партнера; S — sickness, сопутствующее заболевание). Хотя диагностическая чувствительность оказалась невелика, на взгляд авторов данной статьи, модифицированный инструмент может использоваться в комплексной оценке суицидального риска, как дополнительный, но не главный метод оценки риска. В целом, современные работы показывают, что пока

не существует единственной методики, которая имела бы удовлетворительную прогностическую ценность [57], и не рекомендуют чрезмерно полагаться на такие шкалы. Вместо этого авторы советуют опираться на *структурированное клиническое суждение*, приводя в пример подход CAMS [60] и планирование безопасности [64], однако и здесь пока проведено недостаточно исследований.

Кроме того, следует напомнить и о более директивных клинических методах оценки суицидальности: о психиатрическом *чек-листе* синдрома суицидального кризиса и *эмоциональном отклике клинициста* [35; 61]. Они могут применяться в клиническом сеттинге, когда требуется решение о выборе психофармакологического лечения.

Выше уже упоминались *психологические шкалы*. Они полезны при масштабных опросах для выявления потенциальных групп риска, с которыми можно будет работать дальше в психологическом ключе или же перенаправлять людей в психиатрические службы при выявлении активной фазы суицидального процесса. Для интерпретации результатов следует разрабатывать пороговые нормы, и в данное время такая работа ведется нашим коллективом для опросников «Шкала душевной боли» Р. Холдена, «Шкала безнадежности» А. Бека, «Шкала сочувствия к себе» К. Нефф, «Шкала психологического напряжения» Ц. Чжана, краткой версии опросника «Причины для жизни» М. Линехан. Недавно другим научным коллективом были опубликованы методические рекомендации по последнему опроснику [6], однако на наш взгляд, эта работа неудовлетворительна. Не были приведены пороговые значения для данной версии опросника, которые позволили бы клиницистам принимать взвешенное решение о наличии факторов резилиентности; кроме того, не вдаваясь в подробности, можно сказать, что мы находим статистическую часть рекомендаций приведенной несколько небрежно.

Стоит также упомянуть один психологический опросник, который часто рекомендуют и используют в клинической практике и научных исследованиях, однако его эффективность не является доказанной, теоретические основания его создания туманны, а психометрические характеристики сомнительны. Это «Опросник суицидального риска» А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой [15]: дихотомические ответы, обилие субшкал с недостаточным количеством пунктов, сомнительная структура, разные веса для разных пунктов, использование устаревшего теоретического подхода (оценка демонстративности и манипулятивности стигматизирует и мешает оценивать реальный суицидальный риск [14]) — все это доводы против использования данной методики.

Существует и тенденция все более компьютеризировать оценку суицидального риска, использовать сложные алгоритмы [34] и машинное

обучение, а также анализ письменной речи и поведения в соцсетях [43]. Хотя это направление работы вызывает энтузиазм у некоторых исследователей, они также отмечают сложности, связанные с этим процессом: работа алгоритмов пока недостаточно точна, а следовательно, и терапевтическое воздействие (предложение той или иной онлайн-помощи) не всегда оказывается уместным и полезным для конкретного человека, у которого подозревается суицидальный риск.

В качестве перспективного направления в диагностике суицидальности авторы данной статьи видят разработку сценарных шкал. На сегодняшний день в отечественной и зарубежной науке сценарные шкалы разрабатывались для измерения «неклинических» конструкторов, таких как родительская вовлеченность [3], воспринимаемая учениками поддержка учителя [50] и др. Сценарные шкалы позволяют снизить эффекты социальной желательности и повысить надежность при сравнительно небольшом объеме инструмента [3].

Заключение

Обзор современных исследований показывает, что диагностика суицидального риска с помощью специализированных инструментов может выполняться лишь приблизительно, носить рекомендательный характер. Как пишет М. Лардж, суицидальный риск постоянно оказывается неуловимым, ускользает (elusive) в таких оценках [45], поэтому важно всегда идти от конкретного пациента, пытаться понять его актуальные нужды и текущие затруднения, а не фиксироваться на наличии или отсутствии у него суицидальных мыслей. К. Хотон и коллеги [36] соглашаются с этим посылом и уделяют особое внимание взаимодействиям пациента и клинициста, а также подчеркивают, что оценка актуального состояния человека должна идти рука об руку с терапевтическим воздействием. Это относится и к психологическим опросникам в лечебных учреждениях: они должны даваться с определенной целью. Нельзя просто так измерить какую-то переменную: посадить человека «ставить галочки в опросниках», актуализируя у него определенные мысли и переживания, а потом не обратиться к этим темам в психотерапии или консультациях.

Несмотря на согласие ученых о самом феномене суицидального процесса, единого мнения об особенностях каждой фазы пока не существует. Однако нам представляется полезным привести категоризацию воздействий на каждой фазе в соответствии с моделью нарративного суицидального кризиса И. Галынкера [35].

