

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК.
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ГРУППЫ РИСКА,
МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ РИСКА И ВОПРОСЫ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Разваляева А.Ю., Польская Н.А., Басова А.Я. —
Методики оценки риска суицидального поведения
в подростковом возрасте: систематический обзор
систематических обзоров**

**Быкова В.И., Полухина Ю.П., Львова Е.А. и др. —
К вопросу о суицидальном поведении подростков —
реалии скоропомощного стационара**

Суицидальность: результаты новых мета-анализов

*SPECIAL ISSUE.
SUICIDAL BEHAVIOR: HIGH-RISK
PATIENT GROUPS, RISK ASSESSMENT METHODS
AND PSYCHOLOGICAL ATTENDANCE ISSUES*
*Razvaliaeva A. Yu., Polskaya N. A., Basova A. Y. —
Diagnostics of Suicidal Risk in Adolescents: Systematic Review
of Systematic Reviews*
*Bykova V. I., Polukhina Yu. P., Lvova E. A. et al. —
To The Question of Suicidal Behavior of Adolescents —
Realities of an Emergency Hospital
Suicidality: New Meta-Analysis Results*

**2
2023**

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 31. № 2 (120) **2023** апрель—июнь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

ПОБЕДИТЕЛЬ НАЦИОНАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНКУРСА «ЗОЛОТАЯ ПСИХЕЯ» В НОМИНАЦИИ «ПРОЕКТ ГОДА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ» ПО ИТОГАМ 2007 и 2014 ГОДОВ

Главный редактор
Холмогорова А.Б.

Главные редакторы
Консультативная психология и психотерапия
2013 – Холмогорова А.Б.
2010–2012 – Василюк Ф.Е.

Московский психотерапевтический журнал
2009 – Василюк Ф.Е.
1999–2008 – Снегирева Т.В.
1997–1998 – Фенько А.Б.
1992–1996 – Василюк Ф.Е., Цапкин В.Н.

Редакционная коллегия

Барабаншиков В.А.
Веракса Н.Е.
Гаранян Н.Г.
Головей Л.А.
Зарещий В.К.
Лутова Н.Б.
Майденберг Э. (США)
Марцинковская Т.Д.
Польская Н.А.
Сирота Н.А.
Филиппова Е.В.
Шайб П. (Германия)
Шумакова Н.Б.
Ялтонский В.М.

Редакционный совет

Бек Дж.С. (США)
Кадиров И.М.
Карягина Т.Д.
Копьев А.Ф.
Кехеле Х. (Германия)
Лэнгле А. (Австрия)

Perre M.
Петровский В.А.
Соколова Е.Т.
Сосланд А.И.
Тагэ С. (Германия)

Редактор выпуска
Москачева М.А.

Оригинал-макет
Баскакова М.А.

Адрес редакции
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон +7(495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

«Консультативная психология и психотерапия»
индексируется:
АК Минобрнауки России
ВИНИТИ РАН РИНЦ
Ulrich's web, WoS, Scopus

Издается с 1992
Периодичность: 4 раза в год.
Свидетельство о регистрации СМИ:
ПИ № ФС77-69996 от 30 августа 2016 г.
Формат 60 × 84/16. Тираж 1000 экз.

Все права защищены. Название журнала, рубрики, все тексты и иллюстрации являются собственностью ФГБОУ ВО МГППУ и защищены авторским правом. Перепечатка материалов журнала и использование иллюстраций допускается только с письменного разрешения редакции.

© ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», 2023, № 2

THE WINNER OF THE NATIONAL CONTEST "GOLDEN PSYCHE" IN THE "PROJECT OF THE YEAR" IN PSYCHOLOGICAL SCIENCE 2007, 2014

Editor-in-Chief
Kholmogorova A.B.

Editors-in-Chief
Counseling Psychology and Psychotherapy
2013 – Kholmogorova A. B.
2010–2012 – Vasilyuk F.E.

Moscow psychotherapeutic journal
2009 – Vasilyuk F.E.
1999–2008 – Snegireva T.V.
1997–1998 – Fenko A.B.
1992–1996 – Vasilyuk F.E., Tsapkin V.N.

Editorial Board

Barabanshikov V.A.
Filippova E.V.
Garanian N.G.
Golovey L.A.
Lutova N.B.
Maidenberg E. (USA)
Martsinkovskaya T.D.
Polskaya N.A.
Scheib P. (Germany)
Shumakova N.B.
Sirota N.A.
Sokolova E.T.
Yaltonsky V.M.
Zaretsky V.K.

The Editorial Council

Beck J.S. (USA)
Kadyrov I.M.
Karyagina T.D.
Kop'ev A.F.
Kächele H. (Germany)
Längley A. (Austria)

Perrez M. (Germany)
Petrovsky V.A.
Sokolova E.T.
Sosland A.I.
Tagay C. (Germany)

Issue Editor
Moskacheva M.A.

DTP
Baskakova M.A.

Editorial office address
Sretenka St., 29, office 305, Moscow, Russia, 127051
Phone: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

«Counseling Psychology and Psychotherapy» Indexed in:
Higher qualification commission of the Ministry of Education and Science of Russian Federation
Russian Science Citation Index (RSCI)
VINITI Database RAS
Ulrich's Periodicals Directory, WoS, Scopus
Published quarterly since 1992
The mass medium registration certificate:
PI № FS77- 69996. Registry date 30.08.2016.

Format 60 × 84/16. 1000 copies.

All rights reserved. Journal title, rubrics, all text and images are the property of MSUPE and copyrighted.
Using reprints and illustrations is allowed only with the written permission of the publisher.

© MSUPE, 2023, № 2

П О Д П И С К А

**КОНСУЛЬТАТИВНАЯ
ПСИХОЛОГИЯ
И ПСИХОТЕРАПИЯ**

2023 год

ВО ВСЕХ ОТДЕЛЕНИЯХ СВЯЗИ

**По объединенному каталогу «Пресса России»
Индекс — 32344**

В РЕДАКЦИИ

По адресу: 127051, Москва, Сретенка д. 29, каб. 305
Тел.: (495) 632-92-12, e-mail: mpj@list.ru
Сайт в интернете: <http://psyjournals.ru/mpj/index.shtml>

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-69996

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
В.А. Барабанщиков, Н.Е. Веракса, Н.Г. Гаранян, Л.А. Головей,
В.К. Зарецкий, Н.Б. Лутова, Э. Майденберг (США),
Т.Д. Марцинковская, Н.А. Польская, Н.А. Сирота, Е.В. Филиппова,
П. Шайб (Германия), Н.Б. Шумакова, В.М. Ялтонский

Редактор
М.А. Москачева

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com
www.cppjournal.ru

Вопросы подписки и приобретения:
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

*Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале
«Консультативная психология и психотерапия»,
допускается только с разрешения редакции*

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной
и клинической психологии, 2023**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 10,34. Тираж 1000 экз.

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

- 5 *Холмогорова А.Б.*
Предисловие главного редактора

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ГРУППЫ РИСКА,
МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ РИСКА И ВОПРОСЫ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

- 9 *Чистопольская К.А., Колачев Н.И., Ениколопов С.Н.*
Вопросы диагностики суицидального риска:
где, когда и как проводить оценку
- 33 *Разваляева А.Ю., Польская Н.А., Басова А.Я.*
Методики оценки риска суицидального поведения
в подростковом возрасте: систематический обзор
систематических обзоров
- 68 *Быкова В.И., Полухина Ю.П., Львова Е.А.,
Фуфаева Е.В., Валиуллина С.А.*
К вопросу о суицидальном поведении подростков — реалии
скорпомощного стационара
- 84 *Блох М.Е., Грандильевская И.В., Савеньшева С.С., Аникина В.О.*
Суицидальные риски женщин во время беременности
и после родов
- 99 *Борисоник Е.В.*
Психологическая помощь родственникам суицидентов

АБРОБАЦИЯ И ВАЛИДИЗАЦИЯ МЕТОДИК

- 119 *Хегай А.С., Золотарева А.А., Каштанова Т.А.,
Витко Ю.С., Лебедева А.А.*
Шкала открытости будущему: русскоязычная адаптация
и валидизация

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 137 *Никишина В.Б., Петраш Е.А., С.Л. Борисова*
Типизация фиксаций глазодвигательных реакций
при восприятии аддиктивно значимых стимулов пациентами
с алкогольной зависимостью
- 152 *Федюкович Е.И., Трусова А.В.*
Распознавание эмоций по лицевой экспрессии
при химической зависимости: пилотажное исследование

**ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

- 171 Суицидальность: результаты новых мета-анализов

EDITOR'S NOTES

- 5 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor

THEORETICAL REVIEWS

***SUICIDAL BEHAVIOR: HIGH-RISK PATIENT GROUPS,
RISK ASSESSMENT METHODS AND PSYCHOLOGICAL
ATTENDANCE ISSUES***

- 9 *Chistopolskaya K.A., Kolachev N.I., Enikolopov S.N.*
Questions for Suicide Risk Assessment: Where, When
and How to Measure?
- 33 *Razvaliaeva A.Yu., Polskaya N.A., Basova A.Y.*
Diagnostics of Suicidal Risk in Adolescents: Systematic Review
of Systematic Reviews
- 68 *Bykova V.I., Polukhina Yu.P., Lvova E.A.,
Fufaeva E.V., Valiullina S.A.*
To The Question of Suicidal Behavior of Adolescents —
Realities of an Emergency Hospital
- 84 *Blokh M.E., Grandilevskaya I.V., Savenysheva S.S., Anikina V.O.*
Suicidal Risks of Women During Pregnancy and after Delivery
- 99 *Borisonik E.V.*
Psychological Help for Family after Suicide

TESTING AND VALIDATING INSTRUMENTS

- 119 *Khegay A.S., Zolotareva A.A., Kashtanova T.A.,
Vitko Ju.S., Lebedeva A.A.*
Openness to the Future Scale: The Russian Adaptation
and Validization

EMPIRICAL STUDIES

- 137 *Nikishina V.B., Petrash E.A., Borisova S.L.*
Typification of Fixations of Oculomotor Reactions
in the Perception of Addictively Significant Stimuli by Patients
with Alcohol Dependence
- 152 *Fediukovich E.I., Trusova A.V.*
Emotion Recognition by Facial Expression
in Chemical Addiction: Pilot Study

**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY**

- 171 Suicidality: New Meta-Analysis Results

КОЛОНКА РЕДАКТОРА EDITOR'S NOTES

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Для цитаты: Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 5—8.

FROM THE EDITOR

For citation: From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 5—8.

Новый выпуск журнала посвящен специальной теме «Суицидальное поведение: группы риска, методики оценки риска и вопросы психологической помощи». Постоянный рост суицидов, которые являются второй по значимости причиной смертности в молодом возрасте, делают крайне актуальной проблему изучения факторов риска, а также своевременного выявления групп риска с целью предотвращения суицида.

Данный спецвыпуск мы открываем двумя статьями, посвященными одному из самых спорных вопросов суицидологии — методикам диагностики риска суицида.

В первой из них К.В. Чистопольская с соавторами рассматривают широкий спектр современных методов, включая опросниковые, клиническую беседу, скрининги и интервью. Авторы делают неутешительный вывод о недостаточной надежности существующих диагностических методов и необходимости дальнейших поисков и исследований в этой области.

Известно, что подростковый возраст представляет собой одну из наиболее серьезных групп риска. Именно поэтому первую статью существенно дополняет вторая, авторы которой — Развальяева А.Ю., Польская Н.А. и Басова А.Я. — предприняли попытку отбора наиболее надежных мета-анализов эффективности методик диагностики суицидального риска у подростков. Также, как и авторы первой статьи, они приходят к выводу о фактическом отсутствии методик, которые бы надежно выявляли группу повышенного риска, хотя группы низкого риска некоторые из проанализированных методик выделяют достаточно достоверно. Все наиболее приемлемые методики диагностики перечисляются и описываются в этих двух обзорных статьях, причем вместе с оценкой их надежности, что представляется ценным, как для практиков, читающих наш журнал, так и для исследователей суицидального поведения.

Группой специалистов ГБУЗ НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы Быковой В.И., Полухиной Ю.П., Львовой Е.А. и др. описывается опыт работы с подростковыми суицидами, сопровождающимися серьезными травмами. Представлена динамика таких суицидальных попыток у подростков за последние годы с пугающей тенденцией к их росту. Авторы выдвигают некоторые гипотезы относительно причин этой тревожной эпидемиологии. Они указывают на то, что все суицидальные попытки приходятся на период учебы, а также подчеркивают роль высоких требований и постоянно меняющихся школьных программ, к которым дети и подростки просто не успевают адаптироваться. Интересно также указание авторов на сокращение числа школьных психологов, которые могли бы отслеживать группы риска и заниматься проблемами профилактики.

Следующая статья посвящена очень мало изученному в современной суицидологии контингенту и представляет собой обзор факторов риска суицида у беременных женщин. Авторы статьи М.Е. Блох, И.В. Грандилевская, С.С. Савенышева и В.О. Аникина, рассматривая различные биологические, социодемографические и психологические факторы, создают обобщенный портрет беременной женщины группы риска. Они привлекают внимание специалистов к необходимости уделять особое внимание этим женщинам, тем более, что в качестве важного фактора риска выступает одиночество и социальная изоляция, а в качестве главного фактора-протектора суицидальной попытки выделяется социальная поддержка.

Завершает тему спецвыпуска статья Е.В. Борисоник, посвященная методам помощи родственникам суицидентов. Особо рассматриваются методы работы с семьей. Известно, что одной из главных причин суицидов выступают различные интерперсональные конфликты и дис-

функции. Диагностика и преодоление этих дисфункций являются важными условиями предотвращения повторных попыток. Наконец, особую группу людей, остро нуждающихся в помощи, представляют собой родственники лиц с завершёнными попытками суицида. Их бремя, зачастую связанное с острым чувством вины, бывает особенно тяжёлым. В статье также рассмотрены методы работы с этим сложным, глубоко травмированным контингентом.

Дайджест данного специального выпуска, как всегда любезно подготовленный для нас Еленой Можяевой, также посвящен проблемам суицида. Он включает описание результатов трех новейших мета-анализов. Тема первого — суицидальное поведение молодежи во время эпидемии ковида. В метаобзоре указывается на рост суицидальных мыслей у данного контингента и необходимость внимания к этому со стороны различных служб и организаций, работающих с молодежью. Второй мета-анализ посвящен теме самораскрытия задумавших суицид, и он подтверждает известный факт, что более половины предпринявших попытки не оповестили никого о своих намерениях, в том числе из страха быть стационарованными в психиатрическую больницу. Авторы мета-анализа делают вывод о том, что прямой вопрос о таких намерениях является надежным инструментом тестирования риска, при этом, по данным ряда других исследований, не повышает этот риск. Данные третьего мета-анализа, приведенные в дайджесте, посвящены обзору исследований факторов риска суицида и существующих методов помощи. Важно, что на основе проведенного анализа авторы представили новую иерархическую модель факторов риска суицида, способствующую улучшению понимания феномена суицида и его причин.

Помимо тематических статей в данный выпуск вошли материалы, посвященные эмпирическим исследованиям и валидации методик.

Шкала открытости будущему, адаптация которой в русскоязычной выборке была проведена А.С. Хегай с соавторами, хорошо вписывается в тему спецвыпуска как инструмент, позволяющий диагностировать выраженность важного фактора-протектора суицидального поведения. Открытость будущему противостоит безнадежности и связана с конструктивными копингами и жизнестойкостью. Таким образом, наши специалисты получают новый важный диагностический инструмент.

Наконец, в рубрике «Эмпирические исследования» мы приводим две статьи, посвященные зависимому поведению, которое является важным фактором риска суицида. Обе статьи содержат данные экспериментального, а не опросникового исследования, что важно при изучении зависимостей; обе представляют собой пилотажные исследования, которые нуждаются в дальнейшем расширении выборок и уточнении полученных данных.

В статье В.Б. Никишиной, Е.А. Петраш и С.Л. Борисовой приводятся данные экспериментального исследования глазодвигательных реакций лиц зависимых от алкоголя, при восприятии стимулов, так или иначе связанных с их патологическим влечением. Ценность исследования заключается в возможности косвенной оценки степени сохранности данного влечения в процессе реабилитации, о которой порой и сами реабилитируемые не отдают себе полного отчета. Наконец, Е.И. Федюкевич и А.В. Трусова указывают на определенную специфику распознавания эмоций у зависимых от алкоголя, которая косвенно свидетельствует о возможных трудностях переработки негативных эмоций у данного контингента.

Таким образом, все статьи номера так или иначе связаны с темой аутодеструктивного и суицидального поведения. Мы надеемся, что они дадут новую важную информацию российским ученым и практикам, работающим в этой междисциплинарной и очень сложной области современной науки.

А.Б. Холмогорова

**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 анозгнозиса 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 имеют 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 спрашивает 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, попадают 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» конструктов, 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., Porrás-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 reaktcii 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' mezhvedomstvennogo 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: Mysl, 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'yua 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., Porrás-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

МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ

А.Ю. РАЗВАЛЯЕВА

Институт психологии Российской академии наук
(ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-3411>,
e-mail: annraz@yandex.ru

Н.А. ПОЛЬСКАЯ

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), Научно-практический центр психического
здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ
(ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>,
e-mail: polskayana@yandex.ru

А.Я. БАСОВА

Научно-практический центр психического здоровья детей
и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП
им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»), Российский национальный
исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова
Минздрава России (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5001-8554>,
e-mail: dr.anna.basova@gmail.com

Актуальность. Один из важных инструментов предотвращения суицидов — выявление групп риска, особенно среди подростков, что достигается с помощью проведения скрининга. Разработка протоколов скри-

нингов и других превентивных мер осложняется недостаточными и противоречивыми данными о методиках, которые могут применяться в подростковых выборках. **Цель.** Данный систематический обзор систематических обзоров был проведен для выявления методик оценки суицидального риска, обладающих хорошей прогностической валидностью на подростковых выборках. Дополнительно выделялись рекомендации авторов систематических обзоров по проведению скринингов. **Метод.** Поиск литературы проводился по базам PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, EBSCO Academic Search Premier, EBSCO Health Source: Nursing and Academic Edition, Elibrary. Было включено 10 статей, удовлетворявших критериям (систематические обзоры, содержащие данные о методиках, которые предъявлялись детям и подросткам для диагностики риска суицидального поведения). **Результаты.** Включенные в обзор статьи обладали удовлетворительным качеством. Прогностическая валидность сообщалась для 18 методик, 16 из которых представляли собой самоотчет пациентов, а 2 были компьютеризированными тестами имплицитных ассоциаций. Было показано, что компьютеризированные тесты обладают низкой прогностической валидностью, а методики самоотчета (включая отдельные скрининговые вопросы) — более высокой. **Заключение.** Требуется больше исследований прогностической валидности методик на подростковых выборках, а решение о включении методики в скрининг должно приниматься в зависимости от практических возможностей медицинского персонала.

Ключевые слова: систематический обзор, суицидальное поведение, методики, оценка риска, скрининг, прогностическая валидность.

Для цитаты: Развальева А.Ю., Польская Н.А., Басова А.Я. Методики оценки риска суицидального поведения в подростковом возрасте: систематический обзор систематических обзоров // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 33—67. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310202>

DIAGNOSTICS OF SUICIDAL RISK IN ADOLESCENTS: SYSTEMATIC REVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS

ANNA YU. RAZVALIAEVA

Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-3411>,

e-mail: annraz@rambler.ru

NATALIA A. POLSKAYA

Moscow State University of Psychology & Education; Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>,

e-mail: polskayana@yandex.ru

ANNA Y. BASOVA

Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva;

Pirogov Russian National Research Medical University
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5001-8554>,

e-mail: dr.anna.basova@gmail.com

Study relevance. Revealing groups of people at high risk of suicide is important for suicide prevention, especially among adolescents, and the practical way of achieving it is screening adolescents for suicide risk. A major obstacle to the development of screening protocols and other preventive procedures is lack of data or conflicting data on measures that can be used in adolescent samples. **Objective.** The current systematic review of systematic reviews was carried out to discover measures of suicide risk with a good predictive validity on adolescent samples. Recommendations for screening implementation were also narratively reviewed. **Method.** Literature search was carried out in PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, EBSCO Academic Search Premier, EBSCO Health Source: Nursing and Academic Edition, and Elibrary. 10 papers that satisfied all inclusion criteria (systematic reviews of measures assessing the risk of suicide in children and adolescents) were included in the study. **Results.** The reviews included in the study were of satisfactory quality. Predictive validity was reported for 18 measures, 16 of them were self-report, and 2 were versions of the Implicit Associative Test. Computerized tests showed relatively low predictive validity coefficients, while self-report measures (including screening questions) had higher predictive validity. **Conclusion.** More studies of predictive validity of the suicide screening measures on adolescent samples are needed. The decision to use a measure in the screening protocol should be also based on practical considerations and resources available to medical workers on site.

Keywords: systematic review, suicidal behavior, measures, risk assessment, screening, predictive validity.

For citation: Razvaliaeva A.Yu., Polskaya N.A., Basova A.Y. Diagnostics of Suicidal Risk in Adolescents: Systematic Review of Systematic Reviews. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 33–67. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310202> (In Russ.).

Введение

Предотвращение самоубийств, одна из важнейших проблем современного общества, становится еще более актуальной в тех случаях, когда речь идет о детях и подростках, поскольку самоубийство считается второй по значимости причиной смерти в возрасте 10—14 лет [6]. Подростки редко самостоятельно обращаются за помощью в случае суицидального и самоповреждающего поведения [30], а взрослые, в том числе медицинские работники и психологи, могут недооценивать тяжесть и опасность состояния ребенка.

Считается, что проведение скринингов суицидальных намерений может помочь выявить подростков с риском самоубийства и своевременно оказать им помощь [4]. Однако, несмотря на высокий запрос специалистов на методики психиатрической и психологической диагностики суицидального риска, сохраняется дефицит в этой области. Трудности, связанные с этим, во многом обусловлены методологическими проблемами суицидологической диагностики, в частности, большим количеством шкал и опросников с неясной прогностической валидностью и размытостью формулировок, которые используются в исследованиях [28]. Таким образом, встает проблема систематизации характеристик разных методик, в первую очередь, для выявления их прогностической валидности на детских и подростковых выборках.

Данное исследование представляет собой метаобзор, или систематический обзор систематических обзоров. Выбор этого типа обзора объясняется тем, что за предыдущие десятилетия было проведено достаточно много систематических обзоров методик в области диагностики суицидального поведения.

Цель исследования — выделить методики, эффективно оценивающие суицидальный риск у подростков, а также сравнить рекомендации по проведению скринингов и барьеры к их осуществлению на практике.

Метод

При проведении систематического обзора мы ориентировались на руководство PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) [25], а также на рекомендации по проведению систематических обзоров систематических обзоров [35] и методических систематических обзоров [18]. В случае последних проблема систематического обзора выдвигается не по стандартной схеме (PICO — выборка, лечение, группа сравнения, исход), а по схеме PIRD — популяция, методика, референтный метод оценки, диагноз [18].

Таким образом, проблема текущего обзора была сформулирована следующим образом: какие методики позволяют наиболее эффективно оценить риск суицидального поведения у детей и подростков (по сравнению друг с другом и с оценкой врачом, основанной на результатах клинической беседы)?

Критерии отбора источников литературы. Отбирались систематические обзоры и/или мета-анализы, содержащие информацию о методиках оценки риска суицидального поведения у детей и/или подростков, включая суицидальную идеацию, суицидальные попытки и причинение себе намеренного вреда. Причинение себе намеренного вреда (self-harm) включалось в исследование, так как к этому понятию относятся самоповреждающие действия вне зависимости от мотивации, а значит, и суицидальные самоповреждения. Поиск «серой» литературы (тезисы в сборниках конференций, диссертации) не проводился, так как данная литература редко описывает результаты систематических обзоров. Исключались:

— эмпирические или методологические исследования, нарративные обзоры, методические рекомендации (если они не содержали систематический обзор как доказательную базу, на которой основывались рекомендации);

— систематические обзоры, не включавшие детей и подростков, или не позволяющие выделить отдельно результаты по данным возрастным категориям;

— систематические обзоры распространенности, факторов риска или прогностических моделей суицидального или самоповреждающего поведения, не включающие диагностических методик;

— статьи, не имеющие англоязычной версии (для зарубежных баз данных).

В силу того, что было найдено небольшое количество статей, автоматической проверки и удаления дубликатов не потребовалось.

Оценка качества статей проводилась с помощью Чек-листа для систематических обзоров Института Джоанны Бриггс (JBI Check-List for Systematic Reviews) [1]. Чек-лист предполагает оценку исследования по 11 критериям; возможные варианты ответа — «да», «нет», «не знаю», «неприменимо к данному исследованию». Более известная методика оценки качества систематических обзоров AMSTAR не была использована, так как она предполагает классическую схему со сравнением разных групп, которая не соблюдалась в отобранных нами обзорах методик.

Отбор литературы и оценка качества статей проводились двумя авторами, решения в случае разногласия принимались в результате обсуждения с третьим автором.

Синтез (обобщение) данных. В каждом систематическом обзоре выделялись следующие данные:

— характеристики выборки, если они приводились в обзоре (пол, возраст, клиническая/неклиническая);

— методики оценки риска суицидального или самоповреждающего поведения (название, тип — структурированное интервью, опросник, компьютеризированный тест);

— характеристики прогностической валидности методики, которые приводились в систематическом обзоре (чувствительность, специфичность);

— какой тип поведения оценивался (суицидальные попытки или мысли, преднамеренный вред себе).

Дополнительно собирались сведения о характеристиках методик (количество и содержание пунктов, шкала оценки, шкалы и субшкалы). В силу того, что в систематических обзорах эти данные чаще всего не приводятся, мы обращались к первоисточникам адаптации интересующих нас методик. Из анализа исключались методики, в которых отсутствовали данные по прогностической валидности (оценка будущего суицидального поведения).

В силу высокой гетерогенности исследований (разные методики оценки риска суицидального поведения, разные показатели, по которым сравнивались методики), данные не могли быть обобщены с помощью методов мета-анализа, поэтому проводился их нарративный синтез.

Результаты

Характеристики отобранных статей. Поиск литературы проводился в реферативных базах PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, EBSCO Academic Search Premier и EBSCO Health Source: Nursing and Academic Edition с 27.02.2023 по 6.04.2023. Поисковые термины включали оценку суицидального поведения, риск будущего суицида или преднамеренного самоповреждения и тип статьи — систематический обзор или мета-анализ. Поисковые запросы приведены в Приложении 1. Дополнительно был проведен поиск статей в русскоязычной наукометрической базе Elibrary.

Было отобрано 10 систематических обзоров (рис. 1): 3 из них фокусировались на проблеме оценки суицидального поведения (в том числе преднамеренного самоповреждения) у детей и подростков; 7 — включали также другие выборки или типы психопатологии, однако было возможно выделить результаты, относящиеся к детям.

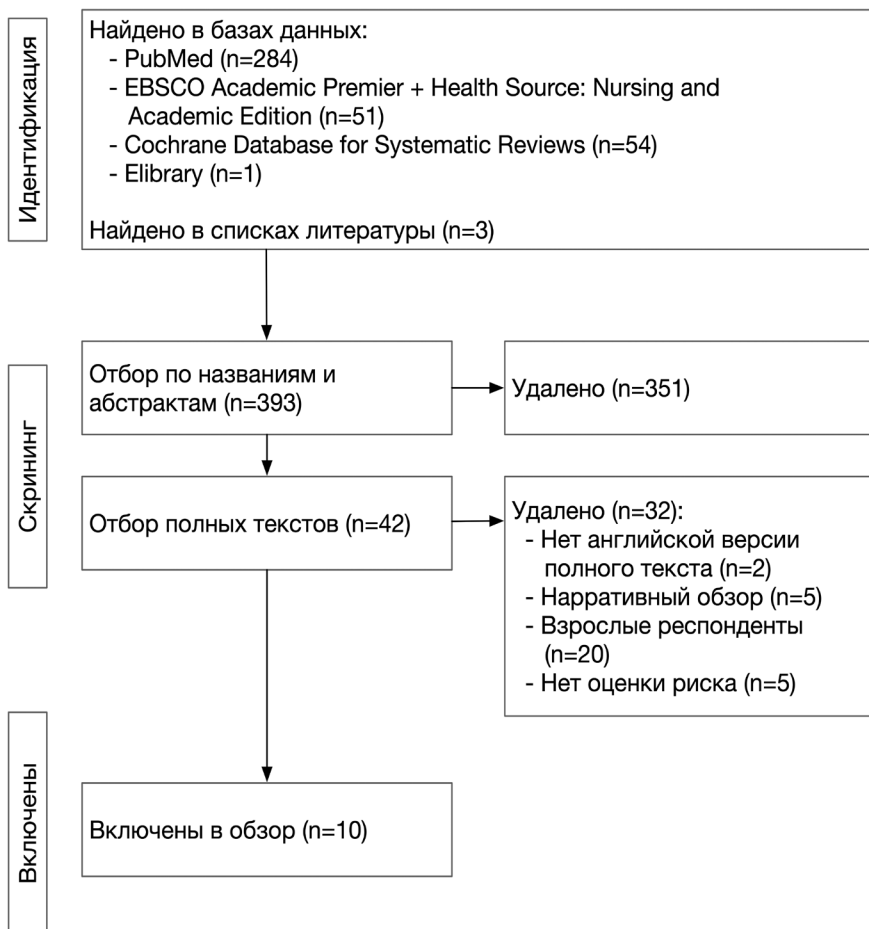


Рис. 1. Схема отбора источников литературы

Оценка качества источников (Приложение 2) показала, что ни в одном из систематических обзоров не проводилась оценка эффекта «архивного ящика» — систематического искажения, когда значимые результаты публикуются чаще, чем незначимые (для этого могут использоваться разные методы, например, воронковые диаграммы). Многие авторы ссылались при этом на чрезмерно высокую вариативность данных, что приводило к выделению слишком малочисленных групп оригинальных эмпирических исследований после их разбивки по используемым методикам.

Обобщение данных с помощью статистических методов (мета-анализ) проводилось только в трех исследованиях [10; 31; 37]. Чаще всего обобщались показатели внутренней согласованности шкал и прогностической валидности; все остальные исследования представляли собой систематические обзоры.

Пять систематических обзоров из 10, вошедших в данный метаобзор, фокусировались на выборках детей и подростков; остальные включали исследования, выполненные на взрослых выборках (табл. 1). Три исследования [7; 19; 33] выполнялись на выборках детей и подростков, поступивших в отделения неотложной помощи; еще 3 исследования были выполнены Рабочей группой по профилактике заболеваний США (U.S. Preventive Services Task Force) [12; 23; 37]. Во всех этих исследованиях ставилась цель — обосновать рекомендации по проведению массовых (универсальных) скринингов суицидального поведения врачами неотложной помощи или общей практики — т. е., скринингов даже при отсутствии жалоб на проблемы с психическим здоровьем. В остальных исследованиях ограничений по месту обследования не было, и отбирались разнообразные клинические и неклинические выборки.

Синтез данных. Из отобранных систематических обзоров были извлечены данные о 18 методиках, которые имели оценки прогностической валидности.