1. Непосредственно момент суицидального акта можно прервать, если забрать у человека средства совершения самоубийства.

2. Чтобы снять острое состояние, при диагностировании синдрома суицидального кризиса необходима психофармакотерапия.

3. В подостром состоянии нарративного кризиса, а также после снятия острого состояния помогут такие подходы, как CAMS и планирование безопасности.

4. На этапе актуального стресса помогут методы совладания со стрессом и обучение копинг-стратегиям.

5. И только если отсутствуют острый стресс, суицидальный нарратив и острый суицидальный кризис, можно работать с хроническими, предрасположенными факторами на долгосрочной терапии и использовать другие методы психосоциального воздействия.

Из этой типологии можно заметить, что И. Галынкер относит CAMS и план безопасности к методам управления подострым состоянием, или суицидальным нарративом, в большей степени, чем непосредственно суицидальным кризисом. Это связано с тем, что данные подходы подразумевают при необходимости госпитализацию и психофармакотерапию, однако их предпочитают по возможности избегать как методов, которые сами по себе увеличивают суицидальный риск [36].

Эта модель полезна для проведения диагностических мероприятий: для выявления групп риска в популяции и для общего понимания, как должна строиться работа в кабинетах психологической помощи, в общесоматических и психиатрических учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике // Научные и организационные проблемы суицидологии: сб. научных трудов. М.: МНИИП, 1983. С. 40—51.
2. Амбрумова А.Г., Калашикова О.Э. Клинико-психологические аспекты самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Том 8. № 4. С. 53—56.
3. Антипкина И.В. Методология измерения родительской вовлеченности в образование детей: дисс. ... канд. пед. наук. М., 2020. 142 с.
4. Банников Г.С. Структура кризисного состояния у несовершеннолетних: симптомы, связанные с высоким суицидальным риском // Социальная и клиническая психиатрия. 2022. Том 32. № 3. С. 27—37.
5. Гончаренко А.Ю. [и др.]. Профилактика суицидального поведения подростков: организационная модель межведомственного взаимодействия // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: сб. метод. рекомендаций / Сост. Н.В. Семенова; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Вып. 5. СПб.: КОСТА, 2022. С. 455—471.
6. Зинчук М.С. [и др.]. Прогнозирование суицидального риска путем оценки факторов резилентности: метод. рекомендации. М.: ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2022. 25 с.

7. Зотов М.В., Шелкова О.Ю. Системно-ситуационный подход к прогнозированию риска поведенческих расстройств // Вестник ЮУрГУ. 2011. № 29. С. 24—34.
8. Карпенко О.А. [и др.]. Предупреждение суицидов у пациентов, находящихся на лечении в многопрофильных стационарах: диагностика и медицинская тактика: метод. пособие / Ред. Г.П. Костюк. М.: ООО «Издательский дом КДУ». 2020. 34 с. DOI:10.31453/kdu.ru.91304.104
9. Колачев Н.И. [и др.]. Шкала душевной боли Р. Холдена и Шкала безнадежности А. Бека: диагностические возможности для предсказания суицидального риска // Психологические исследования. 2023. (в печати)
10. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
11. Маслов К.А. [и др.]. Сравнительное исследование скрининговых шкал суицидального риска (SPS vs. MSPS) // Академический журнал Западной Сибири. 2021. Том 17. № 4. С. 20—22.
12. Медведева Т.И. [и др.]. ИмPLICITные методы оценки суицидального риска у больных депрессией // Психиатрическая наука в истории и перспективы: Материалы юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья / Ред. Т.П. Ключник и др. М.: ФГБНУ НЦПЗ. 2019. С. 247—251.
13. Меньшикова А.А. [и др.]. Теория суицидального поведения Т. Джойнера: Адаптация опросника межличностных потребностей (INQ) // Российский психиатрический журнал. 2016. № 2. С. 51—60. DOI:10.24411/1560-957X-2016-1%25x
14. Пичиков А.А., Попов Ю.В. Суицидальный кризис у подростка: принципы проведения клинического интервью и оказания амбулаторной помощи // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: сб. метод. рекомендаций. Вып. 5. / Сост. Н.В. Семенова; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: «КОСТА», 2022. С. 343—364.
15. Разуваева Т.Н. Диагностика личности. Шадринск: Исеть, 1993. 26 с.
16. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. О связи стигмы психической болезни и суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2018. № 2. С. 10—18.
17. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Особенности молодых людей с самоповреждениями и предшествующими попытками в остром суицидальном кризисе // Суицидология. 2019. Том 10. № 4. С. 47—64. DOI:10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-47-64
18. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. «Анна Каренина»: суицидологический анализ // Доктор.Ру. 2022. Том 21. № 8. С. 82—86. DOI:10.31550/1727-2378-2022-21-8-82-86
19. Чистопольская К.А. [и др.]. Концепт «Сочувствие к себе»: российская адаптация опросника Кристин Нефф // Культурно-историческая психология. 2020. Том 16. № 4. С. 35—48. DOI:10.17759/chp.2020160404
20. Чистопольская К.А. [и др.]. Адаптация «Опросника суицидального нарратива» на российской выборке // Суицидология. 2020. Том 11. № 4. С. 76—90. DOI:10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90

21. Чистопольская К.А. [и др.]. Адаптация «Опросника суицидального кризиса» (SCI-2) на российской интернет-выборке во время эпидемии COVID-19 // Суицидология. 2022. Том 13. № 1. С. 88—104. DOI:10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-88-104
22. Чистопольская К.А. [и др.]. Суицидальность и чувство авторства собственной жизни: опросник М. Линехан «Причины для жизни» // Психологическая наука и образование. 2022. Том 27. № 3. С. 65—88. DOI:10.17759/pse.2022270306
23. Чистопольская К.А. [и др.]. Адаптация Шкал психологического напряжения и эмпирическая проверка теории суицидального напряжения J. Zhang на российской выборке // Суицидология. 2023. Том 14. № 1. С. 14—37. DOI:10.32878/suiciderus.23-14-01(50)-14-37
24. Чистопольская К.А. [и др.]. Проблема сокрытия суицидальности при обращении к помогающим специалистам // Поляковские чтения 2023. «Третьи Поляковские чтения по клинической психологии (к 95-летию Ю.Ф. Полякова)». Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (23—24 марта 2023 г.) / Ред. Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина. М.: МГППУ, 2023. С. 619—624.
25. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 315 с.
26. Ahmedani B.K. et al. Health care contacts in the year before suicide death // Journal of General Internal Medicine. 2014. Vol. 29. № 6. P. 870—877. DOI:10.1007/s11606-014-2767-3
27. Baumeister R. Suicide as escape from self // Psychological Review. 1990. Vol. 97. P. 90—113. DOI:10.1037/0033-295X.97.1.90
28. Blanchard M., Farber B.A. «It is never okay to talk about suicide»: Patients' reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy // Psychotherapy Research. 2020. Vol. 30. № 1. P. 124—136. DOI:10.1080/10503307.2018.1543977
29. Bloch-Elkouby S. et al. The revised Suicide Crisis Inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up // Journal of Affective Disorders. 2021. Vol. 295. P. 1280—1291. DOI:10.1016/j.jad.2021.08.048
30. Branley-Bell D. et al. Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: Further test of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior // Journal of Psychiatric Research. 2019. Vol. 117. P. 100—107. DOI:10.1016/j.jpsychires.2019.07.007
31. Bryan C.J., Rudd M.D. Advances in the assessment of suicide risk // Journal of Clinical Psychology: In Session. 2006. Vol. 62. № 2. P. 185—200. DOI:10.1002/jclp.20222
32. Carter G. et al. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales // The British Journal of Psychiatry. 2017. Vol. 210. P. 387—395. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.182717
33. Fazel S. et al. The prediction of suicide in severe mental illness: development and validation of a clinical prediction rule (OxMIS) // Translational Psychiatry. 2019. Vol. 9. P. 98. DOI:10.1038/s41398-019-0428-3
34. Franklin J.C. et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research // Psychological Bulletin. 2017. Vol. 143. № 2. P. 187—232. DOI:10.1037/bul0000084
35. Galynker I. The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk. 2nd edition. New York, NY: Oxford University Press, 2023. 537 p.