Были выделены следующие **показатели прогностической валидности.**

1. **Чувствительность** (sensitivity), **специфичность** (specificity), **положительные и отрицательные предиктивные значения** (positive and negative predictive values). Каждый из этих показателей имеет значение от 0 до 1 (для удобства понимания приводятся после умножения на 100 — от 0 до 100%). Чувствительность — процент правильно определяемых по методике положительных значений (т. е., пациентов с высоким суицидальным риском). Специфичность — процент правильно выделяемых отрицательных значений (пациентов с низким риском). Положительное предиктивное значение — сколько пациентов, у которых был диагностирован риск суицида, совершили попытку в будущем. Отрицательное предиктивное значение — сколько пациентов, у которых не был диагностирован риск, не совершили суицидальную попытку после диагностики [13]. Хотя общепринятых норм для чувствительности и специфичности нет, Рунесон с коллегами использовали значения чувствительности > 80% и специфичности > 50% [31].

2. **Отношение риска и отношение правдоподобия** (odds ratio and likelihood ratio). Указывают на отношения между воздействием и его последствиями. Отношение риска > 1 указывает на то, что воздействие является фактором риска, < 1 — протективный фактор, около 1 — незначимое воздействие. Отношение правдоподобия указывает на вероятность по-

Таблица 1
 Характеристики выборок, представленных в систематических обзорах

Источник	k	Выборка				Характеристики	Цель скрининга
		N	Пол	Возраст	Возраст		
*Cervantes et al., 2022 [7]	11	21726	42±7% — мальчики	8—24	Отделения неотложной помощи (психиатрические и психиатрические)	Суицидальные попытки	
Erford et al., 2017 [10]	5 из 83	1612	Не указан	8—20	4 клинические и 1 популяционная выборки	Риск суицида и суицидальные попытки в проспективных когортах	
Faura-Garcia et al., 2021 [11]	1 из 53	100	71% — девочки	12—17	Клиническая выборка (пациенты, находящиеся в психиатрической клинике или на амбулаторном лечении)	Повторное несудимое самоповреждающее поведение	
Gaynes et al., 2004 [12]	1 из 252	144	54% — девочки	11—16 (13,6±2,48)	Пациенты отделения неотложной помощи (целевая выборка обзора — пациенты, обращающиеся к врачу общей практики)	Риск суицида	
*Harris et al., 2019 [13]	11	2254	Не указан	10—24	Пациенты психиатрических стационаров и отделений неотложной помощи (1 исследование — обследование на дому после передозировки)	Суицидальные попытки (k=8) и повторные самоповреждения (k=3)	
*Newton et al., 2017 [19]	7 из 14	1110	50% — 71,8% — девочки	10—24 (15,75)	Пациенты с психиатрическими и психиатрическими жалобами	Риск суицида	

Источник	k	Выборка				Характеристики	Цель скрининга
		N	Пол	Возраст			
O'Connor et al., 2013 [23]	2 из 56	799	Не указан	13—20	Пациенты, проходящие амбулаторное лечение в психиатрической клинике; школьники под угрозой отчисления	Риск суицида	
Rimeson et al., 2017 [31]	2 из 21	964	Не указан	8—18	Пациенты психиатрической клиники (суицидальные попытки, другие психиатрические проблемы, делинквентные подростки, подростки из неблагополучных семей)	Суицидальные попытки	
*Scudder et al., 2022 [33]	43	305754	39—73% — девочки	4—24	Отделения неотложной помощи (k=5), неотложная помощь для детей (k=33), психиатрическая скорая помощь (k=3)	Риск суицида	
*Viswanathan et al., 2022 [37]	1 из 54	580	Не указан	14—20	Школьники под угрозой отчисления	Риск суицида	

Примечание: k — количество исследований, включенных в систематический обзор, N — общая выборка; «*» — систематические обзоры, фокусирующиеся на детских и подростковых выборках.

становки диагноза; значения > 5 указывают на умеренную вероятность заболевания, а < 2 — пренебрежимо малая вероятность заболевания [19].

3. **Площадь под кривой** (area under the curve). Принимает значения от 0 до 1; значения 0,8—1 указывают на хорошую предсказательную валидность опросника; ниже 0,5 — опросник не имеет прогностической валидности [19].

Нарративное обобщение данных по отобранным методикам представлено в табл. 2.

Прогностическая валидность разных типов методик. Для прогноза суицидального риска использовались следующие типы методик: структурированные интервью и крупные методики самоотчета (5 методик), краткие методики самоотчета с менее чем 10 вопросами (4 методики), скрининговые вопросы (3 методики), опросники депрессии (2 методики), 1 компьютеризированный тест на скорость реакции. Для диагностики риска будущего самоповреждающего поведения (с несуйцидальными или суйцидальными намерениями) использовались 2 оригинальных методики самоотчета, 1 тест на суйцидальную идеацию и 1 компьютеризированный тест.

Структурированные интервью и крупные методики включали: Колумбийскую шкалу тяжести суйцида, Опросник суйцидальной идеации, Колумбийский скрининг суйцидов, Шкалу вероятности суйцида и Компьютеризированный адаптивный скрининг суйцидов у молодежи. Количество пунктов в методиках варьировало от 11 до 72. Одной из лучших методик по показателям чувствительности и специфичности выступила Колумбийская шкала тяжести суйцида (на клинических подростковых выборках точность предсказания истинных суйцидальных попыток достигает 100%), а по показателю площади под кривой — Компьютеризированный адаптивный скрининг суйцидов у молодежи. Опросник суйцидальной идеации имел слишком большой разброс в чувствительности и специфичности в зависимости от выборки и используемого критического значения (балла, выше которого риск характеризуется как высокий). Колумбийский скрининг суйцидов и Шкала вероятности суйцида хорошо выделяют группу с низким риском, но плохо — с высоким.

Краткие методики самоотчета включали скрининговый тест «Спроси про суйцид», Опросник риска суйцида, Скрининг риска суйцида, Шкалу самооценки ожидаемого суйцидального риска. Общее количество пунктов в них варьировало от 3 до 7. Методики «Спроси про суйцид» и Опросник риска суйцида достигали самых высоких показателей чувствительности (до 97—98%), однако их специфичность была невысокой, а также их показатели прогностической валидности слишком сильно варьировали. Скрининг риска суйцида показал более устойчи-

вую чувствительность (при несколько невысокой специфичности), а наилучший баланс чувствительности и специфичности был достигнут авторами Шкалы самооценки ожидаемого суицидального риска, предлагающей прямую оценку будущих действий, связанных с суицидом.

Количество **скрининговых вопросов**, которые использовались для диагностики суицидального риска, варьировало от 1 до 3. Наилучшая прогностическая валидность была получена для скрининга с двумя вопросами [32], направленными на оценку чувства печали/подавленности и отсутствия интереса к жизни. В целом, эти методики также страдают от дисбаланса чувствительности и специфичности: положительные ответы на вопросы ведут либо к переоценке риска, либо к его недооценке.

Опросники на депрессию часто используются при диагностике суицидальности, но их прогностические значения были выделены только в одном систематическом обзоре [13]. Обе методики — Шкала безнадежности Бека и Шкала оценки депрессии у детей — показали невысокую, но значимую ценность полученных данных в оценке суицидального риска.

Опросники для диагностики риска самоповреждений включали Интервью о самоповреждающих мыслях и поведении, Опросник суицидальной идеации и Опросник самоповреждения. Количество пунктов в них варьировало от 15 до 169. Опросник суицидальной идеации не подходил для оценки самоповреждений (крайне низкая чувствительность), а Опросник самоповреждения, наоборот, имел низкую специфичность. Интервью о самоповреждающих мыслях и поведении вносило значимый вклад в оценку будущих самоповреждений.

Рассмотрим отдельно две **компьютеризированные методики риска суицидального и самоповреждающего поведения** — ИмPLICITный тест самоповреждающего поведения и ИмPLICITный ассоциативный тест о смерти. Данные методики применяются для преодоления проблемы неискренности пациента и желания скрыть суицидальную идеацию и намерения. Они основываются на представлении о возможности оценки неосознаваемых ассоциаций с помощью времени реакции. Однако, как показывают результаты, на подростковых выборках ИмPLICITный тест самоповреждающего поведения не обладает прогностической валидностью, а ИмPLICITный ассоциативный тест о смерти имеет худшие показатели, чем методики самоотчета.

Рекомендации авторов систематических обзоров. В каждом систематическом обзоре, вошедшем в мета-обзор, были выделены рекомендации по проведению скринингов, барьеры, стоящие перед клиницистами, и направления будущих исследований / рекомендации для исследователей (табл. 3).

Клиницистам рекомендуется:

— проводить универсальный скрининг суицидальной идеации [7; 19];

— разработать подробные протоколы действий при выявлении подростков с высоким риском [7; 33];

— не полагаться только на скрининговые методики, проводить комплексную диагностику факторов суицидального риска [10].

В ряде случаев исследователи не выделили достаточно данных для рекомендаций в области скрининга [12; 23; 37] или указывали на крайне низкую ценность диагностических инструментов [11; 13; 31].

При оценке барьеров, стоящих на пути применения скринингов на практике, были выделены:

— методические трудности (методики неудобно использовать, они не учитывают неискренность пациента, их сложно интерпретировать, они требуют специального образования и могут быть предъявлены только клиническим психологом или психиатром, недостаточная валидность методик, большое количество ложноположительных результатов);

— ограниченность информации о группах, на которых проводятся скрининги;

— отсутствие протоколов, регламентирующих действия медицинского персонала.

Будущим исследователям рекомендуют проводить больше исследований на подростках из редко представленных в научных публикациях групп, выделять отдельно разные возрастные группы (что актуально и для подростковых выборок, но особенно — для смешанных выборок старших подростков и взрослых), подробнее описывать различные показатели валидности методики и оценивать проксимальные факторы риска.

Т а б л и ц а 2

Прогностическая валидность методик оценки суицидального и самоповреждающего поведения

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
Прогноз суицидального риска (попытки и повторные обращения в больницу)		
1. Спроси про суицид (Ask Suicide-Screening Questions; Horowitz et al., 2012) [14]	Предназначена для возраста 10—21 год. Содержит 4 основных вопроса и 1 дополнительный (задается, если был хотя бы один ответ «да»). Ответ дается по шкале: «да», «нет», «нет ответа».	Cervantes et al., 2022 (k=2): Чувствительность — 60—96,9%; специфичность — 70—87,6%; ППЗ — 3,9—71,3%, ОПЗ — 99%.
	Scudder et al., 2022 (k=15). В психиатрических популяциях определяет 36—66% пациентов, в непсихиатрических — 3—10%	Harris et al., 2019 (k=1). Чувствительность — 95,8%, специфичность — 5,8%, ППЗ —

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
		<p>16,8%, ОПЗ — 87,5% (попытки через 6 мес.).</p> <p>Scudder et al., 2022 (k=15). Чувствительность — 60—93%, специфичность — 43—92%.</p> <p>Newton et al., 2017 (k=1). На выборке пациентов детского психиатрического отделения неотложной помощи: чувствительность — 98%, специфичность — 66%. На выборке пациентов детского общего отделения неотложной помощи: чувствительность — 97%, специфичность — 88%. У подростков с положительным ответом хотя бы на один вопрос риск суицида в 3 раза выше (положительное отношение правдоподобия — 2,8)</p>
<p>2. Колумбийская шкала тяжести суицида (Columbia-Suicide Severity Rating Scale; Posner et al., 2011) [26]</p>	<p>Версия для скрининга включает до 7 вопросов о суицидальной идеации и поведении: риск оценивается как ответ «да» на любой из них. Полная версия включает также оценку типа суицидального поведения, его летальность, интенсивность, частоту, продолжительность, контролируемость и причины.</p> <p>Newton et al., 2017 (k=1). Внутренняя надежность шкалы — высокая ($\alpha=0,81$ для шкалы интенсивности).</p>	<p>Harris et al., 2019 (k=4). Отношение рисков — 1,15—1,51 для повышения общего балла на 1.</p> <p>Scudder et al., 2019 (k=12). Интенсивность и степень тяжести суицидальной идеации значимо связаны с повторными обращениями в больницу из-за суицидальных попыток.</p>

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
	<p>Erford et al., 2017 (k=3). Средняя надежность по подросткам и взрослым — $\alpha=0,84$, наивысшая — $\alpha=0,95$ — у подростков, совершивших суицидальные попытки.</p> <p>Scudder et al., 2019 (k=12). В психиатрических популяциях частота риска — 66—86%</p>	<p>Newton et al., 2017 (k=1). Предикторы повторных обращений за медицинской помощью в связи с суицидальной попыткой — шкала интенсивности (отношение рисков — 1,09) и продолжительность суицидальной идеации (отношение рисков — 1,80).</p> <p>Erford et al., 2017 (k=1). Чувствительность — 100%, специфичность — 96—100%. 100% предсказание прерванных и истинных попыток. Для остановленных попыток — чувствительность 99,4%, специфичность — 100%</p>
<p>3. Опросник суицидальной идеации и Опросник суицидальной идеации для младших подростков (Suicidal Ideation Questionnaire и Suicidal Ideation Questionnaire-Junior; Reynolds, 1988) [29]</p>	<p>Основная методика предназначена для подростков от 15 лет и включает 30 пунктов (9 критических). Версия для младших подростков может предъявляться от 10 лет и состоит из 15 пунктов (6 критических). Общий балл и критические пункты указывают на суицидальный риск. Пункты оцениваются по 7-балльной шкале.</p> <p>Cervantes et al., 2022 (k=3). Внутренняя надежность шкалы — высокая ($\alpha=0,97$).</p> <p>Erford et al., 2017 (k=14). Обобщенные показатели внутренней надежности: $\alpha=0,95$.</p> <p>Scudder et al., 2022 (k=11). Частота выявления риска в психиатри-</p>	<p>Harris et al., 2019 (k=3). Для полной шкалы: Отношение рисков — 1,01, $p \leq 0,05$, но только если в регрессию не вводились другие показатели. Для краткой шкалы: отношение рисков для отсутствия попыток в будущем — 0,93 для повышения общего балла на 1; 1,30 — для повышения на 10. Отношение рисков в многомерной модели — 1,23; $p=0,003$.</p> <p>Erford et al., 2017 (k=3). Для полного опросника: критическое значение 30 баллов: чувствительность —</p>

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
	<p>ческих популяциях — 40—66%, в непсихиатрических медицинских — 0—10%. При универсальном скрининге частота выявления риска — 78—88%.</p>	<p>78%, специфичность — 65%, ППЗ — 73%, ОПЗ — 72%. Критическое значение — 35 баллов: чувствительность — 70%, специфичность — 65%, ППЗ — 73%, ОПЗ — 66%. Для краткой версии: критическое значение — 30 баллов (неклиническая выборка): чувствительность — 80%, специфичность — 86%, ППЗ — 27%, ОПЗ — 98%. Критическое значение — 34 балла (клиническая выборка): чувствительность — 69%, специфичность — 61%</p>
<p>4. Опросник риска суицида (Risk of Suicide Questionnaire; Horowitz et al., 2001) [15]</p>	<p>Краткая методика: 4 пункта оцениваются по шкале «да», «нет», «нет ответа». На риск указывает любой положительный (в некоторых версиях — неотрицательный) ответ.</p> <p>Cervantes et al., 2022 (k=2). Внутренняя надежность шкалы неудовлетворительная ($\alpha = 0,46—0,63$).</p> <p>Newton et al., 2017 (k=2). Умеренные показатели надежности ($\alpha = 0,64—0,65$). Для версии с двумя пунктами — выше, чем для версии с 4 пунктами</p>	<p>Scudder et al., 2022 (k=7). Чувствительность — 50—98%, специфичность — 37—79%.</p> <p>Gaynes et al., 2004 (k=1). Чувствительность — 98%, специфичность — 37%, ППЗ — 55%, ОПЗ — 97%</p>
<p>5. Колумбийский скрининг суицидов (Columbia Suicide Screen; Shaffer et al., 2004) [34]</p>	<p>Опросник включает 11 пунктов о суицидальных попытках, суицидальной идеации, негативном настроении и употреблении ПАВ. Пункты включены в более</p>	<p>Shaffer et al. Риск определяется как суицидальная идеация/попытка + общий балл негативных эмоций ≥ 3. При таком</p>

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
	широкий опросник, содержащий 32 вопроса о здоровье и 4 — о взаимоотношениях в семье. Ответы даются по визуальной 5-балльной шкале	определении ППЗ — 16%, ОПЗ — 99%
6. Шкала вероятности суицида (Suicide Probability Scale; Cull, Gill, 1992) [2; 8]	Состоит из 36 вопросов с оценкой по 4-балльной шкале. Кроме общей шкалы вероятности суицида, измеряет безнадежность, суицидальную идеацию, негативную самооценку и враждебность. Erford et al., 2017 (k=10) . Показатели внутренней надежности на смешанных выборках — $\alpha=0,91$	Runeson et al., 2017 (k=1) . Чувствительность — 48%, специфичность — 80%. Erford et al., 2017 (k=2/38) . Чувствительность — 28—65%, специфичность — 64—90% (более высокие значения, если критический балл — 78)
7. Скрининг риска суицида (Suicide Risk Screen; Thompson, Eggert, 1999) [36]	Содержит 7 пунктов, основывающихся на факторах риска суицида (суицидальное поведение, депрессия и употребление ПАВ). Вопросы замаскированы с помощью включения в Опросник для старшей школы (High School Questionnaire), измеряющий другие факторы риска. Надежность — $\alpha=0,81$	O'Connor et al., 2013 (k=1) и Viswanathan et al., 2022 (k=1) . Чувствительность — 87—91%, специфичность 60%, ППЗ — 37,8%, ОПЗ — 94,4%
8. ИмPLICITный ассоциативный тест о смерти (Death Implicit Association Test; Nock et al., 2010; Brent et al., 2021) [8; 22]	Содержит 7 блоков, 3 из которых — тренировочные. В блоках 3 и 6 по 20 проб, в блоках 4 и 7 — по 40. Пробы делятся на конгруэнтные (я и жизнь/не я и смерть) и неконгруэнтные (я и смерть/не я и жизнь). По результатам скорости классификации стимулов рассчитывается показатель D, указывающий на силу ассоциации между жизнью и собой	Scudder et al., 2022 (k=1) . Предсказывает попытки в течение трех месяцев (область под кривой в группе риска — 0,59; в общей клинической группе — 0,67)
9. Шкала самооценки ожидаемого суицидального риска (Self-	Три пункта (уверенность в том, что попытка суицида не будет совершена в будущем — обратный пункт; уверенность в том, что	Scudder et al., 2022 (k=1) и Harris et al., 2019 (k=1) . Площадь под кривой — 0,79; чувстви-

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
Assessed Expectations of Suicide Risk Scale; Czyz et al., 2016) [9]	можно будет удержаться от суицида, даже если есть суицидальные мысли; уверенность в том, что респондент расскажет кому-то о суицидальных мыслях). Оценка по шкале от «0» до «10», где «5» — «в какой-то степени уверен». Можно было выбрать ответ «не уверен»	тельность — 79%, специфичность — 76%
10. Компьютеризированный адаптивный скрининг суицидов у молодежи (Computerized Adaptive Screen for Suicidal Youth; King et al., 2021) [17]	Включает 72 пункта из разных методик, оценивающих суицидальное поведение, несуйцидальное самоповреждение, безнадежность, депрессию, отношения в семье и с ровесниками, травлю, контроль веса и нарушения пищевого поведения, сон, импульсивное поведение, социальную тревогу, агитацию, позитивные эмоции, употребление ПАВ, травматические события, мысли об убийстве, сексуальное и физическое насилие, расставание родителей, импульсивную агрессию	Scudder et al., 2022 (k=1) . Площадь под кривой — 0,87—0,89
Скрининговые вопросы на оценку суицидального риска		
11. Три вопроса для оценки суицидального риска [King et al., 2015] [16]	3 вопроса с выбором ответов да/нет (желание умереть, суицидальные мысли, суицидальная попытка за месяц). Риск — положительный ответ на вопросы № 2 или № 3	Cervantes et al., 2022 (k=1) . Чувствительность — 67—73%, специфичность — 48%. Чувствительность более высокая, если оцениваются только попытки, без учета другого суицидального поведения (планов и т. д.)
12. Скрининг с одним вопросом (Single-Question Screen; Rutman et al., 2008) [32]	Вопрос направлен на оценку чувства печали или подавленности и предполагает дихотомический ответ (да/нет)	Newton et al., 2017 (k=1) . Чувствительность — 56%, специфичность — 93%, ППЗ — 83%, ОПЗ — 78%

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
13. Скрининг с двумя вопросами (Two-Question Screen; Rutman et al., 2008) [32]	Один вопрос направлен на оценку чувства печали, подавленности или безнадежности; второй — на оценку сниженного интереса и удовольствия от жизни. Вопросы оцениваются по дихотомической шкале (да/нет)	Newton et al., 2017 (k=1). Чувствительность — 78%, специфичность — 82%, ППЗ — 72%, ОПЗ — 87%
Оценка суицидального риска более общими (неспецифичными) методиками		
14. Шкала безнадёжности Бека (Beck Hopelessness Scale; Beck, Steer, 1988) [3]	Содержит 20 пунктов, с выбором ответов по дихотомической шкале	Harris et al., 2019 (k=1). Отношение рисков — 1,51; $p < 0,001$ для повышения общего балла на 5 (логистическая регрессия)
15. Шкала оценки депрессии у детей — Новая форма (Children's Depression Rating Scale-Revised; Poznanski, Mokros, 1996) [27]	Изначально разрабатывалась для возрастной группы 6—12 лет. Содержит 17 пунктов, которые оцениваются по 5- или 7-балльной шкале. Внутренняя согласованность: $\alpha = 0,85$	Harris et al., 2019 (k=1). Отношение рисков — 1,29; $p = 0,002$ для повышения общего балла на 10 (логистическая регрессия)
Прогноз самоповреждающего поведения (вне зависимости от суицидальных намерений)		
16. ИмPLICITный тест самоповреждающего поведения (The Self-Injury Implicit Association Test; Nock, Banaji, 2007) [20]	Компьютеризированный тест на скорость реакции, содержит стимулы, относящиеся к самоповреждению или нейтральные, и стимулы, относящиеся к респонденту («я», «мой») или к другим. В первом блоке респонденты классифицируют стимулы, нажимая на одну клавишу для стимулов «самоповреждение» и «я» и на другую для стимулов «не самоповреждение» и «не я». Во втором блоке инструкция меняется, стимулы «самоповреждение» ставятся в пару к «не я». Разница в средней скорости реакции оценивает силу ассоциации между самоповреждением и собой	Harris et al., 2019 (k=1). Не был значимым предиктором повторного самоповреждения через 3 мес. (отношение рисков — 3,10; $p > 0,05$)

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
17. Интервью о самоповреждающих мыслях и поведении (Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview; Nock et al., 2007) [21]	Делится на 5 модулей (общее количество пунктов — 169). Оцениваются наличие, частота и характеристики суицидальной идеации, планов, демонстрации намерения, попыток и несуицидальных самоповреждений. Каждый модуль открывается скрининговым вопросом; если ответ отрицательный, модуль пропускается. Оцениваемые характеристики включают возраст начала, частоту за месяц, год и всю жизнь, тяжесть, функции, переживание физической боли и вероятность будущих суицидальных/самоповреждающих действий	Harris et al., 2019 (k=1). Предиктор повторного самоповреждения через 3 мес. (отношение рисков — 1,82; p=0,002)
18. Опросник суицидальной идеации (Suicidal Ideation Questionnaire; Reynolds, 1988) [29]	См. строку 2	Harris et al., 2019 (k=1). Чувствительность — 27,3%, специфичность — 99,2%, ППЗ — 85,7%, ОПЗ — 85,6% (прогноз через 6 мес.)
19. Опросник самоповреждения (Self-Harm Questionnaire; Ougrin, Boege, 2013) [24]	Содержит 3 скрининговых вопроса о предыдущем самоповреждении с оценкой по 4-балльной шкале. При положительном ответе на скрининговые вопросы становятся доступны еще 12 пунктов, оценивающие степень тяжести, функции и последствия самоповреждения (шкалы для этих вопросов варьируют от 3 до 9 баллов).	Harris et al., 2019 (k=1). Чувствительность 94,7%, специфичность 34,6%, ППЗ — 25,4%, ОПЗ — 96,6% (прогноз через 3 мес.). Faura-Garcia et al., 2021 (k=2). Чувствительность — 97,96%, специфичность — 54,39%, ППЗ — 64,86%, ОПЗ — 96,88% (мексиканская версия)

Примечание: ППЗ и ОПЗ — положительные и отрицательные предиктивные значения; α — альфа Кронбаха; k — количество статей.

Таблица 3

Рекомендации для клиницистов и исследователей по оценке риска суицидального и самоповреждающего поведения

Автор	Рекомендации для клиницистов	Трудности и барьеры	Рекомендации для исследователей
Cervantes et al., 2022 [7]	Получены данные в пользу проведения универсального скрининга (со всеми пациентами вне зависимости от наличия психиатрических проблем). Необходим подробный план действий при положительном результате скрининга (дальнейшая диагностика, направление к специалистам, повторные приглашения в клинику)	В контексте разработки методик суицидальный риск чаще оценивается исследователями, а не медицинскими работниками, из-за чего нет данных о том, могут ли эти протоколы использоваться в клинической практике. Не разработаны протоколы, учитывающие интеграцию скрининга в работу медицинских работников. Не разработаны оптимальные методики оценки суицидального риска. Методики учитывают только самоотчет подростка, но не содержат вопросов для родителей (что может быть важно, если у ребенка есть нарушения развития)	Требуется больше исследованных методик диагностики суицидальной идеации на больших выборках, включающих представителей маргинализированных групп, у которых риск суицида выше. Рекомендуется
Egford et al., 2017 [10]	Комплексная диагностика (методическая триангуляция), включающая оценку клинициста, мнемотехники, оценку факторов риска. Необходимо учитывать надежность и валидность (внутрен-	Методические: ряд методик требует специального образования для их применения; отсутствие образования может затруднить принятие решения о помощи пациенту	Требуется больше исследовать методики диагностики суицидальной идеации на больших выборках, включающих представителей маргинализированных групп, у которых риск суицида выше. Рекомендуется

Автор	Рекомендации для клиницистов	Трудности и барьеры	Рекомендации для исследователей
Faust-Garcia et al., 2021 [11]	Обзор не выявил методик, которые можно было бы использовать в клинике	Недостаточное количество методик валидизировано. Несуицидальное са-моповреждение недостаточно четко концептуализировано; многие методики носят описательный характер	Требуются более строгий подход к валидации методик (описание разных типов валидности, подробное описание этапов исследования). Рекомендуется выделять и сравнивать разные возрастные группы
Gaynes et al., 2004 [12]	Недостаточно данных для практических рекомендаций	Нет информации о затратах скринингов и их потенциальных эффектах, как полезных, так и вредных. Нет информации о скринингах суицидального риска в психиатрических группах при оказании первичной медицинской помощи (например, у врача общей практики)	Рекомендуется проведение исследований в области оценки риска и эффективности терапии суицидального поведения. Рекомендации включают проведение более крупных исследований, фокус на психиатрических популяциях, выделение групп по возрасту, полу, этносу и уровню тяжести риска
Harris et al., 2019 [13]	Ни одна из методик не обладает достаточной прогностической валидностью для оценки риска суицидального поведения или причинения себе намеренного вреда	Выявлен ряд проблем с оценкой риска суицида или причинения себе намеренного вреда: 1) неясно, как использовать данные методик для определения индивидуальных последствий для пациентов; 2) некоторые модели тестирования (особенно, компьютеризированные	Необходимо больше исследований с целью оценки: 1) влияния прошлого опыта на повторные самоповреждения или суицидальные попытки; 2) возможностей использования методик самооценки риска суицида;

Автор	Рекомендации для клиницистов	Трудности и барьеры	Рекомендации для исследователей
Newton et al., 2017 [19]	<p>Рекомендуется проведение скрининга нарушений психического здоровья врачами общей практики — для первичного выявления проблем или оценки риска у детей, которым уже поставлен диагноз. Первичный скрининг суицидального риска должен приводить к последующей оценке психиатром. Рекомендуется выбирать методики, направленные на оценку суицидального риска, с высокой чувствительностью</p>	<p>методики и батареей, включающие большое количество тестов) неэффективно использовать на практике; 3) методики значительно различаются по содержанию (например, слишком мало методик включает вопросы на опыт самоповреждений, хотя это фактор риска суицидального поведения)</p>	<p>3) валидность моделей повторного самоповреждения / суицидальной попытки</p>
O'Connog et al., 2013 [23]	<p>Недостаточно данных для практических рекомендаций</p>	<p>Валидизированные скрининговые методики, выявляющие проблемы в области психического здоровья, используются в детских отделениях неотложной помощи менее, чем в 10% случаев. В случае скрининга суицидального риска могут быть опасения причинить пациенту дискомфорт или получить ложноположительный результат</p>	<p>Необходимы исследования, чтобы определить минимально допустимые значения чувствительности, специфичности и отношения правдоподобия скрининговых тестов для детей и подростков в условиях отделения скорой помощи</p>
		<p>Данных о применении методик скрининга суицидального риска у подростков недостаточно. Имеющиеся данные указывают на их не очень</p>	<p>Требуются дальнейшие исследования того, может ли массовый скрининг суицидального риска помочь подросткам</p>

Автор	Рекомендации для клиницистов	Трудности и барьеры	Рекомендации для исследователей
Runeson et al., 2017 [31]	В силу методологических ограничений польза применения методик в клинике ограничена их коммуникативной функцией	высокую предсказательную валидность и большое количество ложноположительных результатов	Рекомендуется более строгое планирование исследований, выделение и сравнение возрастных групп, набор больших выборок и использование методов анализа данных, подходящих для оценки редких событий. Методики оценки суицидального риска рекомендуются приспособить к коморбидным диагнозам (депрессия, личностные расстройства)
Scudder et al., 2022 [33]	Рекомендуется составление локального протокола, приспособленного к нуждам конкретного отделения неотложной помощи. Протокол должен содержать следующие решения: 1) проводить ли скрининг для всех пациентов или только	Методики оценки суицидального риска у подростков и взрослых демонстрируют недостаточную диагностическую валидность. Большие содержательные различия между методиками могут привести к их низкой согласованности друг с другом (один и тот же пациент получит разные оценки риска)	Нет рекомендаций для исследователей

Автор	Рекомендации для клиницистов	Трудности и барьеры	Рекомендации для исследователей
Viswanathan et al., 2022 [37]	<p>пациентов с психиатрическими проблемами;</p> <p>2) какой инструмент выбрать, насколько легко с ним будет работать, в какой модальности его предъявлять (компьютеризированные методики или интервью);</p> <p>3) какие действия предпринимать, если у пациента выявлен высокий риск суицида</p>	<p>Неясно, могут ли методики, направленные на скрининг только суицидального риска, быть эффективны и полезны в условиях массового скрининга в отделении неотложной помощи</p>	<p>Нет рекомендаций для исследователей.</p>

Обсуждение

Проведенный систематический обзор показал, что методики оценки суицидального риска и риска будущих самоповреждений у детей и подростков различаются по показателям прогностической валидности. Ряд методик позволяет достаточно точно выделить группы с низким суицидальным риском, но не выделяет группы с высоким риском; наоборот, другие методики переоценивают риск суицидального поведения. Зачастую это соотношение меняется просто из-за использования разных критических баллов, характеризующих высокий суицидальный риск.

Хотя в литературе упоминаются недостатки переоценки риска — например, высокая нагрузка на психиатрические службы [33], некоторые авторы все-таки рекомендуют отдавать предпочтение более чувствительным методикам, даже при несколько сниженных показателях специфичности. Это оправдывается высокой ценой пропуска суицидального намерения [19]. При этом, для сравнения, мета-анализ диагностики суицидального риска у взрослых в клинической беседе врачами-психиатрами показал, что их оценки характеризуются низкой чувствительностью (31%) и высокой специфичностью (86%) [38]. Большая часть приведенных в данном обзоре методик превосходят клинические оценки по чувствительности, а некоторые (скрининг «Спроси про суицид» на отдельных выборках и Колумбийская шкала тяжести суицида) и по специфичности, что делает их более пригодными для прогнозирования суицидальных попыток.

Волнующий исследователей вопрос об искренности пациентов и об их попытках скрывать суицидальную мотивацию на подростковых выборках дал парадоксальный результат. Тесты неосознаваемых ассоциаций, как для суицидального, так и для самоповреждающего поведения, показали худший результат, чем методики самоотчета. Тогда как умеренно высокая и сбалансированная прогностическая валидность была определена для прямых вопросов о будущем суицидальном поведении (Шкала самооценки ожидаемого суицидального риска), где риск оценивался самим респондентом [9; 13]. Однако данная шкала использовалась лишь однажды, что указывает на необходимость дальнейшего исследования возможностей такой прямой оценки на разных выборках.

Остается неясным, могут ли краткие методики и отдельные вопросы о суицидальных мыслях так же эффективно прогнозировать будущие действия, как многофакторные опросники и интервью. Согласно результатам данного обзора, краткие методики и скрининги, включавшие от одного до семи вопросов, имели несколько худшие максимальные показатели прогностической валидности, по сравнению с максимальными показателями более развернутых методик (Колумбийская шкала

тяжести суицида — 11 пунктов, Опросник суицидальной идеации для младших подростков — 15 пунктов). Более развернутые методики могут обладать тем преимуществом, что позволяют оценить ряд факторов риска суицидального поведения, однако может возникнуть необходимость в адаптации этих методик к их использованию в условиях стационара.

Ограничения исследования. В силу того, что отбирались систематические обзоры, выполненные на детских и подростковых выборках (или отдельные результаты систематических обзоров, выполненных на смешанных выборках), в данный метаобзор не вошли некоторые широко распространенные методики, например, тест суицидальной идеации А. Бека, подробно описанный в статье Эрфорда и коллег [10] на взрослых выборках. Многие методики апробируются на смешанных выборках, включающих старших подростков, однако мы не рассматривали их, так как отсутствовали данные об их прогностической валидности отдельно для этой возрастной группы. Ряд методик, описанных авторами систематических обзоров, также был исключен, так как отсутствовали данные об их прогностической валидности.

Заключение

Данный систематический обзор систематических обзоров позволил выделить несколько групп методик, использующихся для оценки риска суицидального поведения в подростковом возрасте. Компьютеризированные методики продемонстрировали худшие показатели прогностической валидности, а методики самоотчета — как краткие, так и развернутые — имели более приемлемые показатели.

Следует подчеркнуть, что для проведения скринингов суицидального поведения в подростковой популяции необходимы дополнительные исследования, ориентированные, во-первых, на проверку валидности и применимости на практике наиболее эффективных методик, а во-вторых, на разработку протоколов действий медицинского персонала в случае выявления подростков с высоким суицидальным риском.

Приложение 1

Стратегии поиска в базах данных

Стратегия поиска в PubMed:

((suicide assessment[Title/Abstract]) OR (suicide screening[Title/Abstract]) OR (self-harm assessment[Title/Abstract]) OR (self-harm

screening[Title/Abstract]) OR (self-harm measure[Title/Abstract]) OR (self-injury assessment[Title/Abstract]) OR (self-injury measure[Title/Abstract]) or (self-injury screening[Title/Abstract]) OR (self-mutilation assessment[Title/Abstract]) OR (self-mutilation screening[Title/Abstract]) OR (self-mutilation tool[Title/Abstract]) OR (suicide risk assessment[Title/Abstract]) OR (repeat self-harm[Title/Abstract])) AND (systematic review[Publication Type]))

Стратегия поиска в базах EBSCO:

(“suicide assessment” or “suicide screening” or “self-harm assessment” or “self-harm screening” or “self-harm measure” or “self-injury assessment” or “self-injury measure” or “self-injury screening” or “self-mutilation assessment” or “self-mutilation screening” or “self-mutilation tool” or “suicide risk assessment” or “repeat self-harm”) and (systematic review or meta-analysis)

Стратегия поиска в Cochrane Database:

- # 1. (self-harm OR suicide OR self-injury):ti,ab,kw
- # 2. adolescents OR youth OR young adults
- # 3. predict OR risk OR repeat
- # 4. measure OR instrument OR test OR assessment OR tool
- # 5. #1 AND #2 AND #3 AND #4

Поиск в Elibrary: в силу ограничений поисковой системы проводился только по названиям и ключевым словам, содержащим сочетания: «суицид», «самоповреждение», «самоповреждающее поведение», «аутодеструктивное поведение», «суицидальное поведение», «систематический обзор».

Приложение 2

Оценка качества источников

Источник	Критерии по Чек-листу для систематических обзоров											% «да»
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Cervantes et al., 2022	да	да	да	да	да	нет	да	да	нет	да	да	82
Erford et al., 2017	да	да	да	да	нет	нет	нет	да	нет	да	да	64
Faura-Garcia et al., 2021	да	да	да	да	да	да	не-ясно	да	нет	не-ясно	да	73
Gaynes et al., 2004	да	да	да	нет	да	да	да	да	нет	не-ясно	да	73
Harris et al., 2019	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	да	да	91

Источник	Критерии по Чек-листу для систематических обзоров											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	% «да»
Newton et al., 2017	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	да	да	91
O'Connor et al., 2013	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	не-ясно	да	82
Runeson et al., 2017	да	да	да	да	да	да	не-ясно	да	нет	не-ясно	да	73
Scudder et al., 2022	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	да	нет	82
Viswanathan et al., 2022	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	не-ясно	нет	73

Примечание: 1 — четкая постановка проблемы обзора; 2 — уместные критерии включения, 3 — уместная стратегия поиска, 4 — достаточные ресурсы для поиска литературы, 5 — уместные критерии оценки исследований, 6 — критическая оценка первоисточников осуществлялась независимо двумя или более исследователями, 7 — применялись методы минимизации ошибок в извлечении данных, 8 — уместные методы комбинирования данных, 9 — оценка вероятности проблемы «архивного ящика», 10 — рекомендации основываются на данных, 11 — уместные направления будущих исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Aromataris E., Fernandez R., Godfrey C., et al.* Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach // *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2015. Vol. 13 (3). P. 132—140. DOI:10.1097/XEB.0000000000000055
2. *Bagge C., Osman A.* The Suicide Probability Scale: Norms and factor structure // *Psychological Reports*. 1998. Vol. 83. P. 637—638. DOI:10.2466/pr0.1998.83.2.637
3. *Beck A.T., Steer R.A.* Beck hopelessness scale manual. San Antonio, TX: Harcourt Brace, 1988. 29 p.
4. *Bernert R.A., Hom M.A., Roberts L.W.* A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice // *Academic Psychiatry*. 2014. Vol. 38. P. 585—592. DOI:10.1007/s40596-014-0180-1
5. *Brent D.A., Grupp-Phelan J., O'Shea B.A., et al.* A comparison of self-reported risk and protective factors and the death implicit association test in the prediction of future suicide attempts in adolescent emergency department patients // *Psychological Medicine*. 2021. Vol. 53 (1). P. 123—131. DOI:10.1017/S0033291721001215
6. Centers for Disease Control and Prevention. Facts About Suicide. April 6, 2023 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html> (дата обращения: 01.05.2023).
7. *Cervantes P.E., Seag D.E., Baroni A., et al.* Universal suicide risk screening for youths in the emergency department: a systematic review // *Psychiatric Services*. 2022. Vol. 73 (1). P. 53—63. DOI:10.1176/appi.ps.202000881

8. Cull J.G., Gill W.S. Manual for the Suicide Probability Scale. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1992. 67 p.
9. Czyz E.K., Horwitz A.G., King C.A. Self-rated expectations of suicidal behavior predict future suicide attempts among adolescent and young adult psychiatric emergency patients // *Depression and Anxiety*. 2016. Vol. 33 (6). P. 512—519. DOI:10.1002/da.22514
10. Erford B.T., Jackson J., Bardhoshi G., et al. Selecting suicide ideation assessment instruments: A meta-analytic review // *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2018. Vol. 51 (1). P. 42—59. DOI:10.1080/07481756.2017.1358062
11. Faura-Garcia J., Orue I., Calvete E. Clinical assessment of non-suicidal self-injury: A systematic review of instruments // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021. Vol. 28 (4). P. 739—765. DOI:10.1002/cpp.2537
12. Gaynes B.N., West S.L., Ford C., et al. Screening for Suicide Risk: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2004. 32 p.
13. Harris I.M., Beese S., Moore D. Predicting future self-harm or suicide in adolescents: a systematic review of risk assessment scales/tools // *BMJ Open*. 2019. Vol. 9. P. e029311. DOI:10.1136/bmjopen-2019-029311
14. Horowitz L.M., Bridge J.A., Teach S.J., et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department // *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2012. Vol. 166. P. 1170—1176. DOI:10.1001/archpediatrics.2012.1276
15. Horowitz L.M., Wang P.S., Gerald P., et al. Detecting suicide risk in a pediatric ED: Development of a brief screening tool // *Pediatrics*. 2001. Vol. 107. P. 1133—1137. DOI:10.1542/peds.107.5.1133
16. King C.A., Berona J., Czyz E., et al. Identifying adolescents at highly elevated risk for suicidal behavior in the emergency department // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2015. Vol. 25 (2). P. 100—108. DOI:10.1089/cap.2014.0049
17. King C.A., Brent D., Grupp-Phelan J., et al. Prospective development and validation of the computerized adaptive screen for suicidal youth // *JAMA Psychiatry*. 2021. Vol. 78. P. 540—549. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.4576
18. Munn Z., Stern C., Aromataris E. et al. What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences // *BMC Medical Research Methodology*. 2018. Vol. 18 (5). P. 5. DOI:10.1186/s12874-017-0468-4
19. Newton A.S., Soleimani A., Kirkland S.W., et al. A systematic review of instruments to identify mental health and substance use problems among children in the emergency department // *Academic Emergency Medicine*. 2017. Vol. 24 (5). P. 552—568. DOI:10.1111/acem.13162
20. Nock M.K., Banaji M.R. Assessment of self-injurious thoughts using a behavioral test // *American Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 164. P. 820—823. DOI:10.1176/ajp.2007.164.5.820
21. Nock M.K., Holmberg E.B., Photos V.I., et al. The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample // *Psychological Assessment*. 2007. Vol. 19 (3). P. 309—317. DOI:10.1037/1040-3590.19.3.309

22. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T., et al. Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior // *Psychological Science*. 2010. Vol. 21 (4). P. 511—517. DOI:10.1177/0956797610364762
23. O'Connor E., Gaynes B.N., Burda B.U., et al. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the US Preventive Services Task Force // *Annals of Internal Medicine*. 2013. Vol. 158 (10). P. 741—754. DOI:10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642
24. Ougrin D., Boege I. Brief report: the self harm questionnaire: a new tool designed to improve identification of self harm in adolescents // *Journal of Adolescence*. 2013. Vol. 36 (1). P. 221—225. DOI:10.1016/j.adolescence.2012.09.006
25. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews // *BMJ*. 2021. Vol. 372. DOI:10.1136/bmj.n71
26. Posner K., Brown G.K., Stanley B., 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. P. 1266—1277. DOI:10.1176/appi.ajp.2011.10111704
27. Poznanski E.O., Mokros H.B. Children's depression rating scale—revised (CDRS-R). Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1996. 78 p.
28. Quinlivan L., Cooper J., Davies L., et al. Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy // *BMJ Open*. 2016. Vol. 6. P. e009297. DOI:10.1136/bmjopen-2015-009297
29. Reynolds W.M. Reynolds Suicidal Ideation Questionnaire: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988. 47 p.
30. Rowe S.L., French R.S., Henderson C., et al. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: a systematic review // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 48 (12). P. 1083—1095. DOI:10.1177/0004867414555718
31. Runeson B., Odeberg J., Pettersson A., et al. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence // *PLoS ONE*. 2017. Vol. 12 (7). P. e0180292. DOI:10.1371/journal.pone.0180292
32. Rutman M., Shenassa E., Becker B. Brief screening for adolescent depressive symptoms in the emergency department // *Academic Emergency Medicine*. 2008. Vol. 15 (1). P. 17—22. DOI:10.1111/j.1553-2712.2007.00002.x
33. Scudder A., Rosin R., Nelson B.B., et al. Suicide screening tools for pediatric emergency department patients: a systematic review // *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. P. 916731. DOI:10.3389/fpsy.2022.916731
34. Shaffer D., Scott M., Wilcox H., et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 43 (1). P. 71—79. DOI:10.1097/00004583-200401000-00016
35. Smith V., Devane D., Begley C.M., et al. Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions // *BMC Medical Research Methodology*. 2011. Vol. 11. P. 15. DOI:10.1186/1471-2288-11-15
36. Thompson E.A., Eggert L.L. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts // *Journal of the American*

Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1999. Vol. 38. P. 1506—1514. DOI:10.1097/00004583-199912000-00011

37. Viswanathan M., Wallace I.F., Cook Middleton J., et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force // *JAMA*. 2022. Vol. 328 (15). P. 1543—1556. DOI:10.1001/jama.2022.16310
38. Woodford R., Spittal M.J., Milner A., et al. Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019. Vol. 49 (1). P. 23—40. DOI:10.1111/sltb.12395

REFERENCES

1. Aromataris E., Fernandez R., Godfrey C., et al. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2015. Vol. 13 (3), pp. 132—140. DOI:10.1097/XEB.0000000000000055
2. Bagge C., Osman A. The Suicide Probability Scale: Norms and factor structure. *Psychological Reports*, 1998. Vol. 83, pp. 637—638. DOI:10.2466/pr0.1998.83.2.637
3. Beck A.T., Steer R.A. Beck hopelessness scale manual. San Antonio, TX: Harcourt Brace, 1988. 29 p.
4. Bernert R.A., Hom M.A., Roberts L.W. A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. *Academic Psychiatry*, 2014. Vol. 38, pp. 585—592. DOI:10.1007/s40596-014-0180-1
5. Brent D.A., Grupp-Phelan J., O’Shea B.A., et al. A comparison of self-reported risk and protective factors and the death implicit association test in the prediction of future suicide attempts in adolescent emergency department patients. *Psychological Medicine*, 2021. Vol. 53 (1), pp. 123—131. DOI:10.1017/S0033291721001215
6. Centers for Disease Control and Prevention. Facts About Suicide. April 6, 2023 [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html> (Accessed 01.05.2023).
7. Cervantes P.E., Seag D.E., Baroni A., et al. Universal suicide risk screening for youths in the emergency department: a systematic review. *Psychiatric Services*, 2022. Vol. 73 (1), pp. 53—63. DOI:10.1176/appi.ps.202000881
8. Cull J.G., Gill W.S. Manual for the Suicide Probability Scale. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1992. 67 p.
9. Czyz E.K., Horwitz A.G., King C.A. Self-rated expectations of suicidal behavior predict future suicide attempts among adolescent and young adult psychiatric emergency patients. *Depression and Anxiety*, 2016. Vol. 33 (6), pp. 512—519. DOI:10.1002/da.22514
10. Erford B.T., Jackson J., Bardhoshi G., et al. Selecting suicide ideation assessment instruments: A meta-analytic review. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 2018. Vol. 51 (1), pp. 42—59. DOI:10.1080/07481756.2017.1358062

11. Faura-Garcia J., Orue I., Calvete E. Clinical assessment of non-suicidal self-injury: A systematic review of instruments. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2021. Vol. 28 (4), pp. 739—765. DOI:10.1002/cpp.2537
12. Gaynes B.N., West S.L., Ford C., et al. Screening for Suicide Risk: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2004. 32 p.
13. Harris I.M., Beese S., Moore D. Predicting future self-harm or suicide in adolescents: a systematic review of risk assessment scales/tools. *BMJ Open*, 2019. Vol. 9, p. e029311. DOI:10.1136/bmjopen-2019-029311
14. Horowitz L.M., Bridge J.A., Teach S.J., et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2012. Vol. 166, pp. 1170—1176. DOI:10.1001/archpediatrics.2012.1276
15. Horowitz L.M., Wang P.S., Gerald P., et al. Detecting suicide risk in a pediatric ED: Development of a brief screening tool. *Pediatrics*, 2001. Vol. 107, pp. 1133—1137. DOI:10.1542/peds.107.5.1133
16. King C.A., Berona J., Czyz E., et al. Identifying adolescents at highly elevated risk for suicidal behavior in the emergency department. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2015. Vol. 25 (2), pp. 100—108. DOI:10.1089/cap.2014.0049
17. King C.A., Brent D., Grupp-Phelan J., et al. Prospective development and validation of the computerized adaptive screen for suicidal youth. *JAMA Psychiatry*, 2021. Vol. 78, pp. 540—549. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.4576
18. Munn Z., Stern C., Aromataris E. et al. What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Medical Research Methodology*, 2018. Vol. 18 (5), p. 5. DOI:10.1186/s12874-017-0468-4
19. Newton A.S., Soleimani A., Kirkland S.W., et al. A systematic review of instruments to identify mental health and substance use problems among children in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 2017. Vol. 24 (5), pp. 552—568. DOI:10.1111/acem.13162
20. Nock M.K., Banaji M.R. Assessment of self-injurious thoughts using a behavioral test. *American Journal of Psychiatry*, 2007. Vol. 164, pp. 820—823. DOI:10.1176/ajp.2007.164.5.820
21. Nock M.K., Holmberg E.B., Photos V.I., et al. The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 2007. Vol. 19 (3), pp. 309—317. DOI:10.1037/1040-3590.19.3.309
22. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T., et al. Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychological Science*, 2010. Vol. 21 (4), pp. 511—517. DOI:10.1177/0956797610364762
23. O'Connor E., Gaynes B.N., Burda B.U., et al. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2013. Vol. 158 (10), pp. 741—754. DOI:10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642
24. Ougrin D., Boege I. Brief report: the self harm questionnaire: a new tool designed to improve identification of self harm in adolescents. *Journal of Adolescence*, 2013. Vol. 36 (1), pp. 221—225. DOI:10.1016/j.adolescence.2012.09.006

25. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 2021. Vol. 372. DOI:10.1136/bmj.n71
26. Posner K., Brown G.K., Stanley B., 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, pp. 1266—1277. DOI:10.1176/appi.ajp.2011.10111704
27. Poznanski E.O., Mokros H.B. Children's depression rating scale—revised (CDRS-R). Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1996. 78 p.
28. Quinlivan L., Cooper J., Davies L., et al. Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. *BMJ Open*, 2016. Vol. 6, p. e009297. DOI:10.1136/bmjopen-2015-009297
29. Reynolds W.M. Reynolds Suicidal Ideation Questionnaire: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988. 47 p.
30. Rowe S.L., French R.S., Henderson C., et al. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: a systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2014. Vol. 48 (12), pp. 1083—1095. DOI:10.1177/0004867414555718
31. Runeson B., Odeberg J., Pettersson A., et al. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE*, 2017. Vol. 12 (7), p. e0180292. DOI:10.1371/journal.pone.0180292
32. Rutman M., Shenassa E., Becker B. Brief screening for adolescent depressive symptoms in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 2008. Vol. 15 (1), pp. 17—22. DOI:10.1111/j.1553-2712.2007.00002.x
33. Scudder A., Rosin R., Nelson B.B., et al. Suicide screening tools for pediatric emergency department patients: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 2022. Vol. 13, p. 916731. DOI:10.3389/fpsy.2022.916731
34. Shaffer D., Scott M., Wilcox H., et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004. Vol. 43 (1), pp. 71—79. DOI:10.1097/00004583-200401000-00016
35. Smith V., Devane D., Begley C.M., et al. Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 2011. Vol. 11, p. 15. DOI:10.1186/1471-2288-11-15
36. Thompson E.A., Eggert L.L. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999. Vol. 38, pp. 1506—1514. DOI:10.1097/00004583-199912000-00011
37. Viswanathan M., Wallace I.F., Cook Middleton J., et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 2022. Vol. 328 (15), pp. 1543—1556. DOI:10.1001/jama.2022.16310
38. Woodford R., Spittal M.J., Milner A., et al. Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2019. Vol. 49 (1), pp. 23—40. DOI:10.1111/sltb.1239

Информация об авторах

Разваляева Анна Юрьевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории познавательных процессов и математической психологии, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-3411>, e-mail: anngraz@rambler.ru

Польская Наталия Анатольевна, доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); ведущий научный сотрудник, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>, e-mail: polskayana@yandex.ru

Басова Анна Яновна, кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной работе Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»); доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5001-8554>, e-mail: dr.anna.basova@gmail.com

Information about the authors

Anna Yu. Razvaliaeva, PhD in Psychology, Researcher, Laboratory of Cognitive Processes and Mathematical Psychology, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-3411>, e-mail: anngraz@rambler.ru

Natalia A. Polskaya, Doctor of Psychology, Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow State University of Psychology & Education; Leading Researcher, Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>, e-mail: polskayana@yandex.ru

Anna Y. Basova, MD, Cand. Sci. (Med.), Deputy Director for Research of the Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva; Associate Professor of the Chair of Psychiatry and Medical Psychology, Pirogov Russian National Research Medical University, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5001-8554>, e-mail: dr.anna.basova@gmail.com

Получена 03.05.2023

Received 03.05.2023

Принята в печать 01.06.2023

Accepted 01.06.2023

К ВОПРОСУ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ — РЕАЛИИ СКОРОПОМОЩНОГО СТАЦИОНАРА

В.И. БЫКОВА

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: 0000-0003-4473-499X, e-mail: valentina.bykova.vb@yandex.ru

Ю.П. ПОЛУХИНА

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: 0000-0003-0949-0432, e-mail: julia.poluxina.4857@yandex.ru

Е.А. ЛЬВОВА

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: 0000-0002-6551-7305, e-mail: lvova@doctor-roshal.ru

Е.В. ФУФАЕВА

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: 0000-0002-7556-0745, e-mail: ekaterina.v.fufaeva@yandex.ru

С.А. ВАЛИУЛЛИНА

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: 0000-0002-1622-0169, e-mail: vsa64@mail.ru

Актуальность. Тема суицидального поведения у подростков является одной из самых тревожащих и сложных. В данном исследовании поставлена **цель** —

обратить внимание на проблему суицидального поведения у подростков в современной российской реальности. **Материалы и методы.** Анализ случаев тяжелых травм вследствие суицидального поведения детей-подростков, проведенный в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ Москвы, выявил их значительный прирост за последние годы. За период с 2016 по 2023 г. в НИИ НДХиТ проходили лечение 58 детей после суицидальных попыток. Все дети — подростки (11—17 лет). **Результаты.** Отмечен не только повышенный суицидальный риск у детей 14—16-летнего возраста, но и гендерные особенности данной популяции. Также выделено две группы причинности данного поведения: психопатологические процессы и аффективные, импульсивные реакции. Обобщение данных по Институту позволило выявить увеличение количества психопатологических предрасположенностей в детском возрасте за последние годы. Увеличение количества случаев суицидального поведения у подростков и преобладание психопатологических процессов, как фактора риска, заставляет более внимательно относиться к причинности суицидальных тенденций и их профилактике. Приведенные в статье данные являются предварительными и не полными, так как не охватывают случаи, которые не привели к тяжелым соматическим последствиям.

Ключевые слова: подростки, тяжелые соматические травмы, суицидальное поведение, факторы причинности.

Для цитаты: *Быкова В.И., Полухина Ю.П., Львова Е.А., Фуфаева Е.В., Валиуллина С.А.* К вопросу о суицидальном поведении подростков — реалии скоромошного стационара // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 68—83. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310203>

TO THE QUESTION OF SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS — REALITIES OF AN EMERGENCY HOSPITAL

VALENTINA I. BYKOVA

Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery
and Trauma, Moscow, Russia

ORCID: 0000-0003-4473-499X,

e-mail: valentina.bykova.vb@yandex.ru

YLIYA P. POLUKHINA

Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery
and Trauma, Moscow, Russia

ORCID: 0000-0003-0949-0432,

e-mail: julia.poluxina.4857@yandex.ru

EKATERINA A. LVOVA

Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery
and Trauma, Moscow, Russia
ORCID: 0000-0002-6551-7305,
e-mail: lvova.katerina@gmail.com

EKATERINA V. FUFÆVA

Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery
and Trauma, Moscow, Russia
ORCID: 0000-0002-7556-0745,
e-mail: k.fufaeva@gmail.com

SVETLANA A. VALIULLINA

Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery
and Trauma, Moscow, Russia
ORCID: 0000-0002-1622-0169,
e-mail: VSA64@mail.ru

Relevance. The issue of suicidal behavior in adolescents is one of the most disturbing and complex. The present work is **aimed to draw attention** to the problem of suicidal behavior in adolescents in modern Russian reality. **Materials and methods.** While analyzing cases of severe injuries due to suicidal behavior in adolescents who were admitted to the Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST) in Moscow (Russia), the authors stated their significant increase in recent years. In 2016—2023, 58 children after suicidal attempts were hospitalized to CRIEPST. All children were teenagers (11—17 years old). **Results.** The authors not only noted an increased risk of suicide in 14—16 age group of teenagers, but they also noted gender features in this group. Two groups of suicide causation were defined as well: psychopathological processes and affective, impulsive reactions. After summarizing findings obtained in CRIEPST, the researchers have stated an increase in the number of psychopathological predispositions in children in the recent years. An increased number of cases with suicidal behavior in adolescents and predominance of psychopathological processes as risk factors should make adults be more attentive to tendencies in suicide causation and their prevention. The data presented in the article are preliminary and incomplete, as they do not cover cases that did not lead to severe somatic consequences.

Keywords: adolescents, severe somatic trauma, suicidal behavior, causal factors.

For citation: Bykova V.I., Polukhina Yu.P., Lvova E.A., Fufaeva E.V., Valiullina S.A. To The Question of Suicidal Behavior of Adolescents — Realities of an Emergency Hospital. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 68—83. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310203> (In Russ.).

Введение

Сегодня во всем мире тема суицидального поведения стоит очень остро. Например, в развитых странах смертность у молодых людей (15—29 лет) от суицидов находится на втором месте после дорожно-транспортных происшествий, а в США на 10-м [2]. После попыток самоубийства молодые люди умирают в 5—10 % случаев [25].

Россия в 2022 г. в мировом рейтинге заняла девятое место по числу самоубийств (25 случаев на сто тысяч населения). По данным Росстата число самоубийств за 2021 год среди несовершеннолетних составило 375 человек, из которых 254 — подростки 15—17 лет. Число суицидальных попыток среди несовершеннолетних за последние три года увеличилось почти на 13 % (с 3 253 до 3 675 случаев), а число повторных попыток — на 92,5 % (до 362 случаев с 188). По данным СК Российской Федерации за 2021 год по сравнению с 2020 годом число детских самоубийств выросло на 37,4 % (753 случая) [10].

Особую озабоченность в современной научной литературе по суицидальному поведению вызывает детский (подростковый) возраст. Многие авторы отмечают повышенную чувствительность, слабость, «психическую уязвимость» детей, которые во многом связаны с еще несформированными физическими, физиологическими и психическими функциями [4; 5; 12; 16; 23].

Факторами, влияющими на возникновение суицидальной девиации в детском возрасте, являются как семейные отношения, где семья выступает «культурным посредником», формирующим адаптационные возможности ребенка [3; 13; 21; 27], так и социокультурные условия [14; 15; 17; 18; 20]. К социокультурным условиям можно отнести школьную деятельность. Так, например, анализ встречаемости случаев суицидального поведения в течение года выявляет его корреляцию со школьными нагрузками: наибольшее число суицидальных попыток происходит с сентября по апрель (80%), на период сдачи ЕГЭ — 12 %, а на каникулярный — 8% всех случаев [15]. Особую озабоченность вызывает увеличение количества суицидальных попыток в период пандемии, что отмечают зарубежные авторы [24; 26]

Значимо много российских и зарубежных исследовательских работ посвящено «происхождению» или причинам суицидального поведения. Ими могут быть как патологические особенности ребенка, так и аффективные или импульсивные реакции. В случае патологических эндогенных процессов, в частности депрессии, выделяют синдромы, «сцепленные» с суицидальными девиациями (меланхолический, тревожный, дисфорический, апато-динамический) [4; 6; 19; 22]. Переживание подростками не только психологических травм, но и субъективно значи-

мых, непростых для них ситуаций может лечь «...на плодородную почву, которой становится диспозиция — готовность к суицидальной реакции» [7, с. 23]. Подростки оказываются дезадаптивными, неспособными защититься, выдержать напряжение субъективно сложных жизненных обстоятельств, правильно обозначить, воспринять и контейнировать полученный негативный опыт.

Подростковые суицидальные попытки, не окрашенные патологическими процессами, при отсутствии внутренней эндогенности и врожденных способностей к суицидальным наклонностям, тем не менее, могут быть связаны с решением подростков получить при длительном стрессе быстрый результат в отсутствии собственного позитивного опыта [11]. А.Г. Амбрумова предполагает, что дезадаптивное поведение является следствием неспособности молодых людей правильно оценить конечный результат и отсутствие границ между истинной, реальной попыткой суицида и псевдосуицидом (демонстративное аутоагрессивное поведение) [1]. Например, в 80% случаев суицидальные попытки совершаются в условиях возможного или вероятного их предотвращающего (выбор места, времени и пр.), т. е. являются псевдосуицидальными, демонстративными, привлекающими внимание других, близких и взрослых [8; 9].

Специалисты Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой считают, что важно учитывать разницу между суицидальными мыслями (намерения, абстрактные понятия, идеи) и собственно суицидальным поведением, при котором происходит переход к конкретным, непосредственным, рассчитанным действиям [2].

В НИИ детской неотложной хирургии и травматологии ДЗМ (НИИ НДХиТ) госпитализируются дети с сочетанными скелетными и тяжелыми травмами позвоночника и головы. За последние годы среди подростков с тяжелыми сочетанными травмами выросло количество детских травм, полученных вследствие суицидального поведения.

Материалы и методы

Выборка. За период с 2016 по 2023 год в НИИ НДХиТ проходили лечение 58 детей после суицидальных попыток. Все дети — подростки (11—17 лет). Во всей группе после попыток суицида за 8 лет (2016—2023) умер от полученных травм лишь один ребенок (1,7 %).

Цель исследования — проведение клинико-сравнительного анализа гендерных, возрастных особенностей и причин суицидального поведения у подростков с незавершенным суицидом.

Задача исследования — рассмотрение количественных и качественных аспектов суицидального поведения подростков, поступающих в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ для психологической профилактики рецидивов.

Результаты

Анализ показателей в НИИ НДХиТ по случаям травм у подростков вследствие суицидального поведения с 2016 года выявляет прирост к 2021—2022 годам по сравнению с периодом 2016—2018 (рис. 1). Единичный случай 2019 года и отсутствие данных за 2020 год совпадают с периодом коронавирусных ограничений в Москве. Тем не менее, говорить здесь об однозначной корреляции несколько преждевременно.