36. *Hawton K. et al.* Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management // *The Lancet*. 2022. Vol. 9. № 11. P. 922—928. DOI:10.1016/S2215-0366(22)00232-2
37. *Henden J.* Preventing suicide: The solution focused approach. 2nd ed. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2017. 336 p.
38. *Horowitz L.M. et al.* Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for adult medical inpatients: A brief tool for all ages // *Psychosomatics*. 2020. Vol. 61. № 6. P. 713—722. DOI:10.1016/j.psych.2020.04.008
39. *Høyen K.S. et al.* Non-disclosure of suicidal ideation in psychiatric inpatients: Rates and correlates // *Death Studies*. 2022. Vol. 46. № 8. P. 1823—1831. DOI:10.1080/07481187.2021.1879317
40. *Jobes D.A. et al.* Clinical improvements of suicidal outpatients: Examining suicide status form responses as predictors and moderators // *Archives of Suicide Research*. 2009. Vol. 13. P. 147—159. DOI:10.1080/13811110902835080
41. *Karsen E. et al.* Impact of the abbreviated suicide crisis syndrome checklist on clinical decision making in the emergency department // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2023. Vol. 84. № 3. P. 46878. DOI:10.4088/JCP.22m14655
42. *Kene P., Yee E.T., Gimmestad K.D.* Suicide assessment and treatment: Gaps between theory, research, and practice // *Death Studies*. 2019. Vol. 43. № 3. P. 164—172. DOI:10.1080/07481187.2018.1440034
43. *Kleiman E.M., Glenn C.R., Liu R.T.* The use of advanced technology and statistical methods to predict and prevent suicide // *Nature Review Psychology*. 2023. DOI:10.1038/s44159-023-00175-y
44. *Kyron M.J. et al.* Allowing nondisclosure in surveys with suicide content: Characteristics of nondisclosure in a national survey of emergency services personnel // *Psychological Assessment*. 2020. Vol. 32 № 12. P. 1106—1117. DOI:10.1037/pas0000949
45. *Large M.M.* The role of prediction in suicide prevention // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2018. Vol. 20. № 3. P. 197—205. DOI:10.31887/DCNS.2018.20.3/mlarge
46. *McHugh C. et al.* Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value // *BJPsych Open*. 2019. Vol. 5. № 2. e18. P. 1—12. DOI:10.1192/bjo.2018.88
47. *McGillivray L. et al.* Non-disclosing youth: a cross-sectional study to understand why young people do not disclose suicidal thoughts to their mental health professional // *BMC Psychiatry*. 2022. Vol. 22. P. 3. DOI: 10.1186/s12888-021-03636-x
48. *Moreno M., Gutierrez-Rojas L., Porras-Segovia A.* Implicit cognition tests for the assessment of suicide risk: a systematic review // *Current Psychiatry Reports*. 2022. Vol. 24. P. 141—159. DOI:10.1007/s11920-022-01316-5
49. *O'Connor R.C., Kirtley O.J.* The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior // *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2018. Vol. 373. P. 20170268. DOI:10.1098/rstb.2017.0268
50. *OECD.* PISA 2012 Technical Report. Paris: OECD Publishing, 2014. 472 p.
51. *Pichikov A., Popov Yu.* Problems with suicidal behavior prevention in adolescents: a narrative literature review // *Consortium Psychiatricum*. 2022. Vol. 3. № 2. P. 5—14. DOI:10.17816/CP166

52. *Posner et al.* The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults // *American Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 168. № 12. P. 1266—1277. DOI:10.1176/appi.ajp.2011.10111704
53. *Retterstøl N.* *Suicide: A European Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. 273 p.
54. *Ringel E.* *Das Leben wegwerfen? Reflexionen ber Selbstmord*. Wien: Herder, 1978. 282 p.
55. *Rogers M.L., Hom M.A., Joiner T.E.* Differentiating acute suicidal affective disturbance (ASAD) from anxiety and depression symptoms: A network analysis // *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 250. P. 333—340. DOI:10.1016/j.jad.2019.03.005
56. *Rudd M.D.* Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk // *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy* / Ed. by T.E. Ellis. Washington, DC: American Psychological Association. 2006. P. 355—368.
57. *Saab M.M. et al.* Suicide and self-harm risk assessment: a systematic review of prospective research // *Archives of Suicide Research*. 2022. Vol. 26. № 4. P. 1645—1665. DOI:10.1080/13811118.2021.1938321
58. *Simpson S.A. et al.* New data on suicide risk assessment in the emergency department reveal the need for new approaches in research and clinical practice // *Psychological Medicine*. 2021. Vol. 53. № 3. P. 1122—1123. DOI:10.1017/S0033291721001653
59. *Shneidman E.S.* *Suicidology: Contemporary Developments*. New York: Grune & Stratton, 1976. 586 p.
60. *Tyndal T., Zhang I., Jobs D.A.* The collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) stabilization plan for working with patients with suicide risk // *Psychotherapy*. 2022. Vol. 59. № 2. P. 143—149. DOI:10.1037/pst0000378
61. *Vespa A., Гальникер И., Чистопольская К.А.* Эмоциональный отклик клинициста на пациентов с суицидальным риском: обзор литературы // *Суицидология*. 2021. Vol. 12. № 1. С. 47—63. DOI:10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-47-63
62. *Whiting D., Fazel S.* How accurate are suicide risk prevention models? Asking the right questions for clinical practice // *Evidence-Based Mental Health*. 2019. Vol. 22. № 3. P. 125—128. DOI:10.1136/ebmental-2019-300102
63. *Yaseen Z.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. № 4. P. 1124—1135. DOI:10.1111/sltb.12495
64. *Zortea T. et al.* Understanding and managing suicide risk // *British Medical Bulletin*. 2020. Vol. 134. № 1. P. 73—84. DOI: 10.1093/bmb/ldaa013

REFERENCES

1. Ambrumova A.G. *Nepatologicheskie situatsionnye reaktsii v suitsidologicheskoi praktike* [Non-pathological situational reactions in suicidological practice] *Nauchnye i organizatsionnye problemy suitsidologii Sbornik nauchnykh trudov*. [Research and organizational issues of suicidology. Proceedings]. M: MRIP, 1983, pp. 40—51. (In Russ.)