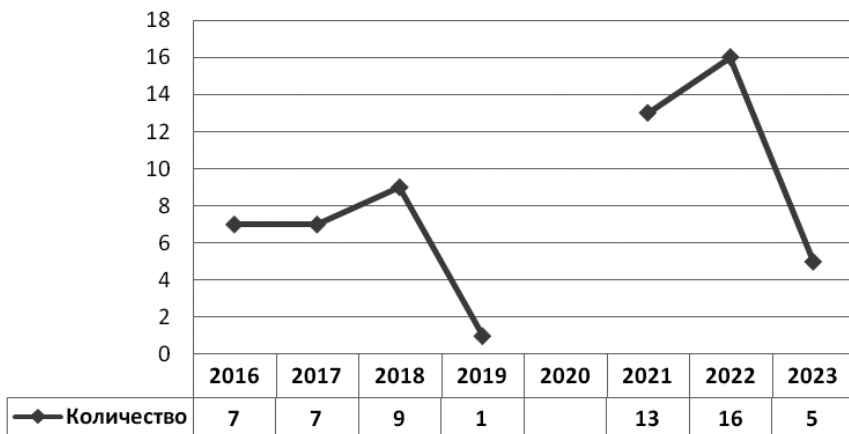


Рис. 1. Общее число подростков после суицидальных попыток, поступивших в НИИ НДХиТ, по годам

За первые два месяца текущего 2023 года (январь, февраль) количество детей после суицидальных попыток, поступивших в НИИ НДХиТ, составило 5 человек (3 мальчика и 2 девочки). С учетом подростков, находящихся в стационаре с конца предыдущего года, одновременно проходили реабилитацию и лечение 9 детей (рис. 2).

Приведенные данные за 2023 год свидетельствуют о преобладании на данный момент группы подростков с психопатологическими расстройствами.

Разделение подростков после суицидальных попыток на две группы (аффективные и импульсивные реакции; депрессия, психопатология)



Рис. 2. Распределение за январь—февраль 2023 г. с учетом причин суицидального поведения

было сделано на основе клинической беседы, включенного наблюдения и по результатам патодиагностических исследований.

Для понимания, с чем связан прирост количества суицидальных попыток у детей в зимние месяцы текущего года (январь, февраль), была проведена сравнительная оценка распределения по 2021—2022 годам (рис. 3).

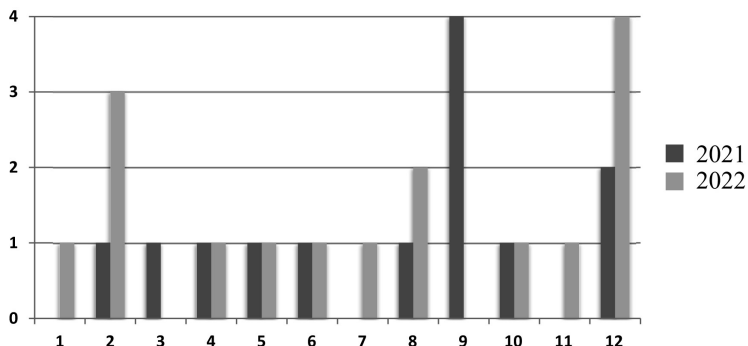


Рис. 3. Количество поступлений детей с суицидальными попытками в НИИ по месяцам в течение 2021—2022 года

Отмечается прирост количества случаев суицида в зимние учебные месяцы (декабрь, февраль) и августе (2022) — сентябре (2021). Полученные данные в некоторой степени совпадают с исследованием Сероштановой Н.В. по распределению в связи со школьной нагрузкой [15].

По всей группе подростков после незавершенных суицидов девочки составляют явное большинство, исключением явились показатели 2023 года, когда процент мальчиков превысил процент девочек (рис. 4). В гистограмме отсутствуют показатели за 2019 и 2020 годы.

При этом корреляционный анализ с помощью критерия хи-квадрат (χ^2) Пирсона не показал статически значимой корреляции между причинами суицида и полом ($r=0,036$; $p>0,05$).

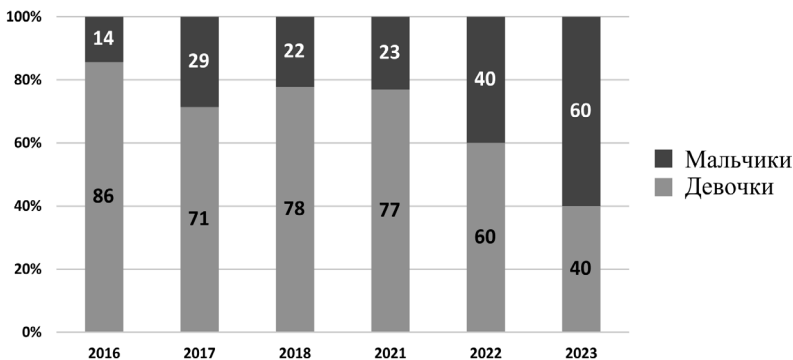


Рис. 4. Гендерное распределение по суицидальным попыткам по годам

Проводимое психологами Института тестирование подростков после незавершенных суицидов позволило выделить две группы (рис. 5). Группа I составила 55%; дети, входившие в эту группу, совершали попытки суицида либо вследствие собственных эмоциональных реакций (аффектов), либо импульсивно — неожиданно и не мотивировано. Такие дети не всегда могли объяснить, по какой причине совершили данное действие и, как следствие, не демонстрировали сожаления или раскаяния. Дети группы II (45%) отличалась психопатологическими особенностями или имели психические отклонения, приведшие к попыткам суицидального характера.

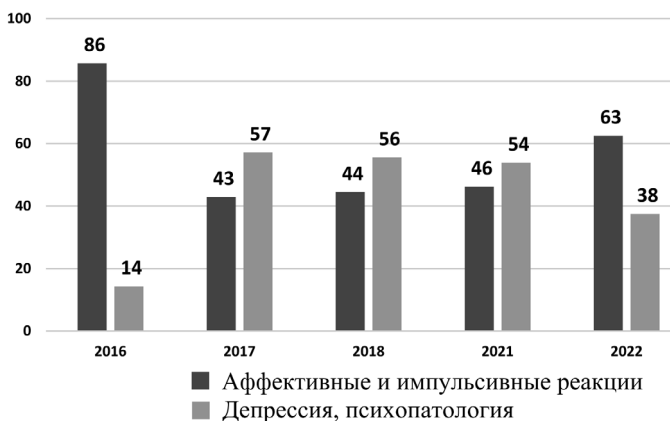


Рис. 5. Распределение с учетом причин суицидального поведения по годам

Как показал анализ данных по обеим группам за весь период исследования, лишь за 2016 и 2022 годы количество детей первой группы (аф-

фективные и импульсивные реакции) превышало количество детей второй группы. За период с 2017 по 2021 год вторая группа (депрессивные и психопатологические проявления) преобладала по численности.

По полученным данным, в общей картине возрастных показателей у подростков пик суицидального поведения отмечен с 14 до 16 лет (рис. 6). Среди 14—15-летнего возраста доминирует вторая группа причинностей (аффективные и импульсивные реакции), а в возрасте 16 лет — первая группа (депрессии и психопатология).



Рис. 6. Распределение групп по возрастам

Обсуждение результатов

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии не является «профильным» учреждением по лечению детей после суицидальных попыток, и выводы на основе сравнительно небольшой выборки не могут претендовать на всеобъемлющие и окончательные. Тем не менее, в Институт поступают дети с тяжелыми травматическими повреждениями вследствие незавершенных суицидов и отмечен неблагоприятный факт, что за последние годы это происходит чаще. Все дети, поступающие в Институт, получают комплексную лечебную, психологическую, психиатрическую и реабилитационную помощь, направленную, с одной стороны, на восстановление физического, соматического статуса ребенка, а с другой — на возвращение его в социально-психологический контекст привычной жизни.

За суицидальным поведением в подростковом возрасте может стоять ряд психологических и психосоциальных причин.

Прежде всего, сам подростковый кризисный возраст предполагает остроту чувствования и ранимость подростков, их желание сепарироваться от родителей. Выявленная максима, «пик» суицидального поведения в 14—16 лет на нашей выборке это подтверждает.

В подростковом возрасте особенно остро встают вопросы дезадаптации и трудностей компенсаторного поведения в психологически значимых и трудных для подростков ситуациях. Дезадаптивность подросткового поведения, импульсивность и аффективность реакций наиболее проявлены, по полученным данным, в возрасте 14—15 лет.

Особую роль в формировании механизмов адаптации в социальной ситуации развития играет семья и школа, а в подростничестве школа и общение со сверстниками начинают иметь доминирующее средовое влияние, поскольку межличностное взаимодействие является ведущей деятельностью возраста.

Нельзя не отметить, что эмоциональные нагрузки в школах, связанные с неадекватно завышенными требованиями и постоянно меняющимися школьными условиями, приводят к невротизации детей. Зачастую требования учебных программ полностью не совпадают с индивидуальным развитием и функциональными возможностями ребенка, не вписываясь в зоны его ближайшего развития (по Л.С. Выготскому). Высокие показатели по количеству случаев суицидального поведения подростков за последние годы (2021—2023) предположительно также могут быть связаны с опытом внедрения системы школьного реформирования: с 2011 года школы начали работать по ФГОС для 1—4-х классов, а в 2012 году произошел переход на новые стандарты основной школы (5—9-е классы).

Не менее важным фактором, влияющим на общий уровень невротизации детской популяции, является частая смена требований и изменения в учебном процессе (появление новых или отмены экзаменов, резкое, а не постепенное изменение уровня экзаменационных требований и пр.). Современную школу можно охарактеризовать тезисом: «Год на год не похож».

Особую озабоченность вызывают факты увеличения числа подростков, которые имеют психопатологические особенности (рис. 5). Часто данные черты детей не замечаются или игнорируются родителями, а система общего инклюзивного образования неэффективно учитывает особенности таких детей, требующие индивидуального подхода в достаточно больших и заполненных классах.

Еще одной проблемой в системе образования явилось значительное сокращение штата школьных психологов, которые, конечно же, не решились бы проблему суицидального поведения подростков, но могли хотя бы вовремя диагностировать, сопровождать и поддерживать в социальной адаптации такого ребенка.

Выводы

Таким образом, приведенные данные по НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ по увеличению детского травматизма вследствие суицидального поведения позволили отметить повышенный риск такого поведения у детей 14—16-летнего детского возраста, обнаружить гендерные особенности суицидального поведения, выделить две группы причинности, выявить увеличение количества психопатологических предрасположенностей в детской популяции за последние годы. Прирост случаев суицидального поведения у подростков и преобладание психопатологических процессов заставляют более внимательно относиться к причинности суицидальных тенденций и их профилактике.

Подчеркнем еще раз, что приведенные данные являются предварительными, не полными и, в некоторой степени, «частными», так как не охватывают случаи, не приведшие к тяжелым соматическим последствиям. Данное исследование призвано заострить проблему суицидального поведения у подростков в современной российской реальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Актуальные проблемы суицидологии. М.: 1978, с. 6—28.
2. Басова А.Я., Северина Ю.В. Суицидальное поведение детей и подростков: от мыслей к поведению // Московская медицина. 2019. № 6 (34). С. 16.
3. Выготский Л.С. Психология развития человека / Л.С. Выготский. М.: Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.
4. Колодина М.И., Марусева А.А., Эсатова Э.С., Шурыгина Д.А., Примышева Е.Н. Суицидальное поведение, как следствие аффективных расстройств у детей и подростков // Colloquium-Journal. 2020. № 35 (87). С. 45—49. DOI:10.24412/2520-2480-2020-3587-45-49
5. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. М.: издательский дом «Практическая медицина», 2011. 432 с.
6. Кулакова С.В., Новиков А.В., Кротова Д.Н. Детерминанты суицидального поведения // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019. Том 8. № 2 А. С. 139—146.
7. Куликов А.В. Суицидальное поведение детей и подростков при эндогенных заболеваниях // Психиатрия. 2013. № 4 (60). С. 22—26.
8. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1977. 126 с.
9. Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Сомкина О.Ю. Характеристика детских и подростковых суицидов [Электронный ресурс] // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2016. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-detskih-i-podrostkovyh-suitsidov> (дата обращения: 24.11.2020).

10. *Львова-Белова М.* В России выросло число детских суицидов и их попыток [Электронный ресурс] // 2023. URL: <https://www.rbc.ru/society/07/07/2022/62c594289a7947eесе23ead6> (дата обращения: 24.11.2020).
11. *Попов Ю.В., Бруг А.В.* Аддиктивное суицидальное поведение подростков // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2005. № 1. С. 24—26.
12. *Попов Ю.В., Пичиков А.А.* Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2011. № 4. С. 48.
13. *Разварина И.Н., Кондакова Н.А.* Семья как социальный институт развития личности ребенка в подростковом и юношеском возрасте [Электронный ресурс] // *Проблемы развития территории.* 2014. № 6 (74). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/semya-kak-sotsialnyy-institutrazvitiya-lichnosti-rebenka-v-podrostkovom-i-yunosheskom-voznage> (дата обращения: 24.11.2020).
14. *Самаль К.С.* Влияние социальных сетей на суицидальное поведение детей и подростков // *Евразийское научное объединение.* 2019. № 11 (57). С. 412—414.
15. *Сероштанова Н.В.* Профилактика суицидального поведения детей и подростков в образовательных организациях: всероссийский мониторинг // *Образование личности.* 2015. № 4. С. 24—30.
16. *Солдатова Г.У., Илюхина С.Н.* Аутодеструктивный онлайн-контент: особенности оценки и реагирования подростков и молодежи // *Консультативная психология и психотерапия.* 2021. Том 29. № 1. С. 66—91. DOI:10.17759/cpp.2021290105
17. *Холмогорова А.Б.* Предисловие главного редактора // *Консультативная психология и психотерапия.* 2020. Том 28. № 1. С. 5—7. DOI:10.17759/cpp.2020280101
18. *Холмогорова А.Б.* Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // *Консультативная психология и психотерапия.* 2016. Том 24. № 3. С. 144—163. DOI:10.17759/cpp.20162403009
19. *Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Корх М.П., Рахманина А.А., Быкова М.С.* Деадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением // *Консультативная психология и психотерапия.* 2020. Том 28. № 1. С. 63—86. DOI:10.17759/cpp.2020280105
20. *Цыренов В.Ц.* Суицидальное поведение детей и подростков в условиях социокультурных трансформаций // *Новое в психолого-педагогических исследованиях.* 2018. № 4 (52). С. 81—85.
21. *Эйдемиллер Э.Г., Юстискус В.В.* Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 1999. 394 с.
22. *Benton T. D., Muhrer E., Jones J. D., Lewis J.* Dysregulation and Suicide in Children and Adolescents // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 2021. № 30 (2). P. 389—399. DOI:10.1016/j.chc.2020.10.008
23. *Geoffroy M., Orri M., Girard A., Perret L., Turecki G.* Trajectories of suicide attempts from early adolescence to emerging adulthood: Prospective 11-year follow-up of a Canadian cohort // *Psychological Medicine.* (2021). №51(11). P. 1933—1943. DOI:10.1017/S0033291720000732

24. Manzar M.D., Albougami A., Usman N., Mamun M.A. Suicide among adolescents and youths during the COVID-19 pandemic lockdowns: A press media reports-based exploratory study // *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2021. № 34 (2). P. 139–146. DOI:10.1111/jcap.12313
25. Moutier C. Suicidal Behavior [Электронный ресурс] // MSD Manual Professional Edition. 2013. URL: <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/suicidal-behavior-and-self-injury/suicidal-behavior> (дата обращения: 06.03.2023)
26. Philip B.V. Escalating Suicide Rates Among School Children During COVID-19 Pandemic and Lockdown Period: An Alarming Psychosocial Issue // *Indian J Psychol Med*. 2021. № 43(1). P. 92–93. DOI:10.1177/0253717620982514
27. Rodway C., Tham S., Ibrahim S., Turnbull P., Kapur N., Appleby L. Children and young people who die by suicide: Childhood-related antecedents, gender differences and service contact // *BJPsych Open*. 2020. № 6 (3). P. 49. DOI:10.1192/bjo.2020.33

REFERENCES

1. Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Suitsid kak fenomen sotsial'no-psikhologicheskoi dezadaptatsii lichnosti [Suicide as a phenomenon of socio-psychological maladjustment of personality]. Aktual'nye problemy suitsidologii [Actual problems of suicidology]. Moscow: B. i., 1978. pp. 6–28.
2. Basova A.Ya., Severina Yu.V. Suitsidal'noe povedenie detei i podrostkov: ot myslei k povedeniyu [Suicidal behavior of children and adolescents: from thoughts to behavior]. *Moskovskaya meditsina = Moscow medicine*, 2019. № 6 (34). 16 p. (In Russ.).
3. Vygotskii L. S. Psikhologiya razvitiya cheloveka [Psychology of human development]. Moscow: Publ. Smysl; Eksmo, 2005. 1136 p. (Biblioteka vseмирnoi psikhologii [Library of World Psychology]).
4. Kolodina M.I., Maruseva A.A., Esatova E.S., Shurygina D.A., Primysheva E.N. Suitsidal'noe povedenie, kak sledstvie affektivnykh rasstroistv u detei i podrostkov [Suicidal behavior as a consequence of affective disorders in children and adolescents]. *Colloquium-Journal*, 2020. № 35 (87). pp. 45–49. DOI:10.24412/2520-2480-2020-3587-45-49. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Krasnov V.N. Rasstroistva affektivnogo spektra [Affective spectrum disorders]. Moscow: IZDATEL'SKII DOM "PRAKTICHESKAYA MEDITSINA" [PUBLISHING HOUSE "PRACTICAL MEDICINE"], 2011. 432 p.
6. Kulakova S.V., Novikov A.V., Krotova D.N. Determinanty suitsidal'nogo povedeniya [Determinants of suicidal behavior]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya = Psychology. Historical and critical reviews and modern research*, 2019. Vol. 8. № 2A. pp. 139–146. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Kulikov A.V. Suitsidal'noe povedenie detei i podrostkov pri endogennykh zabolevaniyakh [Suicidal behavior of children and adolescents with endogenous diseases]. *Psikhiatriya = Psychiatry*, 2013. № 4 (60). pp. 22–26. (In Russ.).
8. Lichko A.E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov [Psychopathies and character accentuations in adolescents] Leningrad: Meditsina, 1977. 126 p.
9. Lukashuk A.V., Filippova M.D., Somkina O.Yu. Kharakteristika detskikh i podrostkovykh suitsidov [Characteristics of child and adolescent suicides] [Elektronnyi resurs]. *Ros. med.-biol. vestn. im. akad. I.P. Pavlova = I.P. Pavlov Russian Medical*

- Biological Herald*, 2016. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-detskikh-i-podrostkovykh-suitsidov> (Accessed: 11.24.2020). (In Russ.).
10. L'vova-Belova M. V Rossii vyroslo chislo detskikh suitsidov i ikh popytok [The number of child suicides and their attempts has increased in Russia] [Elektronnyi resurs]. 2023. URL: <https://www.rbc.ru/society/07/07/2022/62c594289a7947eece23ead6>
 11. Popov Yu.V., Brug A.V. Addiktivnoe suitsidal'noe povedenie podrostkov [Addictive suicidal behavior of adolescents]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva = Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2005. № 1. pp. 24—26. (In Russ.).
 12. Popov Yu.V., Pichikov A.A. Osobennosti suitsidal'nogo povedeniya u podrostkov (obzor literatury) [Features of suicidal behavior in adolescents (literature review)]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva = Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2011. № 4. pp. 4—8. (In Russ., abstr. in Engl.).
 13. Razvarina I.N., Kondakova N.A. Sem'ya kak sotsial'nyi institut razvitiya lichnosti rebenka v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Family as a social institution for the development of a child's personality in adolescence and youth] [Elektronnyi resurs]. *Problemy razvitiya territorii = Problems of territory development*, 2014. № 6 (74). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/semya-kak-sotsialnyy-institutrazvitiya-lichnosti-rebenka-v-podrostkovom-i-yunosheskom-vozraste> (Accessed: 24.11.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).
 14. Samal' K.S. Vliyaniye sotsial'nykh setei na suitsidal'noe povedenie detei i podrostkov [The influence of social networks on suicidal behavior of children and adolescents]. *Evroziiskoe Nauchnoye Ob"edinenie = Eurasian Scientific Association*, 2019. № 11 (57). pp. 412—414. (In Russ., abstr. in Engl.).
 15. Seroshtanov N.V. Profilaktika suitsidal'nogo povedeniya detei i podrostkov v obrazovatel'nykh organizatsiyakh: vsrossiiskii monitoring [Prevention of suicidal behavior of children and adolescents in educational organizations: All-Russian monitoring]. *Obrazovanie lichnosti = Education of personality*, 2015. № 4. pp. 24—30. (In Russ., abstr. in Engl.).
 16. Soldatova G.U., Ilyukhina S.N. Autodestruktivnyi onlain-kontent: osobennosti otsenki i reagirovaniya podrostkov i molodezhi [Self-Destructive Online Content: Features of Attitude and Response of Adolescents and Youth]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 1, pp. 66—91. DOI:10.17759/cpp.2021290105 (In Russ., abstr. in Engl.).
 17. Kholmogorova A.B. Predislovie glavnogo redaktora [From the Editor]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 5—7. DOI:10.17759/cpp.2020280101. (In Russ., abstr. in Engl.).
 18. Kholmogorova A.B. Suitsidal'noe povedenie: teoreticheskaya model' i praktika pomoshchi v kognitivno-bikheviornoi terapii [Suicidal Behavior: A Theoretical Model and Practice of Assistance in Cognitive Behavioral Therapy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Consultative Psychology and Psychotherapy*, 2016. Vol. 24. № 3. pp. 144—163. DOI:10.17759/cpp.20162403009 (In Russ., abstr. in Engl.).
 19. Kholmogorova A.B., Subotich M.I., Korkh M.P., Rakhmanina A.A., Bykova M.S. Dezadaptivnye lichnostnye cherty i psikhopatologicheskaya simptomatika u lits s pervoi popytkoi suitsida i khronicheskim suitsidal'nym povedeniem [Maladaptive

- Personality Traits and Psychopathological Symptoms in Individuals with the First Suicidal Attempt and with Chronic Suicidal Behavior]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 63—86. DOI:10.17759/cpp.2020280105. (In Russ., abstr. in Engl.)
20. Tsyrenov V.Ts. Suitsidal'noe povedenie detei i podrostkov v usloviyakh sotsiokul'turnykh transformatsii [Suicidal behavior of children and adolescents in the conditions of sociocultural transformations]. *Novoe v psikhologo-pedagogicheskikh issledovaniyakh = New in psychological and pedagogical research*, 2018. № 4 (52), pp. 81—85. (In Russ., abstr. in Engl.)
 21. Eidemiller E.G. Yustiskis V.V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i [Psychology and psychotherapy of the family]. St. Petersburg: Piter, 1999. 394 p.
 22. Benton T.D., Muhrer E., Jones J.D., Lewis J. Dysregulation and Suicide in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2021. №30 (2). pp. 389—399. DOI:10.1016/j.chc.2020.10.008
 23. Geoffroy M., Orri M., Girard A., Perret L., Turecki G. Trajectories of suicide attempts from early adolescence to emerging adulthood: Prospective 11-year follow-up of a Canadian cohort. *Psychological Medicine*, 2021. №51(11). pp. 1933—1943. DOI:10.1017/S0033291720000732
 24. Manzar M.D., Albougami A., Usman N., Mamun M.A. Suicide among adolescents and youths during the COVID-19 pandemic lockdowns: A press media reports-based exploratory study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2021. № 34(2). pp. 139—146. DOI:10.1111/jcap.12313
 25. Moutier S. Suicidal Behavior [Elektronnyi resurs]. MSD Manual Professional Edition. 2013. URL: <https://www.msmanuals.com/profes-sional/psychiatric-disorders/suicidal-behavior-and-self-injury/suicidal-behavior> (Accessed: 6.03.2023)
 26. Philip B.V. Escalating Suicide Rates Among School Children During COVID-19 Pandemic and Lockdown Period: An Alarming Psychosocial Issue. *Indian J Psychol Med*, 2021. №43(1). pp. 92—93. DOI:10.1177/0253717620982514
 27. Rodway C., Tham S., Ibrahim S., Turnbull P., Kapur N., Appleby L. Children and young people who die by suicide: Childhood-related antecedents, gender differences and service contact. *BJPsych Open*, 2020. № 6 (3). 49 p. DOI:10.1192/bjo.2020.33

Информация об авторах

Быкова Валентина Игоревна, кандидат психологических наук, медицинский психолог высшей категории отделения психолого-педагогической помощи отдела реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4473-499X>, e-mail: valentina.bykova.vb@yandex.ru

Полухина Юлия Павловна, медицинский психолог, отдел Реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0949-0432>, e-mail: julia.poluxina.4857@yandex.ru

Львова Екатерина Алексеевна, медицинский психолог, отдел Реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6551-7305>, e-mail: lvova@doctor-roshal.ru

Фуфаева Екатерина Валерьевна, заведующая отделения психолого-педагогической помощи, медицинский психолог высшей категории, отдел Реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7556-0745>, e-mail: ekaterina.v.fufaeva@yandex.ru

Валиуллина Светлана Альбертовна, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела Реабилитации, Первый заместитель директора, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1622-0169>, e-mail: VSA64@mail.ru

Information about the authors

Valentina I. Bykova, PhD (Psychology), Clinical Psychologist of the Highest Category, Senior Scientist of Psycho-pedagogical Assistance Unit at the Rehabilitation Department at Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4473-499X>, e-mail: valentina.bykova.vb@yandex.ru

Julia P. Polukhina, Clinical Psychologist, Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0949-0432>, e-mail: julia.poluxina.4857@yandex.ru

Lvova Ekaterina Alekseevna, Clinical Psychologist, Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6551-7305>, e-mail: lvova@doctor-roshal.ru

Ekaterina V. Fufaeva, Head of the Department of Psychological and Pedagogical Assistance, Clinical Psychologist of the Highest Category of the Rehabilitation Department at Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7556-0745>, e-mail: ekaterina.v.fufaeva@yandex.ru

Svetlana A. Valiullina, Doctor of Medicine, Professor, Chief Freelance Children's Rehabilitation Therapist of Moscow, Head of the Department of Rehabilitation, Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1622-0169>, e-mail: VSA64@mail.ru

Получена 31.03.2023

Принята в печать 20.05.2023

Received 31.03.2023

Accepted 20.05.2023

СУИЦИДАЛЬНЫЕ РИСКИ ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

М.Е. БЛОХ

Санкт-Петербургский государственный университет
(ФГБОУ ВО СПбГУ), Научно-исследовательский институт
акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта
(ФГБНУ «НИИАГиР им. Д.О. Отта»),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8609-6936>,
e-mail: blohme@list.ru

И.В. ГРАНДИЛЕВСКАЯ

Санкт-Петербургский государственный университет
(ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9672-5133>,
e-mail: grandira@inbox.ru

С.С. САВЕНЫШЕВА

Санкт-Петербургский государственный университет
(ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7529-1493>,
e-mail: owlsveta@mail.ru

В.О. АНИКИНА

Санкт-Петербургский государственный университет
(ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0028-6806>,
e-mail: v.anikina@spbu.ru

В статье представлен обзор современных исследований, посвященных суицидальному риску у женщин во время беременности и в течение первого года после рождения ребенка. **Цель:** проанализировать факторы суицидального риска во время беременности и после родов с точки зрения биопсихосоци-

ального подхода. **Результаты.** Уровень распространенности суицидальных мыслей и действий у женщин в дородовый и послеродовый периоды, по данным разных авторов, составляет от 4% до 30%. К биологическим факторам суицидального риска относятся: наличие психических расстройств, перинатальных потерь, некоторых соматических заболеваний. Среди социально-психологических факторов выделяют насилие со стороны интимного партнера и неблагоприятный детский опыт. К социально-демографическим факторам относятся: низкий социально-экономический статус, иммиграция, употребление психоактивных веществ, отсутствие брачных отношений, молодой возраст, третий триместр беременности. **Вывод.** Беременность и послеродовый период женщины являются потенциально травматичными. Описанные в обзоре биологические и социально-психологические факторы суицидального риска диктуют необходимость выявления женщин из группы риска, имеющих психопатологию, хронические заболевания, межличностные трудности, особенно в сочетании с несколькими стрессовыми жизненными событиями.

Ключевые слова: суицид, суицидальный риск, депрессия, беременность, послеродовый период, перинатальный период.

Для цитаты: Блох М.Е., Грандильевская И.В., Савеньшьева С.С., Аникина В.О. Суицидальные риски женщин во время беременности и после родов // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 84—98. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310204>

SUICIDAL RISKS OF WOMEN DURING PREGNANCY AND AFTER DELIVERY

MARIIA E. BLOKH

Saint Petersburg State University; Dr D.O. Ott Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Reproduction, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8609-6936>,
e-mail: blohme@list.ru

IRINA V. GRANDILEVSKAYA

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9672-5133>,
e-mail: grandira@inbox.ru

SVETLANA S. SAVENYSHEVA

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7529-1493>,
e-mail: owlsveta@mail.ru

VARVARA O. ANIKINA

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0028-6806>,

e-mail: v.anikina@spbu.ru

The article contains the review of studies on the suicidal risks of women during pregnancy and after childbirth. **Aim.** The analyze suicidal risk factors of women during pregnancy and after delivery in the context of bio-socio-psychological approach.

Results. The prevalence of suicidal ideas and actions of women in the prenatal and postnatal periods according to different studies is 4% to 30%. Biological factors of suicidal risk are mental health problems, a number of somatic problems, perinatal loss. Among socio-psychological factors are violence form an intimate partner and adverse childhood experience. Socio-demographic factors include low socio-economic status, immigration, substance use, lack of marital relationships, woman's younger age, third trimester. **Conclusion.** Pregnancy and the postpartum period of a woman are potentially traumatic. The described biological and socio-psychological risk factors dictate the need to identify women form risk groups, i.e. having mental health problems, chronic illnesses, interpersonal difficulties, especially combined with several stressful life events.

Keywords: suicide, suicidal risk, depression, pregnancy, postpartum, perinatal period.

For citation: Blokh M.E., Grandilevskaya I.V., Savenysheva S.S., Anikina V.O. Suicidal Risks of Women During Pregnancy and after Delivery. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 84–98. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310204> (In Russ.).