2. Ambrumova A.G., Kalashnikova O.E. Kliniko-psikhologicheskie aspekty samoubiistva [Clinical-psychological aspects of suicide]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], 1998, vol. 8, no. 4, pp. 53—56. (In Russ.)
3. Antipkina I.V. Metodologiya izmereniya roditel'skoi vovlechnosti v obrazovanie detei: dis. ... kand. nauk v obrazovanii [Methodology of measuring parental involvement in children's education: Ph.D. diss. (Education)]. Moscow, 2020. 142 p.
4. Bannikov G.S. Struktura krizisnogo sostoyaniya u nesovershennoletnikh: simptomy, svyazannyye s vysokim suitsidal'nym riskom [Structure of a crisis state in adolescents: symptoms associated with high suicide risk]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], 2022, vol. 32, no. 3, pp. 27—37. (In Russ.)
5. Goncharenko A.Yu. et al. Profilaktika suitsidal'nogo povedeniya podrostkov: organizatsionnaya model' mezhdvdomstvennogo vzaimodeistviya [Prevention of adolescent suicidal behavior: organizational model of interdepartmental interaction]. In N.V. Semenova (compilation), N.G. Neznanov (ed.) *Diagnostika i lechenie psikhicheskikh i narkologicheskikh rasstroystv: sovremennyye podkhody. Sbornik metodicheskikh rekomendatsii* [Diagnostics and treatment of mental disorders and addiction: contemporary approaches. Guidelines]. / Vyp. 5. Saint Petersburg: KOSTA, 2022, pp. 455—471.
6. Zinchuk M.S. et al. Prognozirovaniye suitsidal'nogo riska putem otsenki faktorov rezilientnosti: metodicheskie rekomendatsii [Prognosis of suicide risk by assessment of resilience factors: guidelines]. Moscow: GBUZ NPTs im. Solov'eva DZM. 2022. 25 p.
7. Zotov M.V., Shchelkova O.Yu. Sistemno-situatsionnyi podkhod k prognozirovaniyu riska povedencheskikh rasstroystv [Systemic-situational approach to prognosis of the risk of behavioral disorders]. *Vestnik YuUrGU = Bulletin of the South Ural State University*, 2011, no. 29, pp. 24—34. (In Russ.)
8. Karpenko O.A. et al. Preduprezhdeniye suitsidov u patients, nakhodyashchikhsya na lechenii v mnogoprofil'nykh statsionarakh: diagnostika i meditsinskaya taktika. Metodicheskoe posobie [Suicide prevention in patients undergoing treatment in multi-speciality hospitals: diagnostics and medical tactics]. G.P. Kostyuk (ed.) M.: OOO «Izdatel'skii dom KDU». 2020. 34 p. DOI:10.31453/kdu.ru.91304.104
9. Kolachev N.I. et al. Shkala dushevnoi boli R. Kholdena i Shkala beznadezhnosti A. Beka: diagnosticheskie vozmozhnosti dlya predskazaniya suitsidal'nogo riska [The Psychache Scale by R. Holden and Hopelessness Scale by A. Beck: Diagnostic capabilities for predicting suicide risk]. *Psikhologicheskie issledovaniya = Psychological Studies*. 2023. (in press) (In Russ.)
10. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestoikosti [Hardiness test]. Moscow: Smysl, 2006. 63 p.
11. Maslov K.A. et al. Sravnitel'noe issledovanie skringovoykh shkal suitsidal'nogo riska (SPS vs. MSPS) [Comparative study of screening suicidal risk scales (SPS vs. MSPS)]. *Akademicheskii zhurnal Zapadnoi Sibiri = Academic Journal of West Siberia*, 2021, vol. 17, no. 4, pp. 20—22. (In Russ.)
12. Medvedeva T.I. et al. Implitsitnyye metody otsenki suitsidal'nogo riska u bol'nykh depressiei [Implicit methods of suicide risk assessment in patients with depression].