Введение

Перинатальный период включает в себя беременность, роды и первый год жизни ребенка и считается критическим, потенциально травматичным, требующим активации адаптационных механизмов женщины к физиологическим и социально-психологическим изменениям. По многочисленным данным отечественных и зарубежных исследований, переживаемые стрессы во время беременности могут иметь как негативные последствия для протекания беременности, родов, так и долгосрочные неблагоприятные эффекты для потомства. У женщин с высоким уровнем тревоги и депрессивными переживаниями во время беременности чаще встречаются осложненное течение беременности, преждевременные и/или осложненные роды, низкий вес ребенка при рождении. Эмоциональное состояние женщины во время беременности и после родов сказывается на темпераментных особенностях и эмоциональном состоянии ребенка, его психомоторном и когнитивном развитии; на воз-

никновении эмоциональных и поведенческих проблем у детей в раннем и дошкольном возрасте, развитии отношений привязанности в диаде мать—дитя [3; 6; 7]. Наиболее трагичными последствиями нарушений эмоционального состояния женщины является суицид матери или расширенный суицид со смертью и матери, и ребенка.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно совершается около 800 000 самоубийств [29]. Несмотря на то, что распространенность самоубийств среди женщин в перинатальный период ниже, чем в общей популяции, исследования показывают, что оно совершается более насильственными методами [14; 23], что указывает на высокий умысел и высокую вероятность смерти от самоубийства. Khalifeh Н. и др. [17] сообщили, что из числа самоубийств среди женщин, обращавшихся в психиатрические службы, от 2 до 4% приходилось на женщин в перинатальном периоде. Некоторые исследования указывают на частоту самоубийств и суицидальных попыток у 4—15% среди женщин в этот период [24], в то время как другие сообщают даже о 30% в западных странах [16]. Bright А. и др. показали, что, по результатам конфиденциальных расследований материнской смертности и заболеваемости в Великобритании и Ирландии за 2014—2018 годы, самоубийство матери является ведущей причиной ее смерти в течение до одного года после рождения ребенка [12]. Все эти данные свидетельствуют о существовании серьезной проблемы общественного здравоохранения в сфере родовспоможения и раннего детства и подчеркивают необходимость раннего выявления и вмешательства среди женщин, подверженных риску в этот период.

Специфика суицидальности в перинатальный период

Психический статус беременной женщины значительно отличается от ее состояния в остальные периоды жизни. В частности, тревогу в период беременности испытывают 14% женщин, тогда как после рождения ребенка — только 5%. У беременных чаще встречаются признаки посттравматического стрессового расстройства (6,5—8,1%) по сравнению с небеременными женщинами (4,6%) [3]. Кроме того, депрессивные переживания во время беременности являются предиктором до 40% послеродовых депрессивных эпизодов, распространенность которых, по различным источникам, варьируется от 0,5% до 60% [12].

Риск суицидальности (весь спектр намерений от суицидальных мыслей о самоповреждении до суицидальных попыток и фактического самоубийства) в перинатальный период значительно повышен среди женщин с депрессией, а самоубийство у них является второй или ведущей причиной смерти [10; 18; 23].

Исследование, охватывающее около 6,5 млн беременных и женщин в послеродовом периоде показало, что распространенность суицидальности во время беременности более чем в три раза превышает таковую в течение первого года после родов (680 на 100000 и 210 на 100000 соответственно) [25].

Хотя общие показатели суицидальных попыток и совершенных суицидов во всем мире ниже среди женщин в перинатальном периоде, чем среди женского населения в целом, суицидальные мысли у беременных встречаются чаще, чем среди населения в целом [8; 27]. Систематический обзор 57 исследований показал, что частота суицидальных мыслей во время беременности составляет от 2,3% до 2,7% [20], Голенков А.В. и др. пишут о распространенности перинатальных суицидальных мыслей от 5 до 14% [5]. Суицидальные мысли — это продромальное состояние, когда человек обдумывает или планирует свою смерть в результате самоубийства. Поэтому крайне важно выявить тех, кто подвержен риску суицидальных мыслей, чтобы предложить поддержку и вмешательство до того, как самоубийство будет совершено.

Факторы суицидального риска в перинатальный период

Большинство исследователей выделяют такой фактор суицидального риска во время беременности и в послеродовой период, как наличие психопатологии, как в настоящем, так и в анамнезе. К таким психопатологическим состояниям относятся антенатальная депрессия, биполярное расстройство и любое текущее тревожное расстройство, депрессия и суицидальные наклонности в анамнезе [9; 15; 20; 21], генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство и социальное тревожное расстройство [5]; наличие предменструального синдрома, предменструального дисфорического расстройства, депрессивного синдрома беременных [6]. Важно учитывать, что депрессия во время беременности является значимым предиктором развития родительского стресса [1].

К фактору риска суицидальности также относится и соматическое состояние женщины. Результаты обзора 51 исследования, опубликованных в период с 2015 по 2022 гг. с общим числом участников 45 273 показали, что риск суицидальных мыслей и суицидального поведения во время беременности увеличивается в связи с наличием таких заболеваний, как мигрень, туберкулез, гипертония, ВИЧ и нарушения сна. Обнаружено, что беременные женщины с бессонницей и ночным когнитивным гипервозбуждением в сравнении с беременными без нарушений сна страдали от более высоких показателей депрессии (35,6% и 1,2% соответственно) и суицидальных идей (17,3% и 4,9% соответственно)

[10]. Стигматизирующие переживания в связи с ВИЧ, чувство стыда и возможная или реальная заболеваемость новорожденных также усиливают негативное эмоциональное состояние женщины.

Выявлена связь суицидального риска и нарушения отношений матери и ребенка. Redinger S. с соавторами обнаружили, что ненадежный стиль привязанности в диаде, чувства гнева и отторжения по отношению к ребенку связаны с мыслями о причинении себе вреда [26]. Zhang, L. и др., в свою очередь, указывают, что ненадежный стиль привязанности с высокой тревогой и избеганием повышает восприимчивость к суицидальным мыслям; они считают, что такие женщины в целом более чувствительны к различным изменениям во время беременности и после родов, им трудно устанавливать удовлетворительные отношения в связи с противоречивыми чувствами к другим, сомнениями в себе, страхом отвержения, покинутости и потери, наличием неадаптивных стратегий преодоления [30].

Предыдущая перинатальная потеря может быть еще одним возможным фактором риска перинатального суицида [10]. В обзоре 41 статьи, посвященной суицидальности в перинатальный период, авторы выделяют связь выкидыша с суицидальными мыслями, объясняя ее особенностями осложненного переживания горя при выкидыше в связи с неприятием обществом переживаний женщины, их «бесправности» и, как следствие, частым подавлением эмоций, что приводит к психической уязвимости и длительным депрессивным переживаниям [12]; в другом исследовании утверждается, что суицидальность значимо коррелирует ($\beta = 0,169$; $p < 0,01$) с наличием аборта в анамнезе [20].

Травматические события жизни связаны с увеличением суицидального риска. В частности, насилие, имевшее место за шесть месяцев до беременности ассоциировано с 2,4-кратным увеличением риска материнского суицидального поведения, словесные оскорбления увеличивают риск в 4,2 раза, насилие со стороны интимного партнера во время беременности связано с 9,37-кратным увеличением суицидального поведения [5]. Мета-анализ 19 исследований среди 12 920 участников, изучающих взаимосвязь между переживанием негативных событий во взрослом возрасте и суицидальными мыслями или поведением в перинатальный период, выделил насилие со стороны интимного партнера (физическое, эмоциональное, сексуальное) фактором риска, увеличивающим частоту намерений о причинение себе вреда в 2–4 раза [10]. Также обнаружена положительная связь между распространенностью суицидальных мыслей у женщины в перинатальный период и количеством случаев жестокого обращения с ней в детстве [31]. Интересны результаты исследования среди 628 матерей с послеродовой депрессией, которые показали, что именно физическое насилие в анамнезе

оказало существенное влияние на частоту мыслей о членовредительстве, но не сексуальное насилие [28]. При этом исследование в Эфиопии среди 988 женщин в послеродовом периоде продемонстрировало связь суицидального поведения и наличия изнасилования в анамнезе [11]. Возможно, подобные расхождения обусловлены различием методологической базы исследований. Также с идеями причинения себе вреда в перинатальный период коррелирует такой неблагоприятный детский опыт, как смерть родителей, психические заболевания родителей и развод [13].

Среди социально-демографических показателей фактором риска суицидальности в перинатальный период выделяют безработицу, иммиграцию [20], низкий уровень жизни и дохода, отсутствие брачных отношений, употребление психоактивных веществ и алкоголя [4], низкий уровень образования, который в 2,9 раза увеличивает риск суицидальности во время беременности [5]. Некоторые исследователи выделяют связь суицидальных мыслей с более молодым возрастом, наряду с многоплодием и более выраженными депрессивными симптомами. Например, среди женщин с послеродовой депрессией, госпитализированных вместе со своими детьми в больницу, более молодые женщины имели большее количество суицидальных попыток [19]. Исследование беременных женщин в Канаде показало, что уровень самоубийств был самым высоким в третьем триместре по сравнению с другими триместрами [30].

Ряд авторов также выделяют антисуицидальные факторы. Например, социальная поддержка рассматривается как фактор устойчивости в стрессовой ситуации. В 13 исследованиях среди 7752 женщин в перинатальном периоде было обнаружено снижение суицидальных мыслей при увеличении социальной поддержки со стороны значимого другого [22]. Другое исследование 3310 беременных женщин показало, что наличие социальной поддержки на ранних сроках беременности коррелирует с более низкой частотой симптомов депрессии через 6 недель после родов [2]. Zhang, L. с соавт. считают, что нахождение в стационаре во время беременности и родов может быть антисуицидальным фактором в случае, если госпитальная среда дает беременным женщинам больше безопасности в период важных жизненных изменений, что, в свою очередь, приводит к более низкому уровню суицидальных мыслей [30]. Некоторые авторы отмечают, что само наличие маленького ребенка является важным антисуицидальным фактором для женщины, в связи с этим беременные женщины имеют в три раза более низкий риск самоубийства, чем не беременные женщины детородного возраста [4]. Интересен результат, представленный Legazpi, P. и соавт. о том, что использование вспомогательных репродуктивных технологий оказалось защитным

фактором от суицидальных мыслей ($\beta = -0,100$; $p < 0,05$), при этом сами авторы предполагают, что этот результат может быть связан с проведением диагностики на ранних сроках беременности [20].

Заключение

Проведенный обзор научных исследований показал значительный уровень распространенности суицидальности (суицидальных мыслей и действий) у женщин во время беременности и после родов, а также необходимость рассматривать суицидальные риски с точки зрения биопсихосоциального подхода.

К биологическим факторам суицидального риска в перинатальный период в первую очередь относится наличие психических расстройств в настоящем или в анамнезе женщины, что требует повышенного внимания со стороны специалистов в области репродуктивного здоровья и диктует необходимость систематических исследований и внедрения в практику оценки эмоционального состояния женщины. Некоторые соматические заболевания (мигрень, бессонница с когнитивным перевозбуждением, туберкулез, гипертония и ВИЧ), а также выкидыш, аборт в анамнезе женщины коррелируют с повышенным суицидальным риском, что требует усиленного внимания к различным медицинским состояниям беременной; исчерпывающий акушерско-гинекологический анамнез, включающий предыдущие перинатальные потери поможет выделить уязвимые области и спланировать помощь, в том числе дополнительный мониторинг или направление к профильным специалистам.

Некоторые социально-демографические факторы несут риск появления суицидальных мыслей — безработица, иммиграция, низкий уровень образования, низкий уровень жизни и дохода, употребление психоактивных веществ и алкоголя, отсутствие брачных отношений, более молодой возраст матери; также третий триместр беременности, по некоторым данным, является периодом повышенного риска.

Среди социально-психологических факторов, значимо связанных с суицидальными намерениями во время беременности и после родов, выделяют большинство форм домашнего насилия, особо отмечая насилие со стороны интимного партнера. Не только насилие в настоящем, но и неблагоприятный детский опыт, в частности жестокое обращение, ненадежный стиль привязанности негативно сказываются на эмоциональном статусе женщины в перинатальный период и характеристиках взаимодействия матери со своим ребенком. Поскольку роды сами по себе являются стрессовым событием, крайне важно выявлять женщин группы риска, особенно женщин с несколькими стрессовыми жизнен-

ными событиями в сочетании с имеющейся психопатологией, межличностными трудностями, хроническими заболеваниями.

Также в большинстве рассмотренных исследований было установлено, что высокая социальная поддержка является фактором устойчивости к суицидальному риску в перинатальный период. При этом важно обращать внимание не только на объективные критерии поддержки, но и на субъективное восприятие женщиной помощи со стороны окружения, так как субъективная составляющая зачастую оказывается важнее для психологического благополучия.

К сожалению, на сегодняшний день не существует конкретных научно обоснованных руководств по профилактике самоубийств и суицидальных мыслей среди женщин в перинатальный период. Ни во время беременности, ни после родов не проводятся систематические обследования психического здоровья, и если медицинские работники и интересуются расстройствами настроения, употреблением психоактивных веществ/алкоголя, наличием тревоги, они редко спрашивают о суицидальных мыслях. Даже при подозрении на депрессивное расстройство в основном используется Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS), в которой только один из вопросов касается мыслей о нанесении себе вреда. Следовательно, суицидальный риск может быть не распознан. Разработка скрининговых диагностических программ для женщин в перинатальный период для оценки суицидального риска может сыграть жизненно важную роль в предотвращении депрессии и риска самоубийства в послеродовой период. При этом, учитывая значительную долю женщин с суицидальными мыслями и идеями, но состояние которых не соответствует клиническим порогам депрессии, а также тот факт, что предрасположенность к суицидальному поведению может не зависеть от депрессивных расстройств, требуются инновационные подходы для улучшения скрининга и выявления суицидальных мыслей до и после родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникина В.О., Блох М.Е., Савеньшева С.С. Эмоциональное состояние женщин, использующих вспомогательные репродуктивные технологии: обзор современных зарубежных исследований // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. Том 8. № 6. С. 54.
2. Арндт И.Г., Петров Ю.А., Чеботарева Ю.Ю., Тарасова А.Ю. Современные вопросы перинатальной и послеродовой психологии [Электронный ресурс] // Главный врач Юга России. 2022. № 4 (85). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-voprosy-perinatalnoy-i-poslerodovoy-psiologii> (дата обращения: 09.04.2023).
3. Блох М.Е., Аникина В.О., Савеньшева С.С. Стресс беременных и особенности протекания родов на фоне пандемии COVID-19 // Журнал акушерства и женских болезней. 2021. Том 70. № 6. С. 25—32. DOI:10.17816/JOWD72326

4. *Васильев В.В.* Суицидальное поведение женщин (обзор литературы) [Электронный ресурс] // Суицидология. 2012. № 1 (6). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/suitsidalnoe-povedenie-zhenschin-obzor-literatury> (дата обращения: 09.04.2023).
5. *Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Филоненко А.В.* Суицидальная опасность послеродовой депрессии // Академический журнал Западной Сибири. 2021. Том 17. № 1(90). С. 32—36.
6. *Кошавцев А.Г., Гречаный С.В.* Инфантицидные тенденции у женщин с депрессиями, связанными с репродуктивным циклом // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022. Том 22. № 2. С. 44—50.
7. *Литвинов А.В., Горобец Л.Н.* Перинатальные и постнатальные проблемы у беременных: эпидемиология, этиопатогенетические механизмы психических расстройств и их влияние на состояние плода и будущего ребенка // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2022. № 2. С. 65—73. DOI:10.26269/45qs-tv79
8. *Стрельникова Ю.Ю.* Гендерный аспект психологических факторов риска суицидального поведения // Российский девиантологический журнал. 2022. № 2 (4). С. 428—437. DOI:10.35750/2713-0622-2022-4-428-437.
9. *Чеботарева Ю.Ю., Арндт И.Г., Петров Ю.А.* Психоэмоциональные нарушения в послеродовом периоде // Тезисы XVI Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии» (Сочи, 07—10 сентября 2022 года). — М.: StatusPraesens, 2022. С. 80—81.
10. *Arditi-Arbel B., Hamdan S., Winterman M., Gvion Y.* Suicidal ideation and behavior among perinatal women and their association with sleep disturbances, medical conditions, and known risk factors // *Frontiers in psychiatry*. 2022. Vol. 13. P. e987673. DOI:10.3389/fpsy.2022.987673
11. *Belete H., Misgan E.* Suicidal behaviour in postnatal mothers in northwestern Ethiopia: a cross-sectional study // *BMJ open*. 2019. Vol. 9. № 9. P. e027449. DOI:10.1136/bmjopen-2018-027449
12. *Bright A.M., Doody O., Tuohy T.* Women with perinatal suicidal ideation-A scoping review of the biopsychosocial risk factors to inform health service provision and research // *Plos one*. 2022. Vol. 17. №. 9. P. e0274862. DOI:10.1371/journal.pone.0274862
13. *Doi S., Fujiwara T.* Combined effect of adverse childhood experiences and young age on self-harm ideation among postpartum women in Japan // *Journal of Affective disorders*. 2019. Vol. 253. P. 410—418. DOI:10.1016/j.jad.2019.04.079
14. *Esscher A., Essen B., Innala E., et al.* Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007 // *The British Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 208. № 5. P. 462—469. DOI:10.1192/bjp.bp.114.161711
15. *Gelaye B., Kajeepeta S., Williams M. A.* Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review // *Archives of women's mental health*. 2016. Vol. 19. P. 741—751. DOI:10.1007/s00737-016-0646-0
16. *Gentile S.* Suicidal mothers // *Journal of injury & violence research*. 2011. Vol. 3. № 2. P. 90—97. DOI:10.5249/jivr.v3i2.98

17. Khalifeh H., Hunt I. M., Appleby L., Howard L.M. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry // *The Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3. № 3. P. 233—242. DOI:10.1016/S2215-0366(16)00003-1
18. Klonsky E.D., May A.M., Saffer B.Y. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation // *Annual review of clinical psychology*. 2016. Vol. 12. P. 307—330. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
19. Lee Y.L., Tien Y., Bai Y.S., et al. Association of postpartum depression with maternal suicide: a nationwide population-based study // *International journal of environmental research and public health*. 2022. Vol. 19. № 9. P. 5118. DOI:10.3390/ijerph19095118
20. Legazpi P.C.C., Rodriguez-Muñoz M.F., Le H.N., et al. Suicidal ideation: prevalence and risk factors during pregnancy // *Midwifery*. 2022. Vol. 106. P. 103226. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103226
21. O'Connor A., Geraghty S., Doleman G., De Leo A. Suicidal ideation in the perinatal period: A systematic review // *Mental Health & Prevention*. 2018. Vol. 12. P. 67—75. DOI:10.1016/j.mhp.2018.10.002
22. Onah M., Field S., Bantjes J., Honikman S. Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity // *Archives of women's mental health*. 2017. Vol. 20. P. 321—331. DOI:10.1007/s00737-016-0706-5
23. Orsolini L., Valchera A., Vecchiotti R., et al. Suicide during perinatal period: epidemiology, risk factors, and clinical correlates // *Frontiers in psychiatry*. 2016. Vol. 7. P. 138. DOI:10.3389/fpsy.2016.00138
24. Paris R., Bolton R.E., Weinberg M.K. Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions // *Archives of Women's Mental Health*. 2009. Vol. 12. P. 309—321. DOI: 10.1007/s00737-009-0105-2
25. Rao W.W., Yang Y., Ma T.J., et al. Worldwide prevalence of suicide attempt in pregnant and postpartum women: a meta-analysis of observational studies // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2021. Vol. 56. P. 711—720. DOI:10.1007/s00127-020-01975-w
26. Redinger S., Pearson R.M., Houle B., Norris S.A., Rochat T.J. Thoughts of self-harm in early and late pregnancy in urban South Africa: Investigating prevalence, predictors and screening options // *South African Medical Journal*. 2021. Vol. 111. № 7. P. 627—634. DOI:10.7196/SAMJ.2021.v111i7.15058
27. Rodriguez V., Mandell L., Babayigit S., et al. Correlates of suicidal ideation during pregnancy and postpartum among women living with HIV in rural South Africa // *AIDS and Behavior*. 2018. Vol. 22. P. 3188—3197. DOI:10.1007/s10461-018-2153-y
28. Sit D., Luther J., Buysse D., Dills J.L., et al. Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety // *Journal of psychiatric research*. 2015. Vol. 66. P. 95—104. DOI:10.1016/j.jpsychires.2015.04.021
29. *World Health Organization*. Preventing suicide: A resource for media professionals // *World Health Organization*. 2017. № WHO/MSD/MER/17.5.
30. Zhang L., Yang Y., Li M., et al. The prevalence of suicide ideation and predictive factors among pregnant women in the third trimester // *BMC pregnancy and childbirth*. 2022. Vol. 22. № 1. P. 1—7. DOI:10.1186/s12884-022-04590-6

31. Zhong Q.Y., Wells A., Rondon M.B., et al. Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women // American journal of obstetrics and gynecology. 2016. Vol. 215. № 4. P. 501.e1—501.e8. DOI:10.1016/j.ajog.2016.04.052

REFERENCES

1. Anikina V.O., Blokh M.E., Savenysheva S.ЫЫS. Emotsional'noe sostoyanie zhenshchin, ispol'zuyushchikh vspomogatel'nye reproduktivnye tekhnologii: obzor sovremennykh zarubezhnykh issledovaniy [The emotional state of women using assisted reproductive technologies: a review of modern foreign studies]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya = World of Science. Pedagogy and Psychology*, 2020. Vol. 8., no. 6, pp. 54. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Arndt I.G., Petrov Yu.A., Chebotareva Yu.Yu., Tarasova A.Yu. Sovremennye voprosy perinatal'noi i poslerodovoi psikhologii [Modern issues of perinatal and postpartum psychology] [Elektronnyi resurs]. *Glavnyi vrach Yuga Rossii = Chief Physician of the South of Russia*, 2022, no. 4 (85). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-voprosy-perinatalnoy-i-poslerodovoy-psihologii> (Accessed 09.04.2023). (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Blokh M.E., Anikina V.O., Savenysheva S.S. Stress beremennykh i osobennosti protokaniya rodov na fone pandemii COVID-19 [Stress in pregnant women and childbirth amid the COVID-19 pandemic]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei = Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, 2021. Vol. 70, no. 6, pp. 25—32. DOI:10.17816/JOWD72326. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Vasiliev V.V. Suitsidal'noe povedenie zhenshchin (obzor literatury) [Suicidal behavior of women (literature review)] [Elektronnyi resurs]. *Suitsidologiya = Suicidology*, 2012, no. 1 (6). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/suitsidalnoe-povedenie-zhenshchin-obzor-literatury> (Accessed 09.04.2023). (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Golenkov A.V., Filonenko V.A., Sergeeva A.I., Filonenko A.V. Suitsidal'naya opasnost' poslerodovoi depressii [The suicidal danger of postpartum depression]. *Akademicheskii zhurnal Zapadnoi Sibiri = Academic Journal of Western Siberia*, 2021. Vol. 17, no. 1(90), pp. 32—36. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Koshchavtcev A.G., Grechany S.V. Infatitsidnye tendentsii u zhenshchin s depressiyami, svyazannymi s reproduktivnym tsiklom [Infatidical trends in women with postpartum depression]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov = Mental health issues in children and adolescents*, 2022. Vol. 22, no. 2, pp. 44—50. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Litvinov A.V., Gorobets L.N. Perinatal'nye i postnatal'nye problemy u beremennykh: epidemiologiya, etiopatogeneticheskie mekhanizmy psikhicheskikh rasstroistv i ikh vliyanie na sostoyanie ploda i budushchego rebenka [Perinatal and postnatal problems in pregnant women: epidemiology, etiopathogenetic mechanisms of psychic disorders and their impact at the fetus and future child]. *Kremlevskaja medicina. Klinicheskij vestnik = Kremlin Medicine Journal*, 2022, no. 2, pp. 65—73. DOI 10.26269/45qs-tv79. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Strelnikova Yu.Yu. Gendernyi aspekt psikhologicheskikh faktorov riska suitsidal'nogo povedeniya [The gender aspect of psychological risk factors for suicidal behavior]. *Rossiiskii deviantologicheskii zhurnal = Russian journal of deviant*

- behavior, 2022, no. 2(4), pp. 428—437. DOI:10.35750/2713-0622-2022-4-428-437. (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Chebotareva, Yu.Yu., Arndt I.G., Petrov Yu.A. Psikhoemotsional'nye narusheniya v poslerodovom periode [Psycho-emotional disorders in the postpartum period]. Tezisy XVI Obshcherossiiskogo seminarra «Reproduktivnyi potentsial Rossii: versii i kontraversii» i IX Obshcherossiiskoi konferentsii «FLORES VITAE. Kontraversii neonatal'noi meditsiny i pediatrii», Sochi, 07—10 sentyabrya 2022 goda [Abstracts of the XVI All-Russian Seminar “The Reproductive Potential of Russia: Versions and Contraversions” and the IX All-Russian Conference “FLORES VITAE. Contraversions of neonatal medicine and pediatrics”, Sochi, 07-10 September 2022]. Moscow: Publ. StatusPraesens, 2022, pp. 80—81. (In Russ., abstr. in Engl.).
 10. Arditi-Arbel B., Hamdan S., Winterman M., Gvion Y. Suicidal ideation and behavior among perinatal women and their association with sleep disturbances, medical conditions, and known risk factors. *Frontiers in psychiatry*, 2022. Vol. 13, pp. e987673. DOI: 10.3389/fpsy.2022.987673
 11. Belete H., Misgan E. Suicidal behaviour in postnatal mothers in northwestern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ open*, 2019. Vol. 9, no. 9, pp. e027449. DOI:10.1136/bmjopen-2018-027449
 12. Bright A.M., Doody O., Tuohy T. Women with perinatal suicidal ideation-A scoping review of the biopsychosocial risk factors to inform health service provision and research. *Plos one*, 2022. Vol. 17, no. 9, pp. e0274862. DOI:10.1371/journal.pone.0274862
 13. Doi S., Fujiwara T. Combined effect of adverse childhood experiences and young age on self-harm ideation among postpartum women in Japan. *Journal of Affective disorders*, 2019. Vol. 253, pp. 410—418. DOI:10.1016/j.jad.2019.04.079
 14. Esscher A., Essen B., Innala E., et al. Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. *The British Journal of Psychiatry*, 2016. Vol. 208, no. 5, pp. 462—469. DOI:10.1192/bjp.bp.114.161711
 15. Gelaye B., Kajeepeta S., Williams M. A. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Archives of women's mental health*, 2016. Vol. 19, pp. 741—751. DOI:10.1007/s00737-016-0646-0
 16. Gentile S. Suicidal mothers. *Journal of injury & violence research*, 2011. Vol. 3, no. 2, pp. 90—97. DOI:10.5249/jivr.v3i2.98
 17. Khalifeh H., Hunt I. M., Appleby L., Howard L.M. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *The Lancet Psychiatry*, 2016. Vol. 3, no. 3, pp. 233—242. DOI:10.1016/S2215-0366(16)00003-1
 18. Klonsky E.D., May A.M., Saffer B.Y. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology*, 2016. Vol. 12, pp. 307—330. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
 19. Lee Y.L., Tien Y., Bai Y.S., et al. Association of postpartum depression with maternal suicide: a nationwide population-based study. *International journal of environmental research and public health*, 2022. Vol. 19, no. 9, pp. 5118. DOI:10.3390/ijerph19095118
 20. Legazpi P.C.C., Rodríguez-Muñoz M.F., Le H.N., et al. Suicidal ideation: prevalence and risk factors during pregnancy. *Midwifery*, 2022. Vol. 106, pp. 103226. DOI:10.1016/j.midw.2021.103226

21. O'Connor A., Geraghty S., Doleman G., De Leo A. Suicidal ideation in the perinatal period: A systematic review. *Mental Health & Prevention*, 2018. Vol. 12, pp. 67–75. DOI:10.1016/j.mhp.2018.10.002
22. Onah M., Field S., Bantjes J., Honikman S. Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity. *Archives of women's mental health*, 2017. Vol. 20, pp. 321–331. DOI: 10.1007/s00737-016-0706-5
23. Orsolini L., Valchera A., Vecchiotti R., et al. Suicide during perinatal period: epidemiology, risk factors, and clinical correlates. *Frontiers in psychiatry*, 2016. Vol. 7, p. 138. DOI:10.3389/fpsy.2016.00138
24. Paris R., Bolton R.E., Weinberg M.K. Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of Women's Mental Health*, 2009. Vol. 12, pp. 309–321. DOI:10.1007/s00737-009-0105-2
25. Rao W.W., Yang Y., Ma T.J., et al. Worldwide prevalence of suicide attempt in pregnant and postpartum women: a meta-analysis of observational studies. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2021. Vol. 56, pp. 711–720. DOI:10.1007/s00127-020-01975-w
26. Redinger S., Pearson R.M., Houle B., Norris S.A., Rochat T.J. Thoughts of self-harm in early and late pregnancy in urban South Africa: Investigating prevalence, predictors and screening options. *South African Medical Journal*, 2021. Vol. 111, no. 7, pp. 627–634. DOI:10.7196/SAMJ.2021.v111i7.15058
27. Rodriguez V., Mandell L., Babayigit S., et al. Correlates of suicidal ideation during pregnancy and postpartum among women living with HIV in rural South Africa. *AIDS and Behavior*, 2018. Vol. 22, pp. 3188–3197. DOI:10.1007/s10461-018-2153-y
28. Sit D., Luther J., Buysse D., Dills J.L., et al. Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. *Journal of psychiatric research*, 2015. Vol. 66, pp. 95–104. DOI:10.1016/j.jpsychires.2015.04.021
29. World Health Organization. Preventing suicide: A resource for media professionals. *World Health Organization*, 2017, no. WHO/MSD/MER/17.5
30. Zhang L., Yang Y., Li M., et al. The prevalence of suicide ideation and predictive factors among pregnant women in the third trimester. *BMC pregnancy and childbirth*, 2022. Vol. 22, no. 1, pp. 1–7. DOI:10.1186/s12884-022-04590-6
31. Zhong Q.Y., Wells A., Rondon M.B., et al. Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2016. Vol. 215, no. 4, pp. 501.e1501.e8. DOI:10.1016/j.ajog.2016.04.052

Информация об авторах

Блох Мария Евгеньевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), психотерапевт, Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта (ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8609-6936>, e-mail: blohme@list.ru

Грандилевская Ирина Владимировна, кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9672-5134>, e-mail: grandira@inbox.ru

Савеньшева Светлана Станиславовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии развития и дифференциальной психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7529-1493>, e-mail: owlsveta@mail.ru

Аникина Варвара Олеговна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0028-6806>, e-mail: v.anikina@spbu.ru

Information about the authors

Mariia E. Blokh, PhD in Medicine, Associate Professor, Division of Child and Parent Mental Health and Early Intervention, Saint Petersburg State University, psychotherapist, Dr D.O. Ott Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Reproduction, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/http://orcid.org/0000-0001-8609-6936>, e-mail: blohme@list.ru

Irina V. Grandilevskaya, PhD in Psychology, Associate Professor, Division of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9672-5134>, e-mail: grandira@inbox.ru

Svetlana S. Savenysheva, PhD in Psychology, Associate Professor, Division of Developmental psychology and differential psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7529-1493>, e-mail: owlsveta@mail.ru

Varvara O. Anikina, PhD in Psychology, Associate Professor, Division of Child and Parent Mental Health and Early Intervention, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0028-6806>, e-mail: v.anikina@spbu.ru

Получена 29.04.2023

Received 29.04.2023

Принята в печать 01.06.2023

Accepted 01.06.2023

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ СУИЦИДЕНТОВ

Е.В. БОРИСНИК

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>,

e-mail: borisonik-ev@mail.ru

Актуальность. Родственники суицидентов переживают психологический кризис, находятся в группе риска развития симптомов эмоционального неблагополучия. При этом чувство стигматизации может мешать обращению за неформальной поддержкой, что делает особенно важным предоставление психологической помощи этой группе клиентов. **Цель исследования.** Изучение подходов к оказанию психологической помощи родственникам суицидентов и выделение мишеней таких интервенций. **Материалы и методы.** В статье представлен обзор зарубежных исследований эффективности различных форматов помощи семье суицидента. **Результаты.** Существуют разные формы помощи родственникам суицидентов: индивидуальная, групповая и семейная психотерапия. При этом после суицидальной попытки больше исследований посвящено семейной терапии, а после заверченного суицида групповой психотерапии для родственников суицидента. Для семейной терапии суицидального поведения наибольшее развитие на текущий момент получили два подхода: когнитивно-бихевиоральная психотерапия и психотерапия, основанная на привязанности. Мишенями работы с семьей являются: снижение уровня конфликтов и критики, увеличение сплоченности, развитие коммуникативных навыков у родственников и стабилизация эмоционального состояния членов семьи. Включение семьи в терапию суицидента после незавершенной попытки повышает эффективность лечения. Самым распространенным форматом помощи родственникам после заверченного суицида стали группы поддержки. Среди целей работы с горящими выделяют возможность поделиться тяжелыми переживаниями, возвращение ощущения контроля над жизнью, реконструкцию смысла произошедшего, остановку круга руминаций. Исследования показывают эффективность этих вмешательств для проживания горя, снижения эмоциональной лабильности и улучшения социальной адаптации. **Выводы.** Родственники суицидентов

нуждаются в своевременной психологической помощи. Наиболее универсальным подходом к оказанию помощи является когнитивно-бихевиоральная психотерапия, которая имеет программы помощи с доказанной эффективностью, как для родственников после суицидальной попытки, так и после завершённого суицида.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, психотерапия, родственники суицидента.

Для цитаты: Борисоник Е.В. Психологическая помощь родственникам суицидентов // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 99—118. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310205>

PSYCHOLOGICAL HELP FOR FAMILY AFTER SUICIDE

EVGENIYA V. BORISONIK

Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE),
Moscow, Russian Federation

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>,

e-mail: borisonik-ev@mail.ru

Relevance. After suiced family go through a psychological crisis, relatives are at risk of developing symptoms of emotional distress. At the same time, stigmatization can interfere seeking informal help, which makes it important to provide psychological help to this group of clients. **Purpose of the study.** Examine various approaches to providing psychological help to relatives of suicides and highlight the targets of such interventions. **Materials and methods.** The article presents a literature review of foreign studies of the effectiveness of various formats of psychological help for the family of a suicide. **Results.** There are different forms of psychological help for relatives of suicides: individual, group and family psychotherapy. After a suicide attempt, more research are focus on family therapy, and after a completed suicide on group psychotherapy for relatives of a suicide. For family therapy of suicidal behavior, two approaches are the most developot — cognitive-behavioral and attachment-based psychotherapy. The goals of working with the family are to reduce conflict and criticism, increase cohesion, develop communication skills and stabilization of the emotional state of family members. Inclusion of the family in the therapy of patient after suicide attempt increases the effectiveness of treatment. Support groups have become the most popular format for helping relatives after a completed suicide. Among the goals of working with the grieving are opportunity to share difficult feelings, return control over life, reconstruction of the meaning of what happened, and stoping ruminations. Research shows the effectiveness of these interventions for coping with grief, reducing emotional lability and improving social adaptation. **Con-**

clusions. Relatives of suicidal people need opportune psychological help. The most common approach for psychological help is cognitive-behavioral psychotherapy, which has programs with proven effectiveness for both relatives after a suicide attempt and after a completed suicide.

Keywords: suicide, suicide attempt, psychotherapy, suicide survivors, family members.

For citation: Borisonik E.V. Psychological Help for Family after Suicide. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 99—118. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310205> (In Russ.).

В литературе выделяют разные термины для обозначения помощи родственникам суицидентов: в отечественной традиции ее относят к третичной профилактике суицидального поведения, в зарубежной — к поственции. Термин «поственция» приписывают Э. Шнейдману, который впервые использовал его в 1968 году на 1-ой конференции Американской ассоциации суицидологов. Э. Шнейдман определяет поственцию как вмешательства, помогающие горюющим дестигматизировать трагедию самоубийства и поддерживающие процесс исцеления, направленные на уменьшение суицидального риска у горюющих из-за осложненного горя или неразрешенной травмы [1; 27].

Психологическая помощь родственникам после суицидальной попытки

Родственники суицидентов чувствуют стигматизацию, как со стороны своего окружения, так иногда и со стороны профессионалов. Многие больницы и специалисты отказываются работать с пациентами с суицидальным поведением, что воспринимается их близкими как отвержение и приводит к избыточной стигме. При общении с суицидентом они часто чувствуют себя беспомощными и одинокими в попытках решить его трудности [16]. Согласно исследованиям, спустя год после суицидальной попытки у близких сохраняется страх, что родственник может совершить повторную попытку; при этом почти 50% респондентов, принявших участие в опросе, отметили, что они не обсуждали с пациентом эту тему. Также около половины близких суицидента хотели бы получить профессиональную консультацию, желательно вскоре после попытки самоубийства. При этом родственники часто отмечают, что они мало вовлечены в лечение, оказываемое суициденту [17]. Поственцию после суицидальной попытки, в первую очередь, рассматривают как превенцию последующих суицидальных попыток, в контексте помощи

самому суициденту [10]. Результаты лечения в большей степени акцентированы на оценку степени риска суицидального поведения (СП), и меньше внимания уделяется результатам терапии для семьи [20].

Многие принципы, которые перечисляет Г.В. Старшенбаум, для кризисной терапии суицидентов применимы и для помощи родственникам: краткосрочный формат, помощь в изменении позиции в кризисной ситуации, повышение уровня адаптации, актуализация ресурсов. Важно побуждать клиентов к анализу событий и факторов, приведших к текущей кризисной ситуации. Также Г.В. Старшенбаум отмечает пластичность коннотативной сферы суицидента, то же можно сказать и о родственниках и отношениях внутри семьи [4], кризис заставляет задуматься о привычных паттернах поведения и создает мотивацию для их изменения.

Можно выделить несколько форматов помощи близким суицидентов: индивидуальную психотерапию, семейную психотерапию и групповую психотерапию. О важности семейной терапии в организации помощи суицидентам писала еще А.Г. Амбрумова [1]. Конфликты в семье — одна из причин возникновения эмоциональной изоляции, поэтому среди целей терапии важное место занимает развитие навыков эмпатии у родственников, снижение критики и требований по отношению к суициденту. Г.В. Старшенбаум отмечает, что, в свою очередь, и у суицидентов могут быть нереалистичные ожидания в отношении членов своей семьи. Близким сложно соответствовать этим ожиданиям, их соблюдение может приводить к эмоциональному и физическому истощению [4]. Семьи суицидентов, как правило, отличаются высоким уровнем конфликтов и бедными коммуникативными навыками. Мишенями такой терапии могут стать дисфункциональные семейные убеждения, насилие, высокие семейные ожидания и высокий уровень критики. Исследование эффективности семейной терапии для подростков с депрессией и биполярным расстройством, совершивших суицидальную попытку, показало, что группа, получавшая семейную психотерапию, отличалась более низким уровнем выраженности суицидальных мыслей по сравнению с группой, чьи семьи получали только психообразование; также у них реже встречалось суицидальное поведение (интервалы между суицидальными кризисами были больше). По оценкам подростков, семейная психотерапия также снизила количество конфликтов. В исследовании семейная психотерапия проводилась в течение 4 месяцев (12 сессий); при необходимости к психотерапии добавляли медикаментозное лечение, а психобразовательная работа (фокусированная на обеспечении безопасности суицидента) длилась в течение 4 месяцев (всего 6 сессий) [18].

Для семейной терапии суицидального поведения наибольшее развитие на текущий момент получили два подхода — когнитивно-бихевиоральный и психотерапия, основанная на привязанности. При этом наиболее разра-

ботанными в настоящий момент являются программы помощи для семей подростков; в связи с дефицитом подобных программ для родственников взрослых суицидентов можно только предполагать, что аналогичная помощь этой целевой группе была бы так же эффективна [20].

Когнитивно-бихевиоральный подход делает упор на развитие конкретных навыков, которых недостает родственникам суицидентов. Подход отличается структурированностью, предлагает работу в рамках протокола. Типичная структура сессии включает проверку задания с прошлой сессии, выявление проблемных ситуаций, произошедших за неделю, использование уже изученных навыков для работы над ними, представление нового навыка и новое домашнее задание, целью которого является отработка новых навыков. В стандартном протоколе для работы с семьей подростков есть несколько модулей: первый связан с развитием коммуникативных навыков, куда включены навыки активного слушания, умения согласовывать вербальные и невербальные сообщения (избегать двойных посланий) и фокусироваться при обсуждении проблем на конкретных ситуациях и решениях. Второй модуль посвящен кризисным ситуациям и обучению семьи реагировать на опасное поведение подростка. Третий направлен на обучение родителей позитивно подкреплять подростка и друг друга и коррекцию завышенных ожиданий. Четвертый модуль направлен на развитие сплоченности внутри семьи [13].

Существует формат, когда работа с семьей ведется не отдельно, а индивидуальные сессии с суицидентом перемежаются с семейными. В данном случае работа с семьей входит в стандартный протокол КБТ для пациентов с суицидальным риском (КПТ-СП) [5]. Лечение включает 12-недельную кризисную фазу и фазу продолжения в течение 6 месяцев и ориентировано, в первую очередь, на работу с пациентами с депрессией. Кризисная фаза разделяется на начальный, средний и завершающий этапы. На первом этапе (1—3 сессии) протокола лечения для подростков семья может быть задействована в составлении плана безопасности для суицидента, а также в обеспечении более безопасной среды для суицидента (устранение любых потенциально летальных средств в окружении пациента). Психообразование включает в себя объяснение пациенту и родителям природы суицидального поведения, роли депрессии в формировании суицидального поведения. Терапевт также знакомит пациента и его семью с основными принципами и целями КПТ-СП. На среднем этапе (приблизительно сеансы 4—9), после разрешения непосредственного суицидального кризиса, основной областью вмешательства является тренировка поведенческих и/или когнитивных навыков, которая проходит в формате как индивидуальных, так и семейных сессий. Цель семейного вмешательства КПТ-СП сосредоточена на снижении риска повторного суицида путем развития поддержки внутри

семьи; улучшении навыков решения семейных проблем; изменении моделей общения в семье. На завершающем этапе терапии важно обсудить с семьей тревожные сигналы, говорящие о приближении суицидального кризиса или субдепрессивного состояния, подвести итоги терапии, обсудить влияние лечения на остальных членов семьи, стратегии лечения возможных будущих эпизодов, необходимость продолжения лечения после завершения протокола работы с суицидальным поведением. После завершения кризисной фазы формат предполагает еще около 6 сессий на протяжении четырех месяцев, половина из них в случае необходимости может быть проведена с семьей [12].

Структура помощи и мишени в диалектико-поведенческой терапии (ДБТ) соотносится с аналогичной в КБТ. Форматы помощи, как и в КБТ, могут различаться. Семья может быть включена в семейные сессии с подростком или отдельно проходить тренинг навыков в групповом формате с родителями других подростков — программа «Семейные связи» [16]. Также возможен формат, в котором семья как группа проходит тренинг навыков (single-family skills training). Если ни один из этих форматов не возможен, то важна хотя бы одна встреча с семьей для психообразования, возможно посещение ими других групп поддержки. Также программа предполагает возможность телефонного консультирования для членов семей в случае кризисных ситуаций. Снижение эмоциональной уязвимости родителей может не только повысить их приверженность лечению, но и укрепить способность родителей к обучению новым поведенческим навыкам. Поэтому важную роль играет отношение к семье подростка. Вместо обвинения подростка в причинах кризиса важно строить отношения на сотрудничестве. Семейные сеансы обычно назначаются по мере необходимости либо могут быть назначены через равные промежутки времени. Мишенями сеансов для родителей может быть ориентация родителей на ДПТ, в том числе для психообразования; работа над улучшением общения между подростком и членами семьи в случае конфликтов; проведение цепного поведенческого анализа проблемного поведения или преодоления кризиса. ДБТ больший уклон делает именно на поведенческие техники, поэтому важной частью работы является обучение семьи неосознанно не подкреплять проблемное поведение. Терапевт также призывает родителей использовать те же навыки, которым обучают подростка [19].

Диалектико-поведенческая программа «Семейные связи» (family connection) создана для семей лиц, страдающих пограничным расстройством личности, для которых также повышен суицидальный риск. Программа «Семейные связи» проводится в течение 12 недель. Тренинг, включающий психообразование, обучение навыкам совладания со стрессом и коммуникативным навыкам, оказывает эмоциональную

поддержку, а также помогает построить систему поддержки вне группы. По данным самоотчета, программа показала себя эффективной в снижении ощущения бремени и увеличило чувство компетентности, при этом изменений в выраженности симптомов депрессии отмечено не было. Результаты показывают сохранение этих изменений и через три месяца после окончания программы. Бремя снимается, с одной стороны, за счет изменений отношений в семье, с другой стороны, за счет принятия ситуации [16]. Программа ДБТ-А для подростков, состоящая из группового тренинга для родителей в дополнении к тренингу навыков для подростков и телефонных кризисных звонков, показала свою эффективность во многих исследованиях и получила статус доказательной практики [2].

Существует отдельный протокол для работы с подростками SAFETY — ДБТ-ориентированное когнитивно-бихевиоральное лечение. Фокус этого подхода состоит в снижении у подростка чувства бремени и социальной изоляции за счет включения в работу семьи и усиления чувства поддержки и принадлежности. Протокол проводится двумя терапевтами, где первый работает с родителями, а второй с подростком. Каждая сессия проводится параллельно одним терапевтом с родителями, а вторым — с ребенком, после чего проводится совместная семейная консультация для практики новых навыков и совместного решения текущих проблем. Сессии включают в себя анализ цепочки триггеров, приведших к проблемному поведению, выявление факторов-протекторов, оценку последствий проблемного поведения. Программа состоит из следующих блоков: формулирование совладающих мыслей, развитие навыков решения проблем и эмоциональной регуляции, активного слушания и валидации, создания «коробки надежды» и плана безопасности. Лечение обычно устроено по следующей схеме: 1) обеспечение безопасных условий; 2) увеличение времени, проводимого с безопасными людьми, безопасными мыслями и безопасными реакциями на стресс. Базовый курс включает в себя 12 недель, но подчеркивается необходимость последующего наблюдения и терапии [7].

Психотерапия, основанная на привязанности, предполагает несколько подходов: теории привязанности Дж. Боулби, структурной семейной терапии и терапии, сфокусированной на эмоциях. Терапия опирается на транзакционную модель, направленную на изменение качества привязанности подростка к родителю, с целью создания для подростка более безопасных отношений, которые могут поддержать в трудные времена в целом и в кризисы, связанные с суицидальным мышлением и поведением — в частности [15]. Психотерапия, основанная на привязанности, проводится в течение 6 недель с подростками с симптомами депрессии, включает в себя как индивидуальные, так и семейные встречи. Сравнение с Enhanced Usual Care (EUC) (бригадным подходом, состоящим

из вмешательств, проводимых психологом, психиатром и социальным работником, но без участия семьи) показало большее снижение суицидальных мыслей и депрессивных симптомов, также пациенты лучше удерживались в психотерапии [9]. При этом психотерапия, основанная на привязанности, по эффективности в снижении суицидальных мыслей была сопоставима с недирективной семейной поддерживающей терапией (Family Enhanced Non-Directive Supportive Therapy (FE-NST)). Подход также направлен на помощь подросткам с депрессией и предполагает в основном индивидуальную работу. Основное упование подхода — на развитии поддерживающих отношений между подростком и терапевтом. В дополнении к ней (курс продолжительностью от 16 сессий) проводятся 1 совместная сессия и 4 дополнительных занятия для родителей, посвященные оценке риска суицида, психообразованию, поиску ресурсов и поддержке самих родителей, развитию навыков решения проблем. Несмотря на то, что ABFT является процессуально-ориентированной терапией, она предлагает четкую структуру и дорожную карту, чтобы помочь терапевтам быстро справиться с разрывом привязанности, лежащим в основе семейного конфликта. Несколько клинических испытаний и исследований процессов продемонстрировали эмпирическую поддержку модели и предлагаемого ею механизма изменений [6].

Терапия FFT, сфокусированная на семье, имеет 3 блока — психообразовательный, коммуникативный и блок навыков, направленных на решение проблем [18]. Что в целом похоже на набор навыков, предлагаемый в диалектико-поведенческой терапии для самих суицидентов. FFT состоит из 12 часовых сеансов (8 еженедельно, после чего еще 4 раза в две недели.) Результаты показали снижение суицидального риска и повышение семейной сплоченности, уменьшение конфликтов внутри семьи, а также снижение дистресса и чувства бремени у родителей.

Существуют интегративные подходы, которые присоединяют к своей теоретической базе практические навыки из диалектико-поведенческой терапии. Так, например, нарративный подход предполагает интеграцию отдельных навыков из ДБТ-терапии при работе с семьей суицидента (цепной анализ проблемного поведения, навыки осознанности). Терапевт может менять свой подход в зависимости от текущего уровня суицидального риска клиента без необходимости внедрения новой модели [14].

Можно отметить большую схожесть программ между собой в плане формируемых у родственников суицидентов навыков — основной упор делается на коммуникативных навыках и навыках регуляции эмоций. Различие состоит в продолжительности получаемой помощи, ориентации на разные заболевания. Большая часть программ составлена для подросткового возраста. Такая сфокусированность исследований объясняется особой актуальностью вовлечения семья в терапевтический процесс для

эффективной профилактики суицидального поведения у подростков [2]. При этом мало исследовано оказание психологической помощи супружеским парам, а также детям, чьи родители совершили суицид [20].

Психологическая помощь родственникам после завершеного суицида

Многие работы описывают переживания родственников после завершеного суицида, но о работе с таким горем написано намного меньше [10]. Среди целей работы с родственниками в случае завершеного суицида можно выделить облегчение чувства вины и стыда, остановка круга руминаций и самообвинений, выделение возможных причин случившейся трагедии вместе с близкими, ищущими ответ на вопрос «почему», нормализация переживаний и рассказ о процессе горевания [3]. А также более клинически ориентированные цели — уменьшение суицидального риска, снижение выраженности симптомов депрессии, тревоги, посттравматического стрессового расстройства, стресса, снижение риска возникновение патологического горя, снижение ощущения стигматизации [26].

При высокой актуальности такой работы и явной потребности в поддержке, родственники мало обращаются за помощью, что, с одной стороны, связано с небольшим количеством групп, малой информированностью о них, а с другой — стигматизацией и непродуктивными копинг-механизмами членов семьи суицидента, которые препятствуют получению такой помощи. Статистика по обращению за помощью варьируется от исследования к исследованию; но с годами количество людей, обратившихся за помощью, становится больше. Так, в опросе 2010 года только каждый четвертый человек получил помощь, в 2017 году уже три четверти родственников отмечают, что получили поддержку. Также исследования показывают, что групп помощи с годами становится все больше [8; 24]. Попытки суицида чаще совершают лица, как раз не обращавшиеся за помощью. А среди тех, кто оказывал помощь, нередко был просто врач общей практики (20%).

В Великобритании провели масштабное исследование с участием более 7 тысяч респондентов, на участие в исследовании согласились преимущественно женщины. В выборку вошли друзья суицидентов (19%), родители (16%), сиблинги (16%), дети (14%) и т. д. Также сильно различалось и время, прошедшее с момента суицида. Сорок процентов горюющих обратились за профессиональной помощью: к врачам общей практики (16%), за индивидуальными консультациями к психотерапевту (14%), в группу онлайн-поддержки (13%), к специализированым сервисам, оказывающим помощь горюющим после суицида (9%),

группам самопомощи (7%), психообразовательные материалы искали 6%. Горюющие отмечали, что не искали помощи по нескольким причинам: 40% чувствовали поддержку от семьи и друзей — что достаточно высоко, учитывая, что классически в литературе суицид считается табуированной темой и многие не могут говорить об утрате даже со своими близкими; 37% считали, что способны справиться сами; 35% не знали о существовании подобных услуг; 20% — что им не были доступны местные службы поддержки [21].

Ранняя поственция. Важное значение имеет время начала проведения психообразовательной помощи. Еще в 70-х годах Э. Шнейдман говорил о важности как можно более ранней поственции (в первые 24 часа). Эту идею в своих работах развил F. Campbell в 1997, предложив активную модель поственции (Active postvention Model (APM)). В пассивной модели поственции близкие суицидента сами ищут ресурсы для помощи. Активная поственция предполагает как можно более раннее начало работы, в идеале — непосредственно после совершения суицида, родственникам объясняются возможные пути получения дальнейшей помощи. Подчеркивается важность не только разговора с родственниками на месте происшествия, но психологической работы с близким окружением суицидента, которых также мог затронуть суицид. Такую работу, согласно модели, могут осуществлять сотрудники кризисных центров, а также волонтеры, которые сами имеют опыт переживания суицида близкого, прошедшие дополнительное обучение. Активная модель поственции ставит психологическую помощь в один ряд с традиционными службам реагирования: полицией, персоналом скорой медицинской помощи, следователями — и предполагает бригадный подход: так, например, полиция может предоставить информацию для последующей связи с родственниками жертвы [10]. Целью такой разъяснительной работы ставится информирование родственников о наличии группы помощи, где они могут поговорить с другими горюющими, которые пережили потерю; нормализация переживаний; предоставление ресурсов для помощи, включая книги самопомощи и список служб поддержки (предпочтительно групп поддержки для близких суицидентов). При этом предполагается, что этот этап — в первую очередь психообразовательный, в него не включено консультирование или медикаментозная помощь [11].

Можно выделить несколько конкретных задач на этапе ранней поственции:

- эмоциональная поддержка;
- информирование о протоколах действия врачей, следователей и т. д., которые используются на месте происшествия;
- предоставление информации о возможности предоставления донорских органов;

— предотвращение возможной самостигматизации;

— отдельно выделяется сложный вопрос с осмотром тела покойного.

Специалист может сопровождать при осмотре тела, а также помочь с выбором, осматривать ли тело. Сама потенциальная возможность увидеть тело важна для процесса горевания. В противном случае может возникнуть сильный гнев, который переключает родственников с собственного процесса горевания [10].

При оказании активной поственции после суицида выше вероятность, что родственник раньше обратится за дальнейшей помощью [10]. По данным разных исследований, это срок — от двух месяцев до 4,5 лет, в то время как при активной модели — около месяца. Родственники чаще посещали группы помощи и в общей сложности посетили большее количество занятий [11]. При этом и сами горящие в опросе отмечают, что хотели бы получить помощь рано: 65% опрошенных сообщили, что предпочли бы, если бы им предложили поддержку в течение первой недели после смерти, еще 25 % хотели бы получить информацию о существующих видах помощи в первый месяц после суицида [21].

Форматы психологической помощи. Помощь горящим может осуществляться как в индивидуальном, так и в групповом форматах. Наиболее доступный и рекомендуемый формат поственции для родственников суицидентов — группы поддержки; первые группы появились в 80-х годах [8]; [2]. Группы поддержки уповают на взаимоподдержку участников группы и возможность поделиться чувствами. Т. Джойнер отмечает чувство принадлежности как важный антисуицидальный фактор; именно чувство общности и поддержки может предоставить группа помощи [8]. Помощь в группе включает в себя важные составляющие — она дает возможность участникам почувствовать, что они не одиноки в своем горевании, групповая сплоченность играет важную психотерапевтическую роль [26]. За рубежом много групп поддержки, которые организуются как при психологических центрах, так и при церквях, среди них есть общие для всех горящих и специализированные для родственников суицидентов.

Группы для родственников суицидентов обычно являются небольшими — около 6 человек, однако встречаются групповые форматы вплоть до 10—20 человек. Продолжительность терапии сильно варьируется. Много открытых групп, в которые участник может приходить, пока у него есть запрос, частота встреч в таких группах чаще всего раз в месяц. Бывают группы, ограниченные по времени — 8—14 недель. Также различаются и ведущие; группу могут вести психолог, психиатр, медсестра с психиатрическим профилем специализации, социальный работник; также соведущими могут выступать родственники суицидентов, которые уже пережили острый кризис. Результаты исследований показывают,

что психотерапевтические групповые интервенции влияют на уменьшение симптомов депрессии и снижение эмоциональной лабильности, улучшение социальной адаптации. Родственники суицидентов отмечают, что чувствуют отличия в своих запросах и потребностях в сравнении с другими горяющими, что делает важным создание гомогенных групп. Исследования показывают, что группы все чаще ведут волонтеры, сами потерявшие близкого после суицида. Волонтеры с соответствующей подготовкой могут быть положительными образцами для подражания, показывая, что боль может уменьшиться [25; 11].

По данным разных исследований, от 65% до 88% процентов отмечают полезность полученной помощи [8]. Большинство исследований сосредоточено на характеристиках и феноменологии горя, а не на эффективности интервенции. Исследования эффективности группы помощи показывают снижение интенсивности отрицательных чувств после прохождения 8-недельной программы помощи, но не во время проведения. Другое исследование показывает снижение симптомов депрессии и тревоги и выраженности стресса. Из-за отсутствия контрольных групп мало что известно об эффективности потенциально эффективных компонентов, таких как психообразование, признание своего горя, обмен опытом и получение/предоставление поддержки внутри группы [22].

Современные исследования показывают, что психотерапевтическая работа с гореванием может быть эффективна и в случае оказания помощи через Интернет. Тем не менее, среди программ помощи родственникам суицидентов лишь для немногих были проведены исследования с доказанной эффективностью психотерапевтических интервенций. Родственникам суицидентов, несмотря на высокие риски, не склонным сами обращаться за помощью, возможная анонимность помощи через Интернет может помочь преодолеть стыд и вину и обратиться за помощью, не чувствуя стигматизации. Еще одним важным преимуществом онлайн-помощи является ее доступность для разных регионов страны, что особенно важно для небольших районов, где нет доступа к специализированной помощи [26].

Существуют программы помощи, в основе которых лежит какой-либо психотерапевтический подход. Рассмотрим несколько примеров таких групп. Например, программа помощи, основанная на нарративном подходе. Модель 8-недельного вмешательства состоит из пяти частей. Часть первая, введение, происходит в течение первой недели. Вторая часть длится от двух до четырех недель и дает каждому участнику время поделиться своей историей и обсудить потерю любимого человека. Третья часть состоит из интерактивных презентаций о суицидологии, психообразование основано на нейробиологической модели

суицида. Четвертая часть посвящена адаптивным навыкам и стратегиям совладания, а последний раздел (на восьмой неделе) посвящен завершению группы и обсуждению ресурсов для постоянной поддержки. Обмен личными рассказами был назван многими участниками как самое сильное целительное средство. Терапевтическим упованием этой группы служит развитие у горюющих агентных нарративов (изображающих события таким образом, чтобы предположить, что рассказчик контролирует ситуацию, несмотря на травматические жизненные события), благодаря чему человек чувствует возвращение ощущения контроля как над своей текущей жизнью, так и над процессом горевания (например, ощущение наличия выбора, целенаправленные действия и самоопределение), в противовес виктимным нарративам, в которых события, влияющие на жизнь рассказчика, контролируются внешними силами. Виктимные рассказы изображают жизнь рассказчика, как контролируемую умершим. Для лиц с сильно агентным нарративом, часто сопровождающимся самокритикой, понимание биологических факторов суицида помогает снизить чувство вины за суицид близкого. Агентные нарративы важны для формирования будущего. Как отметил один из участников: «Я продолжал спрашивать себя, почему? Что я делал или не делал? Но вопрос не в этом. Вопрос в том, как прощать и жить». Переход от виктимных к агентным нарративам еще больше стимулируется, когда обсуждение фокусируется на использовании адаптивных копинг-стратегий. Можно привести следующий пример реструктуризации виктимного нарратива. Одна из участниц группы, рассказывая свою историю впервые, описала свое поведение после смерти брата: «Иногда мне так грустно, так одиноко за него, я просто захожу в шкаф, обнимаю его куртку и плачу. Я не знаю...» Здесь она видит, что ее жизнь контролируется ее братом; она не оценивает свое поведение и не берет на себя ответственность за свои действия. Через несколько недель она перешла к такому описанию этого действия: «Иногда, когда мне очень плохо, я обнимаю его куртку. Я чувствую его запах и чувствую себя ближе, как будто он все еще здесь. И он есть, конечно, потому что я знаю, что он на небесах. Это заставляет меня чувствовать себя лучше». Это серьезное изменение по сравнению с ее предыдущим повествованием, в котором объятия куртки были чем-то вне ее контроля и понимания, она исследует свое поведение, рассказывая группе, как ей помогает объятие куртки («Я чувствую его запах и чувствую себя ближе»). Появляется способность осуществлять осмысленный контроль над своей жизнью и процессом скорби [25].

Другая программа помощи основывается на когнитивно-бихевиоральной терапии и может быть проведена онлайн. Продолжительность группы — 12 встреч. Для работы были выделены следующие мише-

ни — чувство вины и стигматизации, реконструкция смысла и обсуждение отношений с умершим. Группу ведут совместно психотерапевт и родственник суицидента, уже переживший острую фазу. Количество участников — не более 10, продолжительность вебинара — полтора часа. Когнитивно-бихевиоральная терапия может быть направлена на прекращение дезадаптивного поведения, связанного с гореванием, восприятием ответственности за суицид близкого, снижение тревожности и депрессивных симптомов. Работа включала в себя психообразование, когнитивное реструктурирование, развитие навыков совладания с такими эмоциями, как вина, стыд, снижение суицидального риска. В основу программы положено социальное научение — каждый вебинар начинается с видео-ролика, где актер, играющий горюющего, рассказывает, как он справлялся с той или иной проблемой — например, чувством вины или суицидальными мыслями. Монолог актера включал в себя 3 составляющие: как проблема проявлялась в начале горевания (первые дни и недели), как проблема менялась с течением времени, что происходит на текущий момент («сегодня»). Видео-герои служат ролевыми моделями для горюющих. Истории для сценариев были взяты из интервью, проведенного с фокус-группой горюющих. После просмотра видео встреча проходит по следующей структуре: психообразование по выбранной теме, групповое обсуждение. В конце выдаются индивидуальные домашние задания между группами (например, написание прощального письма). Через вебинары были затронуты следующие темы: физические и психологические аспекты самоубийства; горевание; постравматические стрессовые реакции; поиск ответов на вопрос «почему»; вина; собственные суицидальные мысли; стыд и чувство стигматизации; как говорить о суициде с другими; ритуалы, связанные с гореванием; поиск новой роли для себя в будущем. Во время лечения у участников может наблюдаться ухудшение в настроении. Такое ухудшение настроения нормально в процессе интенсивного горя [26].

Другая группа была построена на основе мультимодальной терапии. Горюющих, согласно многим исследованиям, волнует вопрос, почему близкий совершил суицид; техники мультимодальной групповой терапии направлены на реконструкцию смысла: пересказ нарратива о смерти, воображаемый разговор с умершим, интеграция воспоминаний. Качественный анализ записи встреч говорит о том, что терапия способствовала проживанию горя [23].

Подходы к оказанию помощи могут быть разные, но ставят они похожие задачи — выделить место для горевания и переживаний, дать возможность поделиться болезненными эмоциями, переоценить свою роль в суицидальном поведении близкого, попробовать понять какие факторы повлияли на то, что близкий совершил суицид, снизить выражен-

ность симптомов эмоционального неблагополучия, переориентироваться с руминаций о прошлом на текущую жизнь.