- In T.P. Klyushnik et al. (ed.) *Psikhiatricheskaya nauka v istorii i perspektivy. Materialy Yubileinoi Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennoi 75-letiyu Nauchnogo tsentra psikhicheskogo zdorov'ya* [Psychiatric science in history and its perspectives. Proceedings of the All-Russian research-to-practice conference with international participation, commemorated to the 75-years anniversary of the Mental Health Research Center]. Moscow: MHRS, 2019, pp. 247—251.
13. Men'shikova A.A. et al. Teoriya suitsidal'nogo povedeniya T. Dzhoinera: Adaptatsiya oprosnika mezhlchnostnykh potrebnosti (INQ) [Suicide behavior theory by T. Joiner: Adaptation of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ)]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal = Russian Journal of Psychiatry*, 2016, no. 2, pp. 51—60. DOI:10.24411/1560-957X-2016-1%25x (In Russ.)
 14. Pichikov A.A., Popov Yu.V. Suitsidal'nyi krizis u podrostka: printsipy provedeniya klinicheskogo interv'yuu i okazaniya ambulatornoi pomoshchi [A suicidal crisis in adolescents: principles of conducting a clinical interview and providing community-based services]. In N.V. Semenova (compilation), N.G. Neznanov (ed.) *Diagnostika i lechenie psikhicheskikh i narkologicheskikh rasstroistv: sovremennye podkhody. Sbornik metodicheskikh rekomendatsii* [Diagnostics and treatment of mental disorders and addiction: contemporary approaches. Guidelines]. Vyp. 5, Saint Petersburg: KOSTA, 2022, pp. 343—364.
 15. Razuvaeva T.N. Diagnostika lichnosti [Personality Diagnostics]. Shadrinsk: Iset', 1993. 26 p.
 16. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N. O svyazi stigmy psikhicheskoi bolezni i suitsidal'nogo povedeniya [On the interrelation of mental health stigma and suicidal behavior]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal = Russian Journal of Psychiatry*, 2018, no. 2, p. 10—18. (In Russ.)
 17. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N. Osobennosti molodykh lyudei s samopovrezhdeniyami i predshestvuyushchimi popytkami v ostrom suitsidal'nom krizise [Characteristics of young people in acute suicidal crisis with and without non-suicidal self-harm and suicide attempts]. *Suitsidologiya = Suicidology*, 2019, vol. 10, no. 4, pp. 47—64. DOI:10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-47-64 (In Russ., in Eng.)
 18. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N. «Anna Karenina»: suitsidologicheskii analiz [“Anna Karenina”: a suicidological analysis]. *Doktor.Ru*, 2022 vol. 21, no. 8, pp. 82—86. DOI:10.31550/1727-2378-2022-21-8-82-86 (In Russ.)
 19. Chistopol'skaya K.A. et al. Kontsept «Sochuvstvie k sebe»: rossiiskaya adaptatsiya oprosnika Kristin Neff [The concept of self-compassion: a Russian adaptation of the scale by Kristin Neff]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2020, vol. 16, no. 4, pp. 35—48. DOI:10.17759/chp.2020160404 (In Russ., in Eng.)
 20. Chistopol'skaya K.A. et al. Adaptatsiya «Oprosnika suitsidal'nogo narrativa» na rossiiskoi vyborke [Adaptation of the Suicidal Narrative Inventory in a Russian sample]. *Suitsidologiya = Suicidology*, 2020, vol. 11, no. 4, pp. 76—90. DOI:10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90 (In Russ., in Eng.)
 21. Chistopol'skaya K.A. et al. Adaptatsiya «Oprosnika suitsidal'nogo krizisa» (SCI-2) na rossiiskoi internet-vyborke vo vremya epidemii COVID-19 [Adaptation