Выводы

1. Несмотря на разность кризисных ситуаций при работе с родственниками лиц, совершивших завершённый суицид и суицидальную попытку, можно выделить общие принципы оказания помощи. Обе группы чувствуют стигматизацию, вследствие чего больше подходит работа в гомогенных группах. Важным фактором, способствующим своевременному получению помощи, является ранняя поственция: предоставление информации о ресурсах помощи для родственников суицидентов. Также программы помощи для родственников, как после завершённого суицида, так и после суицидальной попытки, должны включать в себя психообразование о факторах, влияющих на формирование суицидального поведения.

2. Среди подходов к оказанию помощи родственникам суицидентов после незавершённого суицида наибольшее распространение получили два: терапия, основанная на привязанности, направленная на изменение качества привязанности между суицидентом и семьей, и когнитивно-бихевиоральная терапия, направленная на развитие коммуникативных навыков и навыков совладания со стрессом не только у самого пациента, но и у его родственников. Мишени работы с семьей также включают в себя снижение уровня конфликтов и критики, увеличение сплоченности внутри семьи, а также эмоциональную поддержку самих родственников. Продолжительность программ помощи и частота встреч с семьями суицидентов во многом зависят от диагноза и возраста суицидента. Большая часть программ сфокусирована на оказании помощи родственникам подростков, так как для эффективной терапии суицидального поведения у подростков необходимо вовлечение семьи. При этом родственники взрослых суицидентов (супруги, дети, сиблинги и т. д.) также могут нуждаться в эмоциональной поддержке после суицидальной попытки близкого и могут испытывать симптомы эмоционального неблагополучия, что делает необходимым составление программ помощи для этой группы клиентов.

3. После завершённой попытки наиболее распространенным форматом помощи являются группы помощи, которые могут быть организованы как в рамках какого-то конкретного психотерапевтического подхода (когнитивно-бихевиорального, нарративного, мультимодального), так и как группы поддержки. Ключевая задача таких групп — помочь человеку прожить свое горе, создать безопасную среду, где можно делиться эмоциями.

Важную роль может оказывать ведение групп не только специалистами в области психического здоровья, но родственниками суицидентов, уже пережившими острую фазу, которые могут выступать ролевыми моделями, показывающими способы справиться с утратой и дающими надежду на то, что эмоциональная боль уменьшится с течением времени. Мишени работы также могут включать в себя возвращение ощущения контроля над жизнью, прекращение руминирования и переклечение фокуса на текущую жизнь, реконструкцию смысла произошедшего.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Семейная диагностика и вопросы профилактики суицидального поведения // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии / Под ред. А.Г. Амбрумовой. М.: Изд-во НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1984. С. 62—77.
2. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Гаязова Л.А. Психотерапия суицидального кризисного состояния у несовершеннолетних: анализ современных подходов и методов// Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Том 31. № 2. С. 89—93.
3. Любов Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: если бы // Суицидология. 2017. Том 8. № 4 (29). С. 56—75.
4. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 376 с.
5. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Том 24. № 3. С. 144—163. DOI:10.17759/cpp.2016240309
6. A randomized controlled trial: attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal / Diamond G.S. et al. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2019. № 58 (7). P. 721—731.
7. Adolescent Suicide Attempt Prevention: Predictors of Response to a Cognitive-Behavioral Family & Youth Centered Intervention / Babeva K.N. et al. // Suicide Life Threat Behav. 2020. № 50(1). pp. 56—71.
8. Aguirre R.T.P., Slater H. Suicide Postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the united states // Death Studies. 2010. № 34. P. 529—540.
9. Attachment-based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial / Diamond G.S. et al. // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2010. № 49(2). P. 122—131. DOI:10.1097/00004583-201002000-00006
10. Campbell F.R. The Influence of an Active Postvention on the Length of Time Elapsed Before Survivors of Suicide Seek Treatment. Diss. ... Doctor of Philosophy. LSU Historical Dissertations and Theses. 2001. 397 p. DOI:10.31390/gradschool_disstheses.397
11. Cerel J., Campbell F.R. Suicide survivors seeking mental health services: a preliminary examination of the role of an active postvention model // Suicide Life Threat Behav. 2008. № 38 (1). P. 30—34. DOI:10.1521/suli.2008.38.1.30

12. Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility and Acceptability / Stanley B. et al. // *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009. № 48 (10). P. 1005—1013. DOI:10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe
13. Cognitive Behavior Therapy Manual for TADS / Curry J.F. et al.: manual. Publ. Duke University Medical Center, 2000. 271 p.
14. *Émilie E.A.* Critical, Relational Approach for Working with Suicide in Family Therapy // Special Issue: Integrative Practice in Family Therapy. 2022. № 43 (1). P. 104—117.
15. *Ewing E.S.K., Diamond G., Levy S.* Attachment-based family therapy for depressed and suicidal adolescents: theory, clinical model and empirical support // *Attach Hum Dev*. 2015. № 17 (2). P. 136—156. DOI:10.1080/14616734.2015.1006384
16. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder / Hoffman P.D. // *Fam. Process*. 2005 № 44 (2). P. 217—225. DOI:10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x
17. *Magne-Ingvar U., Öjehagen A.* Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999. № 34. P. 7379.
18. *Miklowitz D.J., Taylor D.O.* Family-focused treatment of the suicidal bipolar patient // *Bipolar Disord*. 2006. Vol. 8 (5 Pt. 2). P. 640—651. DOI:10.1111/j.13995618.2006.00320.x
19. *Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M.* Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York / London. Publ: The Guilford Press. 2006. 346 p.
20. Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior / *Frey L.M.* et al. // *J. Marital Fam. Ther.* 2022. № 48 (1). P. 154—177. DOI:10.1111/jmft.12568
21. Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey / *McDonnell S.* et al. // *Suicide Life Threat. Behav*. 2022. № 52 (5). P. 887—897.
22. Suicide postvention service models and guidelines 2014–2019: A systematic review / *Andriessen K.* et al. [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2019. № 10. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02677/full> (Дата обращения: 27.04.2023).
23. *Supiano K.P., Haynes L.B., Pond V.* The transformation of the meaning of death in complicated grief group therapy for survivors of suicide: A treatment process analysis using the meaning of loss codebook // *Death Stud*. 2017. Vol. 41 (9). P. 553—561. DOI:10.1080/07481187.2017.1320339
24. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults [Электронный ресурс] / *Pitman A.L.* et al. // *BMJ Open*. 2017. № 7 (5). DOI:10.1136/bmjopen-2016-014487. URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/5/e014487> (Дата обращения: 27.04.2023).
25. The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors / *Mitchell A.N.* et al. // *Issues Ment. Health Nurs*. 2003. № 24 (1). P. 91—106. DOI:10.1080/01612840305308
26. *Wagner B., Hofmann L., Maaß U.* Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: study protocol for a randomized controlled

trial [Электронный ресурс] // *Trials*. 2020. № 21 (1). DOI:10.1186/s13063-019-3891-5. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31915044/> (Дата обращения: 27.04.2023).

27. Why We Need to Enhance Suicide Postvention / Erlich M.D. et al. // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2017. Vol. 205 (7). P. 507—511. DOI:10.1097/NMD.0000000000000682

REFERENCES

1. Ambrumova A.G., Postovalova L.I. Semeinaya diagnostika i voprosy profilaktiki suitsidal'nogo povedeniya [Family diagnostics and prevention of suicidal behavior]. In A.G. Ambrumova (ed.). *Problemy profilaktiki i reabilitatsii v suitsidologii* [Problems of prevention and rehabilitation of suicidology]. Moscow: Publ. NII psikiatrii MZ RSFSR, 1984, pp. 62—77.
2. Bannikov G.S., Vikhristyuk O.V., Gayazova L.A. Psikhoterapiya suitsidal'nogo krizisnogo sostoyaniya u nesovershennoletnikh: analiz sovremennykh podkhodov i metodov [Modern psychological approaches to the therapy of suicidal crisis in children and teens]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikihiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2021. Vol. 31 (2), pp. 89—93. (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Lyubov E.B. Kliniko-sotsial'noe bremya blizkikh zhertvy suitsida: esli by [Clinical and social burden for suicide survivors: if i had dealt with it properly]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2017. Vol. 8 Is. 4(29), pp. 56—75. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Starshenbaum G.V. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya [Suicidology and crisis psychotherapy]. Moscow.: Publ. «Kogito-Tsentr», 2005. 376 p. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Kholmogorova A.B. Suitsidal'noe povedenie: teoreticheskaya model' i praktika pomoshchi v kognitivno-bikheviornoi terapii [Suicidal Behavior: Theoretical Model And Practical Implications In Cognitive-Behavioral Therapy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2016. Vol. 24 (3), pp. 144—163. DOI:10.17759/cpp.2016240309 (In Russ., abstr. in Engl.).
6. A randomized controlled trial: attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal / Diamond G.S. et al. // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019. Vol. 58 (7), pp. 721—731.
7. Adolescent Suicide Attempt Prevention: Predictors of Response to a Cognitive-Behavioral Family & Youth Centered Intervention / Babeva K.N. et al. // *Suicide Life Threat Behav.*. 2020. Vol. 50(1), pp. 56—71.
8. Aguirre R.T.P., Slater H. Suicide Postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the united states. *Death Studies*. 2010. Vol. 34, pp. 529—540.
9. Attachment-based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial / Diamond G. S. et al. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010. Vol. 49(2). pp. 122—131 DOI:10.1097/00004583-201002000-00006
10. Campbell F.R. The Influence of an Active Postvention on the Length of Time Elapsed Before Survivors of Suicide Seek Treatment. Diss.... Doctor of Philosophy. LSU Historical Dissertations and Theses. 2001. 397 p. DOI:10.31390/gradschool_disstheses.397

11. Cerel J., Campbell F.R. Suicide survivors seeking mental health services: a preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide Life Threat Behav.* 2008. Vol. 38(1), pp. 30—34. DOI:10.1521/suli.2008.38.1.30
12. Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility and Acceptability / Stanley B. et al. // *Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009. Vol. 48 (10), pp. 1005—1013. DOI:10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe
13. Cognitive Behavior Therapy Manual for TADS / Curry J. F. et al.: manual. Publ. Duke University Medical Center, 2000. 271 p.
14. Émilie E.A. Critical, Relational Approach for Working with Suicide in Family Therapy. *Special Issue: Integrative Practice in Family Therapy.* 2022. Vol. 43, Is.1, pp. 104—117.
15. Ewing E.S.K., Diamond G., Levy S. Attachment-based family therapy for depressed and suicidal adolescents: theory, clinical model and empirical support. *Attach Hum Dev.* 2015. Vol. 17 (2). pp. 136—156. DOI:10.1080/14616734.2015.1006384
16. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder/ Hoffman P.D. // *Fam. Process.* 2005 Vol. 44 (2), pp. 217—225. DOI:10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x
17. Magne-Ingvar U., Öjehagen A. Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 1999. Vol. 34, pp. 73—79.
18. Miklowitz D.J, Taylor D.O. Family-focused treatment of the suicidal bipolar patient. *Bipolar Disord.* 2006. Vol. 8 (5 Pt. 2), pp. 640—651. DOI:10.1111/j.13995618.2006.00320.x
19. Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York / London. Publ: The Guilford Press. 2006. 346 p.
20. Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior / Frey L.M. et al. // *J. Marital Fam. Ther.* 2022. Vol. 48(1), pp. 154—177. DOI:10.1111/jmft.12568
21. Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey / McDonnell S. et al. // *Suicide Life Threat. Behav.* 2022. Vol. 52 (5), pp. 887—897.
22. Suicide postvention service models and guidelines 2014-2019: A systematic review / Andriessen K. et al. [Electronic resource]. *Frontiers in Psychology.* 2019. Vol. 10. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02677/full> (Accessed: 27.04.2023).
23. Supiano K.P., Haynes L.B., Pond V. The transformation of the meaning of death in complicated grief group therapy for survivors of suicide: A treatment process analysis using the meaning of loss codebook. *Death Stud.* 2017. Vol. 41 (9), pp. 553—561. DOI:10.1080/07481187.2017.1320339
24. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults [Electronic resource] / Pitman A.L. et al. // *BMJ Open.* 2017. Vol. 7 (5). DOI:10.1136/bmjopen-2016-014487 Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/5/e014487> (Accessed: 27.04.2023).
25. The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors / Mitchell A.N. et al. // *Issues Ment. Health Nurs.* 2003. Vol. 24 (1), pp. 91—106. DOI:10.1080/01612840305308

26. Wagner B., Hofmann L., Maaß U. Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: study protocol for a randomized controlled trial [Electronic resource]. *Trials*. 2020. Vol. 21 (1). DOI:10.1186/s13063-019-3891-5. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31915044/> (Accessed: 27.04.2023).
27. Why We Need to Enhance Suicide Postvention/ Erlich M.D. et al. // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2017. Vol. 205 (7), pp. 507—511. DOI:10.1097/NMD.0000000000000682

Информация об авторах

Борисоник Евгения Владимировна, преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>, e-mail: borisonik-ev@mail.ru

Information about the authors

Evgeniya V. Borisonik, lecturer, Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>, e-mail: borisonik-ev@mail.ru

Получена 30.04.2023

Received 30.04.2023

Принята в печать 30.05.2023

Accepted 30.05.2023

**АБРОБАЦИЯ И ВАЛИДИЗАЦИЯ МЕТОДИК
TESTING AND VALIDATING INSTRUMENTS**

ШКАЛА ОТКРЫТОСТИ БУДУЩЕМУ: РУССКОЯЗЫЧНАЯ АДАПТАЦИЯ И ВАЛИДИЗАЦИЯ

А.С. ХЕГАЙ

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5322-4222>,
e-mail: askhegay@yandex.ru

А.А. ЗОЛОТАРЕВА

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>,
e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Т.А. КАШТАНОВА

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2152-3612>,
e-mail: kash.tanchic@mail.ru

Ю.С. ВИТКО

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9375-2647>,
e-mail: uliyvitko18@gmail.com

А.А. ЛЕБЕДЕВА

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5919-5338>,
e-mail: aalebedeva@hse.ru

Актуальность. Шкала открытости будущему (Openness to the Future Scale, OFS) была разработана в 2018 году для измерения нового феномена в области позитивной психологии [5]. Современные специалисты используют ее в исследованиях как психологических ресурсов, так и клинических психологических феноменов. **Цель.** Целью настоящего исследования стала адаптация русскоязычной версии Шкалы открытости будущему на популяционную выборке. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие три группы респондентов: 374 респондента из общей популяции, 72 бездомных, временно проживающих в приюте «Теплый прием», и 68 молодых взрослых выпускников детских домов и подростков, проживающих в детских домах и общежитиях при учебных заведениях. Все участники заполнили русскоязычную версию Шкалы открытости будущему, а участники второй и третьей групп дополнительно заполнили шкалы для оценки психологических ресурсов. **Результаты.** С помощью конфирматорного факторного анализа была подтверждена однофакторная модель, идентичная факторной структуре оригинальной версии Шкалы открытости будущему, что подтверждает факторную валидность адаптированной шкалы. Показатель α Кронбаха составил значение 0,83, что свидетельствует в пользу внутренней надежности русскоязычной версии Шкалы открытости будущему. Открытость будущему позитивно коррелировала с активной жизненной позицией у бездомных, резилентностью и проактивным совладанием у молодых взрослых выпускников и подростков из детских домов. **Выводы.** Базовые психометрические свойства адаптированной шкалы позволяют рекомендовать ее в качестве исследовательского и психодиагностического инструмента для работы с уязвимыми группами населения. Рекомендованы дальнейшие психометрические испытания русскоязычной версии Шкалы открытости будущему, в том числе с помощью расширения выборки исследования, привлечения экспертов и респондентов из разных возрастных и клинических групп, сопоставления данных самоотчета с объективными психометрическими оценками.

Ключевые слова: открытость будущему, Шкала открытости будущему, позитивная психология, внутренняя надежность, факторная валидность.

Финансирование. Исследование выполнено при грантовой поддержке благотворительного фонда «Абсолют-Помощь» для проведения исследования в рамках проекта «Успешное будущее для выпускников детских домов», а также при грантовой поддержке Фонда грантов Президента РФ на развитие гражданского общества.

Благодарности. Благодарим за помощь в сборе и обработке данных участников проекта №22-1-008882 «Реабилитация бездомных людей: поиск оптимальной методики и оценка ее эффективности на примере работы приюта «Теплый прием»» (2021—2022).

Для цитаты: Хегай А.С., Золотарева А.А., Каштанова Т.А., Витко Ю.С., Лебедева А.А. Шкала открытости будущему: русскоязычная адаптация и валидизация // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 119—136. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310206>

OPENNESS TO THE FUTURE SCALE: THE RUSSIAN ADAPTATION AND VALIDIZATION

ANNA S. KHEGAY

HSE University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5322-4222>,

e-mail: askhegay@yandex.ru

ALENA A. ZOLOTAREVA

HSE University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>,

e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

TATIANA A. KASHTANOVA

HSE University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2152-3612>,

e-mail: kash.tanchic@mail.ru

JULIA S. VITKO

HSE University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9375-2647>,

e-mail: uliyvitko18@gmail.com

ANNA A. LEBEDEVA

HSE University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5919-5338>,

e-mail: aalebedeva@hse.ru

Introduction. The Openness to the Future Scale (OFS) was developed in 2018 to measure a new phenomenon in the field of positive psychology [5]. Contemporary professionals use it in research on both positive psychological resources and clinical psychological phenomena. **Objective.** The aim of this study was to adapt the Russian-language version of the Openness to the Future Scale on a population-based sample. **Method.** There were three groups of respondents: 374 volunteers from the general population,

72 homeless people temporarily living in the «Warm Reception» shelter, and 68 young adult graduates of orphanages and teenagers living in orphanages and dormitories at educational institutions. All participants filled out the Russian version of the Openness to the Future Scale, and participants in the second and third groups additionally filled out measures to assess psychological resources. **Results.** Confirmatory factor analysis showed a single-factor model identical to the factor structure of the original version of the Openness to the Future Scale, which confirmed the factor validity of the adapted instrument. The Cronbach's α -value was 0,83, which is evidence in favor of the internal reliability of the Russian version of the Openness to the Future Scale. Openness to the future scores were higher for male and younger respondents compared to female and older respondents. Openness to the future was positively correlated with life attitudes in the homeless and with resilience and proactive coping in young adult graduates and adolescents from orphanages. **Conclusion.** The basic psychometric properties of the adapted instrument allow recommending it as a research tool. This pilot study determines the need for further psychometric examinations of the Russian-language version of the Openness to the Future Scale, including by expanding the study sample, involving experts and respondents from different age and clinical groups, and comparing self-report data with objective psychometric assessments.

Keywords: openness to future, Openness to the Future Scale, positive psychology, internal reliability, factor validity.

Funding. The study was conducted with grant support from the Absolute-Help charitable foundation for grant support to conduct research as part of the project “A Successful Future for Graduates of Orphanages,” and with grant support from the President of the Russian Federation’s Civil Society Development Grants Fund.

Acknowledgements. We would like to thank the team of project № 22-1-008882 «Rehabilitation of homeless people: search for optimal methods and evaluation of its effectiveness by the example of the work of “Warm welcome” shelter” (2021—2022) for the help in data collection and processing».

For citation: *Khegay A.S., Zolotareva A.A., Kashtanova T.A., Vitko Ju.S., Lebedeva A.A.* Openness to the Future Scale: The Russian Adaptation and Validization. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 119—136. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310206> (In Russ.).

Введение

К концу XX века фокус внимания психологической науки во многом сместился с традиционных негативных качеств на позитивные психологические характеристики. М. Селигман описывал этот поворот следующим образом: «Как случилось, что социальная наука рассматривает человеческие сильные стороны и добродетели — альтруизм, мужество, честность, долг, радость, здоровье, ответственность и хорошее настроение — как производные, защитные или откровенные иллюзии, в то время как слабость и негативные мотивы, такие как тревога, похоть, эгоизм, паранойя, страх, расстройство и печаль, рассма-

триваются как подлинные?» [12, с. 4—5]. Уже в начале XIX века вслед за размышлениями о позитивных психологических характеристиках последовали первые эмпирические исследования, которые дали положительный ответ на вопрос о том, способствуют ли различные человеческие достоинства достижению здоровья, счастья и оптимального функционирования. К примеру, было доказано, что надежда связана с лучшими результатами в учебе и спорте, а также с превосходными результатами психотерапии и физического здоровья; что широкий репертуар копинг-стратегий позволяет студентам воспринимать потенциально стрессовое событие скорее как вызов, чем как угрозу, и более эффективно использовать собственные ресурсы для решения задач; что способность к социальному взаимодействию оказалась связанной с более низкими показателями смертности, повышенной устойчивостью к инфекционным заболеваниям, более низкой распространенностью сердечных заболеваний и более быстрым восстановлением после хирургических вмешательств [14].

С тех пор позитивная психология — направление, изучающее личное и общественное благополучие — расширяет сферу своих исследований благодаря открытию и развитию новых психологических явлений. Одним из таких феноменов стала *открытость будущему* (от англ. openness to the future), введенная в психологическую терминологию в 2018 году группой испанских исследователей под руководством Кристины Ботелло [5]. Исследователи предположили, что признаками открытости будущему являются: иллюзия контроля как уверенность в собственных силах при встрече с неопределенными ситуациями в будущем; принятие и открытость к тому, что может произойти в будущем; вовлеченность в жизнь и планирование как склонность строить планы и работать для их достижения; позитивная ориентация на будущее как способность к построению позитивных интерпретаций будущего; самоэффективность в отношении планов на будущее, уверенность в собственной способности строить планы и реализовывать их. Эти предположения легли в основу разработанной ими Шкалы открытости будущему (The Openness to the Future Scale, OFS), оригинальная версия которой оказалась психометрически состоятельной и широко распространенной в исследованиях посттравматического роста [18], удовлетворенности жизнью [6], резилентности [7; 8; 13; 17], дезадаптивных когнитивных паттернов [9] и некоторых других психологических характеристик.

В связи с интересом российской науки к позитивной психологии и отсутствием русскоязычных аналогов Шкалы открытости будущему *целью настоящего исследования* стала адаптация и оценка психометрических свойств шкалы на русскоязычных выборках из общей популяции и социально уязвимых групп населения.

Метод

Участники и процедура. В исследовании приняли участие три группы респондентов. Первую группу составила популяционная выборка, в которую вошли 374 русскоязычных респондента, в том числе 61 мужчина, 312 женщин и респондент, не указавший свой пол, в возрасте от 19 до 70 лет ($M = 39,0$; $SD = 9,78$). Участникам этой группы была предоставлена электронная анкета в системе «Google формы», распространенная с помощью социальных сетей и приложений для обмена моментальными сообщениями (Вконтакте, Whatsapp, Telegram).

Во вторую выборку исследования вошли 72 бездомных, временно проживающих в приюте «Теплый прием» (г. Химки), в том числе 59 мужчин и 13 женщин в возрасте от 19 до 73 лет ($M = 44,1$; $SD = 12,7$). Эта группа респондентов была опрошена с помощью бумажной версии анкеты при содействии сотрудников и волонтеров приюта «Теплый прием».

Участниками третьей группы стали 68 молодых взрослых выпускников детских домов и подростков, проживающих в детских домах и общежитиях при учебных заведениях. Среди них было 38 девушек и 30 юношей в возрасте от 14 до 27 лет ($M = 19,6$; $SD = 3,33$). Выпускники-исследователи были рекрутированы в рамках проекта «Голос ребенка, 2021» (партисипативного исследования эффективности социальных программ в детских домах), после чего они пригласили к участию в исследовании своих друзей и однокурсников. Респонденты заполнили электронную анкету в системе «Google формы».

Все участники исследования дали устное или письменное согласие на участие в исследовании.

Инструменты. Участники первой группы заполнили русскоязычную версию Шкалы открытости будущему. Инструкция, текст шкалы и ключи для обработки результатов представлены в Приложении.

Участники второй группы помимо Шкалы открытости будущему заполнили *опросник «Жизненная позиция личности», разработанный и валидизированный Д.А. Леонтьевым и А.Е. Шильманской* для изучения жизненной позиции как отношения личности к собственной жизни [3]. Опросник состоит из 12 тестовых пунктов, позволяющих измерять гармонию с жизнью (ощущение жизни, которую живет человек, как своей, аутентичной, соответствующей его самоощущению), рефлексивность жизненной позиции (осознанность, или бодрствующее сознание) и активность жизненной позиции (субъектность, или способность быть и переживать себя автором и актором собственных действий в отношении мира и себя самого).

Участники третьей группы в дополнение к Шкале открытости будущему заполнили следующие диагностические инструменты.

Краткая шкала резилентности (Brief Resilience Scale, BRS) Б. Смита в адаптации В.И. Марковой, Л.А. Александровой и А.А. Золотаревой — включает 6 тестовых пунктов для оценки способности к быстрому восстановлению душевных и физических сил в периоды сложных и потенциально опасных жизненных обстоятельств [4, 19].

Опросник проактивного копинга (Proactive Coping Inventory, PCI) Е. Грингласса, Р. Шварцера и С. Тауберта в адаптации Е.П. Белинской и А.В. Вечерина — содержит 27 тестовых пунктов, оценивающих проактивное совладание (отношение к трудной ситуации как источнику позитивного опыта), рефлексивное совладание (анализ возможных вариантов поведения, когнитивная оценка ресурсов и прогноз результатов деятельности), стратегическое планирование (способность планирования будущих действий и дифференциации отдельных задач), превентивное совладание (способность предвосхищать трудные ситуации, опираясь на прошлый опыт), поиск инструментальной поддержки (стремление получить информацию от других людей для решения трудной жизненной ситуации) и поиск эмоциональной поддержки (способность регулировать свое эмоциональное состояние в общении с другими) [1; 10].

Анализ данных. Описательные статистики, коэффициенты α Кронбаха, дисперсионный анализ ANOVA и конфирматорный факторный анализ были произведены в статистической программе Jamovi версии 2.2.5. Для подтверждения однофакторной структуры Шкалы открытости будущему была проведена проверка модели, предполагающей, что все 10 вопросов русскоязычной Шкалы открытости будущему входят в единый фактор «общая открытость будущему». Для признания факторной структуры подтвержденной результаты факторного анализа должны соответствовать следующим критериям [11]: Tucker-Lewis index (TLI $\geq 0,90$), comparative fit index (CFI $\geq 0,90$), root mean square error of approximation (RMSEA $\leq 0,08$). Для оценки конвергентной валидности корреляции между показателями по Шкале открытости будущему и показателями по другим диагностическим инструментам должны быть статистически связанными. Для подтверждения внутренней надежности шкалы необходимо, чтобы коэффициент согласованности α Кронбаха был $\geq 0,9$ для превосходной надежности, $\geq 0,8$ для хорошей надежности, $\geq 0,7$ для приемлемой надежности [16].

Результаты

Перевод оригинальной версии опросника. В табл. 1 представлены пункты оригинальной и русскоязычной версий Шкалы открытости будущему. Шкала прошла процедуру прямого перевода на русский

язык с последующей проверкой содержательной валидности опросника. Содержательная валидность методики была определена с помощью данных о согласованности оценок двух экспертов, являющихся преподавателями психологических дисциплин. Каждый пункт опросника был подвергнут экспертной оценке с использованием 4-балльной шкалы по критериям ясности, релевантности, простоты и однозначности. В случае получения пунктом оценки ниже 4 баллов хотя бы по одному из критериев, эксперт указывал критические замечания и предлагал варианты исправления пункта, после чего авторы адаптации текущей методики проводили анализ критических замечаний и принимали окончательное решение о коррекции психодиагностического инструмента. Оценка согласованности между экспертами составила 92%, что свидетельствует в пользу вывода о содержательной валидности шкалы.

Таблица 1

Русскоязычный перевод Шкалы открытости будущему

№	Оригинальный пункт	Русскоязычный перевод
1	When I make plans, I am sure I will be able to carry them out	Когда я строю планы, я уверен, что смогу их осуществить
2	I usually trust that things will work out	Я обычно верю, что все получится
3	I think I have enough control over the direction my life takes	Думаю, я контролирую, в каком направлении развивается моя жизнь
4	I am very excited about future opportunities and challenges	Я очень рад будущим возможностям и сложным задачам
5	I have a lot of illusions and future plans	У меня много идей и планов на будущее
6	Sometimes I get scared and feel that I'm losing control when I think about what life may bring*	Иногда мне страшно и мне кажется, я теряю контроль, когда думаю о том, что жизнь может мне принести*
7	I calmly accept that good and bad things will happen to me in life	Я спокойно принимаю, что в жизни со мной будут происходить и хорошие, и плохие вещи
8	I know I can overcome the obstacles I encounter in life	Я знаю, что могу преодолеть препятствия, с которыми сталкиваюсь в жизни
9	For me: every day is a new day	Для меня каждый день — это новая возможность
10	I feel hopeful about what the future may bring	Я чувствую надежду на то, что может принести будущее

Примечание: «*» — обратный пункт.

Внутренняя надежность. Русскоязычная версия Шкалы открытости будущему показала хорошую внутреннюю надежность (α Кронбаха = 0,83). Внутренняя надежность шкалы снижалась при исключении практически всех тестовых пунктов, кроме обратного тестового пункта № 6 («Иногда мне страшно и мне кажется, что я теряю контроль, когда думаю о том, что жизнь может мне принести»). Описательная статистика и внутренняя надежность русскоязычной версии шкалы представлены в табл. 2. С учетом того, что исключение тестового пункта № 6 незначительно повышало внутреннюю надежность шкалы, было принято решение о сохранении его в итоговой русскоязычной версии шкалы.

Таблица 2

**Описательная статистика и внутренняя надежность
Шкалы открытости будущему**

Пункт шкалы	М (SD)	α Кронбаха, если пункт исключен
Пункт 1	3,52 (0,81)	0,82
Пункт 2	3,71 (0,80)	0,81
Пункт 3	3,31 (0,87)	0,82
Пункт 4	3,55 (0,96)	0,82
Пункт 5	3,64 (1,03)	0,82
Пункт 6	2,81 (1,16)	0,84
Пункт 7	3,61 (1,00)	0,83
Пункт 8	3,72 (0,86)	0,81
Пункт 9	3,48 (0,96)	0,81
Пункт 10	3,74 (0,95)	0,81

Примечание: М — среднее; SD — стандартное отклонение; α — коэффициент Кронбаха при исключении тестового пункта из шкалы. Диапазон возможных значений по каждому пункту: от 1 до 5.

Факторная валидность. Однофакторная модель, описывающая единый фактор открытости будущему, показала хорошее соответствие данным ($\chi^2(35) = 114$; $p < 0,001$; CFI = 0,92; TLI = 0,90; RMSEA < 0,07; 90% CI [0,061—0,094]). Все тестовые пункты имели факторную нагрузку на шкалу, превышающую значение 0,4, что свидетельствует в пользу факторной валидности русскоязычной версии Шкалы открытости будущему (рис. 1).