- of the Suicide Crisis Inventory (SCI-2) in a Russian internet sample during the COVID-19 pandemic]. *Suitsidologiya = Suicidology*, 2022, vol. 13, no. 1, pp. 88—104. DOI:10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-88-104 (In Russ., in Eng.)
22. Chistopol'skaya K.A. et al. Suitsidal'nost' i chuvstvo avtorstva sobstvennoi zhizni: oprosnik M. Linekhan «Prichiny dlya zhizni» [Suicidality and agency: the Reasons for Living Inventory by M. Linehan]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*, 2022, vol. 27, no. 3, pp. 65—88. DOI:10.17759/pse.2022270306 (In Russ., in Eng.)
 23. Chistopol'skaya K.A. et al. Adaptatsiya Shkal psikhologicheskogo napryazheniya i empiricheskaya proverka teorii suitsidal'nogo napryazheniya J. Zhang na rossiiskoi vyborke [Adaptation of the Psychological Strain Scales and an empirical testing of the Strain Theory of Suicide by J. Zhang in a Russian sample]. *Suitsidologiya = Suicidology*, 2023, vol. 14, no. 1, pp. 14—37. DOI:10.32878/suiciderus.23-14-01(50)-14-37 (In Russ., in Eng.)
 24. Chistopol'skaya K.A. et al. Problema sokrytiya suitsidal'nosti pri obrashchenii k pomogayushchim spetsialistam [The problem of non-disclosure of suicidality to helping professionals]. In N.V. Zvereva, I.F. Roshchina (eds.) *Polyakovskie chteniya 2023*. «Tret'i Polyakovskie chteniya po klinicheskoi psikhologii (k 95-letiyu Yu.F. Polyakova)». Sbornik materialov Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem (23—24 marta 2023 g.) [Poliakov's Readings 2023. "3rd Poliakov's Readings in clinical psychology (Commemorated to Yu.F. Poliakov's 95-years anniversary)". Proceedings of the All-Russian research-to-practice conference with international participation (March, 23-24, 2023)]. Moscow: MSUPE, 2023, pp. 619—624.
 25. Shneidman E. *Dusha samoubitsy [The Suicidal Mind]*. Moscow: Smysl, 2001. 315 p.
 26. Ahmedani B.K. et al. Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine*, 2014, vol. 29, no. 6, pp. 870—877. DOI:10.1007/s11606-014-2767-3
 27. Baumeister R. Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 1990, vol. 97, pp. 90—113. DOI:10.1037/0033-295X.97.1.90
 28. Blanchard M., Farber B.A. "It is never okay to talk about suicide": Patients' reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 2020, vol. 30, no. 1, pp. 124—136. DOI:10.1080/10503307.2018.1543977
 29. Bloch-Elkouby S. et al. The revised Suicide Crisis Inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 2021, vol. 295, pp. 1280—1291. DOI:10.1016/j.jad.2021.08.048
 30. Branley-Bell D. et al. Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: Further test of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Journal of Psychiatric Research*, 2019, vol. 117, pp. 100—107. DOI:10.1016/j.jpsychires.2019.07.007
 31. Bryan C.J., Rudd M.D. Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 2006, vol. 62, no. 2, pp. 185—200. DOI:10.1002/jclp.20222
 32. Carter G. et al. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 2017, vol. 210, pp. 387—395. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.182717

33. Fazel S. et al. The prediction of suicide in severe mental illness: development and validation of a clinical prediction rule (OxMIS). *Translational Psychiatry*, 2019, vol. 9, pp. 98. DOI:10.1038/s41398-019-0428-3
34. Franklin J.C. et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 2017, vol. 143, no. 2, pp. 187—232. DOI:10.1037/bul0000084
35. Galynker I. The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk. 2nd edition. New York, NY: Oxford University Press, 2023. 537 p.
36. Hawton K. et al. Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet*, 2022, vol. 9, no. 11, pp. 922—928. DOI:10.1016/S2215-0366(22)00232-2
37. Henden J. Preventing suicide: The solution focused approach. 2nd ed. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2017. 336 p.
38. Horowitz L.M. et al. Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for adult medical inpatients: A brief tool for all ages. *Psychosomatics*, 2020, vol. 61, no. 6, pp. 713—722. DOI:10.1016/j.psym.2020.04.008
39. Hoyen K.S. et al. Non-disclosure of suicidal ideation in psychiatric inpatients: Rates and correlates. *Death Studies*, 2022, vol. 46, no. 8, pp. 1823—1831. DOI:10.1080/07481187.2021.1879317
40. Jobes D.A. et al. Clinical improvements of suicidal outpatients: Examining suicide status form responses as predictors and moderators. *Archives of Suicide Research*, 2009, vol. 13, pp. 147—159. DOI:10.1080/13811110902835080
41. Karsen E. et al. Impact of the abbreviated suicide crisis syndrome checklist on clinical decision making in the emergency department. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2023, vol. 84, no. 3, pp. 46878. DOI:10.4088/JCP.22m14655
42. Kene P., Yee E.T., Gimmestad K.D. Suicide assessment and treatment: gaps between theory, research, and practice. *Death Studies*, 2019, vol. 43, no. 3, pp. 164—172. DOI:10.1080/07481187.2018.1440034
43. Kleiman E.M., Glenn C.R., Liu R.T. The use of advanced technology and statistical methods to predict and prevent suicide. *Nature Review Psychology*, 2023. DOI:10.1038/s44159-023-00175-y
44. Kyron M.J. et al. Allowing nondisclosure in surveys with suicide content: Characteristics of nondisclosure in a national survey of emergency services personnel. *Psychological Assessment*, 2020, vol. 32, no. 12, pp. 1106—1117. DOI:10.1037/pas0000949
45. Large M.M. The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2018, vol. 20, no. 3, pp. 197—205. DOI:10.31887/DCNS.2018.20.3/mlarge
46. McHugh C. et al. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*, 2019, vol. 5, no. 2, e18, pp. 1—12. DOI:10.1192/bjo.2018.88
47. McGillivray L. et al. Non-disclosing youth: a cross-sectional study to understand why young people do not disclose suicidal thoughts to their mental health professional. *BMC Psychiatry*, 2022, vol. 22, pp. 3. DOI: 10.1186/s12888-021-03636-x

48. Moreno M., Gutierrez-Rojas L., Porras-Segovia A. Implicit cognition tests for the assessment of suicide risk: a systematic review. *Current Psychiatry Reports*, 2022, vol. 24, pp. 141—159. DOI:10.1007/s11920-022-01316-5
49. O'Connor R.C., Kirtley O.J. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2018, vol. 373, pp. 20170268. DOI:10.1098/rstb.2017.0268
50. OECD. PISA 2012 Technical Report. Paris: OECD Publishing, 2014. 472 p.
51. Pichikov A., Popov Yu. Problems with suicidal behavior prevention in adolescents: a narrative literature review. *Consortium Psychiatricum*, 2022, vol. 3, no. 2, pp. 5—14. DOI:10.17816/CP166
52. Posner et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 2011, vol. 168, no. 12, pp. 1266—1277. DOI:10.1176/appi.ajp.2011.10111704
53. Retterstøl N. Suicide: A European Perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. 273 p.
54. Ringel E. Das Leben wegwerfen? Reflexionen über Selbstmord. [Throwing away Life? Reflections on Suicide]. Wien: Herder, 1978. 282 p. (In Germ.)
55. Rogers M.L., Hom M.A., Joiner T.E. Differentiating acute suicidal affective disturbance (ASAD) from anxiety and depression symptoms: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2019, vol. 250, pp. 333—340. DOI:10.1016/j.jad.2019.03.005
56. Rudd M.D. Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In T.E. Ellis (ed.) *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association. 2006. P. 355—368.
57. Saab M.M. et al. Suicide and self-harm risk assessment: a systematic review of prospective research. *Archives of Suicide Research*, 2022, vol. 26, no. 4, pp. 1645—1665. DOI:10.1080/13811118.2021.1938321
58. Simpson S.A. et al. New data on suicide risk assessment in the emergency department reveal the need for new approaches in research and clinical practice. *Psychological Medicine*, 2021, vol. 53, no. 3, pp. 1122—1123. DOI:10.1017/S0033291721001653
59. Shneidman E.S. *Suicidology: Contemporary Developments*. New York: Grune & Stratton, 1976. 586 p.
60. Tyndal T., Zhang I., Jobes D.A. The collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) stabilization plan for working with patients with suicide risk. *Psychotherapy*, 2022, vol. 59, no. 2, pp. 143—149. DOI:10.1037/pst0000378
61. Vespa A., Galynker I., Chistopol'skaya K.A. Emotsional'nyi otklik klinitsista na patientsov s suitsidal'nym riskom: obzor literatury [Clinician emotional response to patients at risk of suicide: a review of the extant literature]. *Suitsidologiya = Suicidology*. 2021, vol. 12, no. 1, pp. 47—63. DOI:10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-47-63 (In Rus., in En.)
62. Whiting D., Fazel S. How accurate are suicide risk prevention models? Asking the right questions for clinical practice. *Evidence-Based Mental Health*, 2019, vol. 22, no. 3, pp. 125—128. DOI:10.1136/ebmental-2019-300102

63. Yaseen Z.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, no. 4, pp. 1124—1135. DOI:10.1111/sltb.12495
64. Zortea T. et al. Understanding and managing suicide risk. *British Medical Bulletin*, 2020, vol. 134, no. 1, pp. 73—84. DOI: 10.1093/bmb/ldaa013

Информация об авторах

Чистопольская Ксения Анатольевна, младший научный сотрудник отделения суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.П. Сербского Минздрава России (МНИИП — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ), г. Москва, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2552-5009>, e-mail: ktchist@gmail.com

Колачев Никита Игоревич, стажер-исследователь Международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГБОУ ВО «НИУ ВШЭ»), г. Москва, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3214-6675>, e-mail: nkolachev@hse.ru

Ениколопов Сергей Николаевич, кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом клинической психологии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), г. Москва, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7899-424X>, e-mail: enikolopov@mail.ru

Information about the authors

Ksenia A. Chistopolskaya, Junior Research Fellow, Department of Suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry — a branch of V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russian Federation Ministry of Health, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2552-5009>, e-mail: ktchist@gmail.com

Nikita I. Kolachev, Research Assistant at the International Laboratory of Positive Psychology of Personality and Motivation, HSE University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3214-6675>, e-mail: nkolachev@hse.ru

Sergey N. Enikolopov, PhD (Psychology), Associate Professor, Head of the Clinical Psychology Department, Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7899-424X>, e-mail: enikolopov@mail.ru

Получена 13.05.2023

Received 13.05.2023

Принята в печать 14.06.2023

Accepted 14.06.2023