Конвергентная валидность. В табл. 3 представлены корреляционные связи между открытостью будущему и другими психологическими ресурсами. В обеих выборках респондентов из социально уязвимых групп населения показатели открытости будущему росли вместе с увеличе-

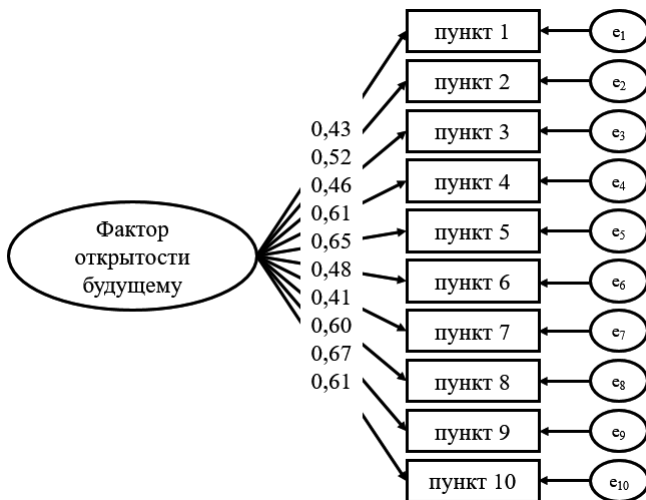


Рис. 1. Факторная структура русскоязычной версии Шкалы открытости будущему

нием показателей жизненной позиции, резилентности и проактивного совладания.

Таблица 3
Корреляционные связи между открытостью будущему и другими психологическими ресурсами

Психологические ресурсы	Открытость будущему
Выборка бездомных (n = 72)	
Гармония с жизнью	0,63 ^a
Рефлексивность жизненной позиции	0,43 ^a
Активность жизненной позиции	0,42 ^a
Выборка выпускников (n = 68)	
Резилентность	0,56 ^a
Проактивное совладание	0,69 ^a
Рефлексивное совладание	0,71 ^a
Стратегическое планирование	0,51 ^a
Превентивное совладание	0,79 ^a
Поиск инструментальной поддержки	0,11 ^b
Поиск эмоциональной поддержки	0,40 ^a

Примечание: a — $p < 0,001$; b — $p < 0,01$.

Демографические различия в показателях открытости будущему. Мужчины демонстрировали более высокие значения открытости будущему, чем женщины ($F(1) = 13,2; \eta^2 = 0,034; p < 0,001$). Респонденты 18—34 лет демонстрировали более высокие значения открытости будущему, чем участники в возрасте 35—49 лет ($F(2, 141) = 6,67; \eta^2 = 0,039; p < 0,001$). На рис. 2 представлена описательная статистика для показателей открытости будущему в зависимости от демографических особенностей респондентов.

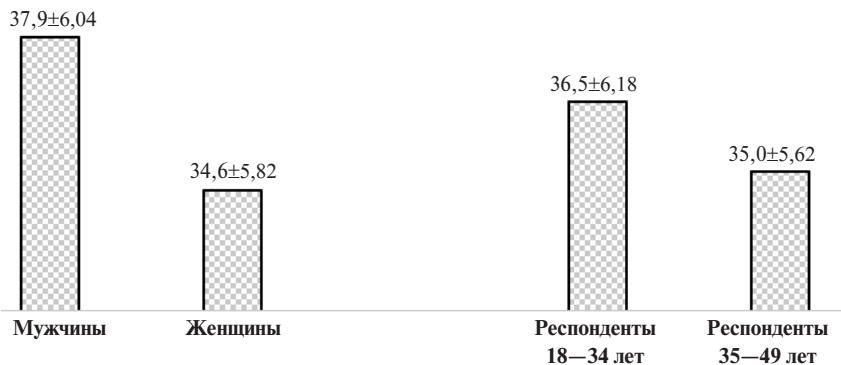


Рис. 2. Демографические различия в показателях открытости будущему

Обсуждение

Основной вывод настоящего исследования заключается в том, что русскоязычная версия Шкалы открытости будущему является психометрически обоснованным диагностическим инструментом. Во-первых, адаптированная шкала надежна, что подтверждается высоким значением коэффициента α Кронбаха. Во-вторых, факторная структура адаптированной шкалы полностью воспроизводит структуру оригинальной версии Шкалы открытости будущему, т. е. имеет ясную однофакторную структуру, что свидетельствует в пользу ее факторной валидности [5]. В-третьих, показатели открытости будущему увеличивались вместе ростом показателей жизненной позиции у бездомных и показателей резилентности и проактивного совладания у молодых взрослых выпускников детских домов и подростков, проживающих в детских домах и общежитиях при учебных заведениях. Эти закономерности подтверждают конвергентную валидность адаптированной шкалы, поскольку в зарубежной и отечественной литературе есть доказательства нарушения перспективы будущего у социально уязвимых групп населения. В частности, у детей, оставшихся без попечения родителей, ориентация на будущее предсказывала пережива-

ние счастья, удовлетворенность жизнью и школой в долгосрочной перспективе [15]. У бездомных специалисты отмечают искажения временной перспективы как части процесса разрушения мотивационно-потребностной сферы вследствие утраты социальной позиции и иных лишений [2]. Жизнь человека без крова проходит в условиях постоянной неопределенности, что приводит к росту иллюзий в отношении собственного будущего. В-четвертых, адаптированная шкала позволяет дифференцировать показатели открытости будущему в зависимости от пола и возраста респондентов. В нашем исследовании, как и в исследовании авторов оригинальной версии шкалы, было обнаружено, что мужчины и молодые респонденты демонстрируют более высокие показатели открытости будущему, чем женщины и респонденты более старшего возраста [5].

Настоящее исследование, несомненно, носит поисковый характер, поэтому необходимо обозначить его основные ограничения и связанные с ними исследовательские перспективы. Во-первых, в настоящем исследовании представлено ограниченное количество процедур психометрического анализа русскоязычной версии Шкалы открытости будущему. В будущем, помимо уже изученных показателей внутренней надежности, конвергентной и факторной валидности, необходимо оценить содержательную валидность адаптированной шкалы (посредством экспертных оценок) и ретестовую надежность (посредством наблюдения за динамикой показателей открытости будущему у респондентов). Во-вторых, были выявлены позитивные корреляционные связи между открытостью будущему и психологическими ресурсами в социально-уязвимых группах населения. Выводы в отношении этих закономерностей ограничены небольшими выборками обследованных групп, поэтому дальнейшие исследования должны включать более объемные и разнообразные выборки (например, людей с хроническими заболеваниями или людей в трудных жизненных ситуациях). В-третьих, также было обнаружено, что показатели открытости будущему отличаются в зависимости от пола и возраста респондентов, однако стандартизация адаптированной шкалы затруднена из-за ограниченного объема выборки исследования. Перспективой работы в этом направлении является расширение объема выборки респондентов и разработка тестовых норм для русскоязычной версии Шкалы открытости будущему с учетом половых и возрастных особенностей респондентов.

Выводы

Анализ психометрических свойств русскоязычной версии Шкалы открытости будущему свидетельствует в пользу ее внутренней надежности, конвергентной и факторной валидности. Следует отметить ограничение

перенесения полученных результатов на генеральную совокупность в связи с проведением валидизации опросника на данных социально уязвимых групп населения. Перспективы будущих психометрических испытаний заключаются в апробации и валидизации адаптированной шкалы на более широких популяционных и специфических выборках исследования. Тем не менее, базовые психометрические свойства адаптированной шкалы позволяют рекомендовать ее в качестве надежного и валидного исследовательского инструмента для русскоязычных респондентов из социально уязвимых групп.

Приложение

Русскоязычная версия Шкалы открытости будущему

Инструкция. Оцените, пожалуйста, степень своего согласия или несогласия с каждым утверждением, используя следующую шкалу: 1 = «полностью не согласен», 2 = «не согласен», 3 = «где-то посередине», 4 = «согласен», 5 = «полностью согласен».

1	Когда я строю планы, я уверен, что смогу их осуществить	1	2	3	4	5
2	Я обычно верю, что все получится	1	2	3	4	5
3	Я думаю, что контролирую, в каком направлении развивается моя жизнь	1	2	3	4	5
4	Я очень рад будущим возможностям и сложным задачам	1	2	3	4	5
5	У меня много идей и планов на будущее	1	2	3	4	5
6	Иногда мне страшно и мне кажется, я теряю контроль, когда думаю о том, что жизнь может мне принести	1	2	3	4	5
7	Я спокойно принимаю, что в жизни со мной будут происходить и хорошие, и плохие вещи	1	2	3	4	5
8	Я знаю, что могу преодолеть препятствия, с которыми сталкиваюсь в жизни	1	2	3	4	5
9	Для меня каждый день — это новая возможность	1	2	3	4	5
10	Я чувствую надежду на то, что может принести будущее	1	2	3	4	5

Обработка. Для расчета общего показателя открытости будущему необходимо сложить ответы на пункты № 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 по восходящей шкале (1 = «полностью не согласен», 2 = «не согласен», 3 = «где-то посередине», 4 = «согласен», 5 = «полностью согласен») и ответ на пункт № 6 по нисходящей шкалы (5 = «полностью не согласен», 4 = «не согласен», 3 = «где-то посередине», 2 = «согласен», 1 = «полностью согласен»). Чем выше суммарный показатель, тем больше показатель открытости будущему.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белинская Е.П., Вечерин А.В.* Адаптация диагностического инструментария: опросник «Проактивный копинг» // Социальная психология и общество. 2018. Том 9. № 3. С. 137—145. DOI:10.17759/sps.2018090314
2. *Витко Ю.С., Лебедева А.А.* Практики работы с бездомными: перспектива возвращения «невидимой» личности // Социальная психология и общество. 2021. Том 12. № 4. С. 146—169. DOI:10.17759/sps.2021120409
3. *Леонтьев Д.А., Шильманская Е.И.* Жизненная позиция личности: от теории к операционализации // Вопросы психологии. 2019. № 1. С. 90—100.
4. *Маркова В.И., Александрова Л.А., Золотарева А.А.* Русскоязычная версия краткой шкалы резилентности: психометрический анализ на примере выборки студентов, многодетных родителей и родителей детей с инвалидностью // Национальный психологический журнал. 2022. Том 45. № 1. С. 65—75. DOI:10.11621/npj.2022.0106
5. *Botella C., Molinari G., Fernández-Álvarez J., Guillén V., García-Palacios A., Baños R.M., Tomás J.M.* Development and validation of the Openness to the Future Scale: A prospective protective factor // Health and Quality of Life Outcomes. 2018. Vol. 16 (1). P. 1—16. DOI:10.1186/s12955-018-0889-8
6. *Caballero R., Chaves C., Valiente C.* Life satisfaction in people affected by a severe psychiatric condition: a comprehensive model // Psychosis. 2021. P. 1—12. DOI:10.1080/17522439.2021.1961011
7. *Colombo D., Fernández-Álvarez J., Suso-Ribera C., Cipresso P., García-Palacios A., Riva G., Botella C.* Biased affective forecasting: A potential mechanism that enhances resilience and well-being // Frontiers in Psychology. 2020. Vol. 11. P. 1333. DOI:10.3389/fpsyg.2020.01333
8. *Colombo D., Suso-Ribera C., Fernández-Álvarez J., Cipresso P., García-Palacios A., Riva G., Botella C.* Affect recall bias: Being resilient by distorting reality // Cognitive Therapy and Research. 2020. Vol. 44 (5). P. 906—918. DOI:10.1007/s10608-020-10122-3
9. *Díaz-García A., González-Robles A., García-Palacios A., Fernández-Álvarez J., Castilla D., Bretón J.M., Botella C.* Negative and positive affect regulation in a transdiagnostic internet-based protocol for emotional disorders: Randomized controlled trial // Journal of Medical Internet Research. 2021. Vol. 23(2), e21335. DOI:10.2196/21335
10. *Greenglass E., Schwarzer R., Taubert S.* The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument // 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12t—14, 1999. Cracow, 1999, p. 12—14. DOI:10.1037/t07292-000
11. *Hu L.T., Bentler P.M.* Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives // Structural Equation Modeling. 1999. Vol. 6(1). P. 1—55. DOI:10.1080/10705519909540118
12. *Lopez S.J., Snyder C.R., Rasmussen H.N.* Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (pp. 3—20). American Psychological Association, 2003. DOI:10.1037/10612-001

13. Palma-Gómez A., Herrero R., Baños R., García-Palacios A., Castañeiras C., Fernandez G.L., Llul D.M., Torres L.C., Barranco L.A., Cárdenas-Gómez L., Botella C. Efficacy of a self-applied online program to promote resilience and coping skills in university students in four Spanish-speaking countries: Study protocol for a randomized controlled trial // *BMC Psychiatry*. 2020. Vol. 20 (1). P. 148. DOI:10.1186/s12888-020-02536-w
14. Salovey P., Rothman A.J., Detweiler J.B., Steward W.T. Emotional states and physical health // *American Psychologist*. 2000. Vol. 55(1). P. 110—121. DOI:10.1037/0003-066X.55.1.110
15. Su S., Li X., Lin D., Zhu M. Future orientation, social support, and psychological adjustment among left-behind children in rural China: A longitudinal study // *Frontiers in Psychology*. 2017. Vol. 8. P. 1309. DOI:10.3389/fpsyg.2017.01309
16. Taber K.S. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education // *Research in Science Education*. 2018. Vol. 48. P. 1273—1296. DOI:10.1007/s11165-016-9602-2
17. Valiente C., Vázquez C., Contreras A., Peinado V., Trucharte A. A symptom-based definition of resilience in times of pandemics: Patterns of psychological responses over time and their predictors // *European Journal of Psychotraumatology*. 2021. Vol. 12 (1). Article 1871555. DOI:10.1080/20008198.2020.1871555
18. Vazquez C., Valiente C., García F.E., Contreras A., Peinado V., Trucharte A., Bentall R.P. Post-traumatic growth and stress-related responses during the COVID-19 pandemic in a national representative sample: The role of positive core beliefs about the world and others // *Journal of Happiness Studies*. 2021. Vol. 22 (7). P. 2915—2935. DOI:10.1007/s10902-020-00352-3
19. Windle G., Bennett K.M., Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales // *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011. Vol. 9. P. 8. DOI:10/1186/1477-7525-9-8

REFERENCES

1. Belinskaya E.P., Vecherin A.V. Adaptaciya diagnosticheskogo instrumentariya: oprosnik «Proaktivnyj koping» [Adaptation of diagnostic tools: questionnaire «Proactive coping»]. *Social'naya psihologiya i obshchestvo = Social psychology and society*, 2018, vol. 9, no. 3, pp. 137—145. DOI:10.17759/sps.2018090314. (In Russ.).
2. Vitko Yu.S., Lebedeva A.A. Praktiki raboty s bezdomnymi: perspektiva vozvrashcheniya «nevidimoy» lichnosti [Practices of working with the homeless: the prospect of the return of the «invisible» personality]. *Social'naya psihologiya i obshchestvo = Social psychology and society*, 2021, vol. 12, no. 4, pp. 146—169. DOI:10.17759/sps.2021120409. (In Russ.).
3. Leont'ev D.A., SHil'manskaya E.I. ZHiznennaya poziciya lichnosti: ot teorii k operacionalizacii [The life position of a person: from theory to operationalization]. *Voprosy psihologii = Questions of psychology*, 2019, no. 1, pp. 90—100. (In Russ.).
4. Markova V.I., Aleksandrova L.A., Zolotareva A.A. Russkoyazychnaya versiya kratkoj shkaly rezilientnosti: psihometricheskij analiz na primere vyborok studentov, mnogodetnyh roditelej i roditelej detej s invalidnost'yu [The Russian version of the short scale of resistance: psychometric analysis on the example of samples of students, parents with many children and parents of children with disabilities].

- Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal = National Psychological Journal*, 2022, vol. 45, no. 1, pp. 65—75. DOI:10.11621/npj.2022.0106. (In Russ.).
5. Botella C., Molinari G., Fernández-Álvarez J., Guillén V., García-Palacios A., Baños R.M., Tomás J.M. Development and validation of the Openness to the Future Scale: A prospective protective factor. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2018, vol. 16(1), pp. 1—16. DOI:10.1186/s12955-018-0889-8
 6. Caballero R., Chaves C., Valiente C. Life satisfaction in people affected by a severe psychiatric condition: a comprehensive model. *Psychosis*, 2021, pp. 1—12. DOI:10.1080/17522439.2021.1961011
 7. Colombo D., Fernández-Álvarez J., Suso-Ribera C., Cipresso P., García-Palacios A., Riva G., Botella C. Biased affective forecasting: A potential mechanism that enhances resilience and well-being. *Frontiers in Psychology*, 2020, vol. 11, p. 1333. DOI:10.3389/fpsyg.2020.01333
 8. Colombo D., Suso-Ribera C., Fernández-Álvarez J., Cipresso P., García-Palacios A., Riva G., Botella C. Affect recall bias: Being resilient by distorting reality. *Cognitive Therapy and Research*, 2020, vol. 44 (5), pp. 906—918. DOI:10.1007/s10608-020-10122-3
 9. Díaz-García A., González-Robles A., García-Palacios A., Fernández-Álvarez J., Castilla D., Bretón J.M., Botella C. Negative and positive affect regulation in a transdiagnostic internet-based protocol for emotional disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 2021, vol. 23(2), e21335. DOI:10.2196/21335
 10. Greenglass E., Schwarzer R., Taubert S. The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument. 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12t—14, 1999. Cracow, 1999, p. 12—14. DOI:10.1037/t07292-000
 11. Hu L.T., Bentler P.M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 1999, vol. 6 (1), pp. 1—55. DOI:10.1080/10705519909540118
 12. Lopez S.J., Snyder C.R., Rasmussen H.N. Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (pp. 3—20). American Psychological Association, 2003. DOI:10.1037/10612-001
 13. Palma-Gómez A., Herrero R., Baños R., García-Palacios A., Castañeiras C., Fernandez G.L., Llul D.M., Torres L.C., Barranco L.A., Cárdenas-Gómez L., Botella C. Efficacy of a self-applied online program to promote resilience and coping skills in university students in four Spanish-speaking countries: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 2020, vol. 20 (1), p. 148. DOI:10.1186/s12888-020-02536-w
 14. Salovey P., Rothman A.J., Detweiler J.B., Steward W.T. Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 2000, vol. 55(1), pp. 110—121. DOI:10.1037/0003-066X.55.1.110
 15. Su S., Li X., Lin D., Zhu M. Future orientation, social support, and psychological adjustment among left-behind children in rural China: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 2017, vol. 8, p. 1309. DOI:10.3389/fpsyg.2017.01309

16. Taber K.S. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 2018, vol. 48, pp. 1273—1296. DOI:10.1007/s11165-016-9602-2
17. Valiente C., Vázquez C., Contreras A., Peinado V., Trucharte A. A symptom-based definition of resilience in times of pandemics: Patterns of psychological responses over time and their predictors. *European Journal of Psychotraumatology*, 2021, vol. 12(1), article 1871555. DOI:10.1080/20008198.2020.1871555
18. Vazquez C., Valiente C., García F.E., Contreras A., Peinado V., Trucharte A., Bentall R.P. Post-traumatic growth and stress-related responses during the COVID-19 pandemic in a national representative sample: The role of positive core beliefs about the world and others. *Journal of Happiness Studies*, 2021, vol. 22 (7), pp. 2915—2935. DOI:10.1007/s10902-020-00352-3
19. Windle G., Bennett K.M., Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2011, vol. 9, p. 8. DOI:10/1186/1477-7525-9-8

Информация об авторах

Хегай Анна Сергеевна, магистр психологии, приглашенный преподаватель департамента психологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5322-4222>, e-mail: askhegay@yandex.ru

Золотарева Алена Анатольевна, кандидат психологических наук, доцент департамента психологии, факультета социальных наук, старший научный сотрудник международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>, e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Каштанова Татьяна Алексеевна, магистр психологии, стажер-исследователь международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2152-3612>, e-mail: kash.tanchic@mail.ru

Витко Юлия Станиславовна, магистр психологии, стажер-исследователь департамента психологии, факультета социальных наук, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9375-2647>, e-mail: uliyvitko18@gmail.com

Лебедева Анна Александровна, кандидат психологических наук, доцент департамента психологии, факультета социальных наук, старший научный сотрудник международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5919-5338>, e-mail: aalebedeva@hse.ru

Information about the authors

Anna S. Khegay, Master in Positive Psychology, HSE University, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5322-4222>, e-mail: askhegay@yandex.ru

Alena A. Zolotareva, PhD in Psychology, Associate Professor at the Department of Psychology, Faculty of Social Sciences; Senior Researcher of International Laboratory of Positive Psychology of Personality and Motivation, HSE University, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>, e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Tatyana A. Kashtanova, Master in Psychology; Research Trainee of International Laboratory of Positive Psychology of Personality and Motivation, HSE University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2152-3612>, e-mail: kash.tanchic@mail.ru

Julia S. Vitko, Master in Psychology, Research Trainee of Faculty of Social Sciences, School of Psychology; Senior Researcher of International Laboratory of Positive Psychology of Personality and Motivation, HSE University, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-9375-2647>, e-mail: uliyvitko18@gmail.com

Anna A. Lebedeva, PhD (Psychology), Associate Professor, School of Psychology, Faculty of Social Sciences; Senior Researcher of International Laboratory of Positive Psychology of Personality and Motivation, HSE University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5919-5338>, e-mail: aalebedeva@hse.ru

Получена 06.02.2023

Received 06.02.2023

Принята в печать 30.05.2023

Accepted 30.05.2023

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

EMPIRICAL STUDIES

ТИПИЗАЦИЯ ФИКСАЦИЙ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ВОСПРИЯТИИ АДДИКТИВНО ЗНАЧИМЫХ СТИМУЛОВ ПАЦИЕНТАМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В.Б. НИКИШИНА

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2421-3652>,

e-mail: vbnikishina@mail.ru

Е.А. ПЕТРАШ

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3177-088X>,

e-mail: petrash@mail.ru

С.Л. БОРИСОВА

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7607-0799>

e-mail: sborisova0109@gmail.com

Актуальность исследования обусловлена необходимостью поиска объективирующих методов выявления признаков и проявлений зависимости, как в целях диагностики, так и с целью оценки эффективности реабилитационного процесса на разных его этапах. **Цель:** выявление типовых стратегий распределения фиксации глазодвигательных реакций при восприятии аддиктивно значимых стимулов пациентами с алкогольной зависимостью. **Материалы и методы:** общий объем выборки 73 человека. В экспериментальную группу вошли 37 испытуемых (23 мужчины и 14 женщин) с алкогольной зависимостью (имеющих диагноз F10.2 по МКБ 10 — Алкогольная зависимость). Контрольную группу составили 36 испытуемых (22 мужчины и 14 женщин), имеющих заключение «здоров» по результатам прохождения периодического медицинского осмотра. Исследование включало в себя два этапа: оценка нейрокогнитивного статуса испытуемых (Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA) и экспериментальное исследование фиксации глазодвигательных реакций при восприятии аддиктивно значимых стимулов (аппаратного комплекса оценки глазодвигательных реакций Tobii EyeX и программного обеспечения «GazeControl»). **Результаты.** Выявленные специфические особенности фиксации глазодвигательных реакций при восприятии аддиктивно значимых стимулов пациентами с алкогольной зависимостью позволяют типизировать стратегии глазодвигательных реакций. **Выводы.** Значимо меньшее общее количество фиксации взгляда, распределение фиксации между объектами (аддиктивно значимыми стимулами), а также избегающая стратегия глазодвигательных реакций (проявляющаяся в фиксации взгляда на пустом фоновом поле вне изображенных объектов) могут быть обусловлены актуализацией патологического влечения к алкоголю, вызванного демонстрацией аддиктивно значимых стимулов.

Ключевые слова: фиксации глазодвигательных реакций, алкогольная зависимость, аддиктивно значимые стимулы.

Для цитаты: Никишина В.Б., Петраш Е.А., Борисова С.Л. Типизация фиксации глазодвигательных реакций при восприятии аддиктивно значимых стимулов пациентами с алкогольной зависимостью // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 137—151. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310207>

TYPIFICATION OF FIXATIONS OF OCULOMOTOR REACTIONS IN THE PERCEPTION OF ADDICTIVELY SIGNIFICANT STIMULI BY PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

VERA B. NIKISHINA

Pirogov Russian National Research Medical University,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2421-3652>,

e-mail: vbnikishina@mail.ru

EKATERINA A. PETRASH

Pirogov Russian National Research Medical University,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3177-088X>,

e-mail: petrash@mail.ru

SOFIYA L. BORISOVA

Pirogov Russian National Research Medical University,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7607-0799>

e-mail: sborisova0109@gmail.com

The relevance of the study is due to the need to search for objectivizing methods for identifying signs and manifestations of dependence, both for diagnostic purposes and for the purpose of assessing the effectiveness of the rehabilitation process at its various stages. **Purpose:** to identify typical strategies for the distribution of fixations of oculomotor reactions during the perception of addictively significant stimuli by patients with alcohol dependence. **Materials and Methods:** The total sample size was 73 people. The experimental group included 37 subjects (23 men and 14 women) with alcohol dependence (diagnosed as F10.2 according to ICD 10 — Alcohol dependence). The control group consisted of 36 subjects (22 men and 14 women) with a “healthy” conclusion based on the results of periodic medical examinations. The study was carried out on the basis of written informed consent from the subjects. The study included two stages: an assessment of the neurocognitive status of the subjects (Montreal Cognitive Function Assessment (MoCA) and an experimental study of fixations of oculomotor reactions during the perception of addictively significant stimuli (the hardware complex for assessing oculomotor reactions Tobii EyeX and the GazeControll software). **Results.** Specific features of fixations of oculomotor reactions during the perception of addictively significant stimuli by patients with alcohol dependence make it possible to typify the strategies of oculomotor reac-

tions. on an empty background field outside the depicted objects) may be due to the actualization of a pathological craving for alcohol caused by the demonstration of additively significant stimuli.

Keywords: fixation of oculomotor reactions, alcohol dependence, additively significant stimuli.

For citation: *Nikishina V.B., Petrash E.A., Borisova S.L.* Typification of Fixations of Oculomotor Reactions in the Perception of Additively Significant Stimuli by Patients with Alcohol Dependence. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 137—151. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310207> (In Russ.).

Введение

Показатели распространенности алкогольной зависимости (F10.2 по МКБ 10) в России по данным Росстата на 2020 год составляют 150 человек на 100 000 взрослого населения. При этом с каждым годом снижается возраст начала злоупотребления алкоголем. Если на 2018 год количество употребляющих алкоголь в возрасте 15—19 лет составляет 41,3%, то в 2020 году количество употребляющих алкоголь в возрасте 15—19 лет составляет 58,7% (по данным Росстата). Анализируя существующие методы клинико-психологической диагностики зависимого поведения, установлено преимущественное преобладание тестовых и опросных методов, вопросы которых в прямой форме указывают на определенный вид зависимости. Применение указанных методов, в свою очередь, позволяет давать пациентам социально желательные ответы. При ответах на вопросы соответствующих тестов или опросников (например, Модифицированный интегрированный тест Н.Н. Телеповой для оценки личных пристрастий; AUDIT — Alcohol Use Disorders Identification Test с целью раннего выявления лиц группы риска и лиц, злоупотребляющих алкоголем; Тест на алкоголизм Мичиганского университета — MAST и др.) пациенты, с одной стороны, могут избегать положительных ответов о наличии у себя признаков и проявлений зависимости (или зависимого поведения), с другой стороны, наоборот, акцентировать положительные ответы на проявлениях зависимости с целью усугубления собственного состояния (для получения какой-либо выгоды). Возникает необходимость поиска объективизирующих методов выявления признаков и проявлений зависимости, как в целях диагностики, так и с целью оценки эффективности реабилитационного процесса на разных его этапах. В качестве одного из таких методов может рассматриваться метод окулографии, позволяющий исследовать особенности глазодвигательных реакций у пациентов с алкогольной зависимостью.

В целом ряде современных зарубежных исследований ученые активно изучают особенности глазодвигательных реакций пациентов с алкогольной зависимостью [1; 2]. Большой вклад в изучение данной проблемы внесли Зои Боллен (Zoe Bollen), Артур Пабст (Arthur Pabst), Никола Массон (Nicolas Masson), Полин Бийо (Pauline Billaux), Фабьен Д'Ондрт (Fabien D'Hondt), Джори Делез (Jory Deleuze), Ксавье Де Лонгвиль (Xavier De Longueville), Карин Ламбот (Carine Lambot), Пьер Мораж (Pierre Maurage), сделал ряд исследований по данной проблематике. В своей работе ученые, изучив параметры глазодвигательных реакций людей с алкогольной зависимостью, сделали вывод о том, что зависимые от алкоголя люди чаще используют реакцию избегания при виде изображений стимулов, связанных с алкогольной зависимостью, а не фокусируют свое внимание на изображениях стимулов, связанных алкогольной зависимостью [3].

Осуществляя систематический и критический обзор коррелятов отслеживания движений глаз у лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, ученые провели анализ исследований, опубликованных в PsycINFO, PubMed и Scopus, по изучаемой проблематике. Авторы пришли к выводу о том, что алкогольная интоксикация прямо связана со снижением глазодвигательной точности/скорости и снижением производительности памяти / исполнительных функций [6]. Этот обзор также подчеркнул текущие недостатки в этой области и, в частности, ограничения, связанные с измерением острого потребления алкоголя и интерпретацией индексов отслеживания глаз. Подобные систематические обзоры по данной проблематике также проводились другими учеными [4; 5; 7; 8].

В качестве одного из основных проявлений алкогольной зависимости является патологическое влечение. Актуализация патологического влечения к объекту зависимости (в данном исследовании — алкоголю) может быть обусловлена восприятием аддиктивно значимых стимулов. Для пациентов с алкогольной зависимостью изображение бутылок с алкогольными напитками является аддиктивно значимым стимулом. При отсутствии же зависимости данные стимулы являются аддиктивными (потенциально связанными с возникновением зависимости), но не значимыми. Восприятие визуальных стимулов (изображений бутылок с алкогольными напитками) происходит через призму личного опыта испытуемого и индивидуального значения каждого из них. Все это, в свою очередь, определяет параметры глазодвигательных реакций, представляющих собой как осознанные, так и неосознанные движения глаз на любой вид стимулов. В качестве одного из параметров глазодвигательных реакций рассматриваются фиксации, характеризующие период времени, в течение которого глаза фиксируются на зрительной цели при

стабильном восприятии фиксированной информации. Анализ фиксации глазодвигательных реакций осуществляется по тепловым картам, которые показывают, на каких областях предъявленных изображений испытуемый фиксировал взгляд при восприятии.

Целью исследования является типизация фиксации глазодвигательных реакций при восприятии аддиктивно значимых стимулов пациентами с алкогольной зависимостью.

Реализуя эмпирическое исследование в рамках обозначенной цели, мы исходили из предположения о том, что при восприятии аддиктивных/аддиктивно значимых стимулов (изображений бутылок с алкогольными напитками) распределение фиксации глазодвигательных реакций типизируется в зависимости от их распределения на стимульных картах. При этом преобладающий тип распределения фиксации глазодвигательных реакций при алкогольной зависимости и при отсутствии таковой (у здоровых испытуемых) различается.

Материалы и методы

Общий объем выборки составил 73 человека в возрасте от 22 до 62 лет. В экспериментальную группу вошли 37 испытуемых (23 мужчины и 14 женщин) с алкогольной зависимостью (имеющих диагноз F10.2 по МКБ 10 — Алкогольная зависимость). Все испытуемые экспериментальной группы на момент обследования состоят на диспансерном учете в психоневрологическом диспансере (ПНД), в анамнезе имеют от двух до пяти госпитализаций с психотическими эпизодами (алкогольным делирием). Исследование осуществлялось в период амбулаторного прохождения реабилитации на базе МНПЦ наркологии испытуемыми, находящимися в состоянии ремиссии. В контрольную группу вошли 36 испытуемых (22 мужчины и 14 женщин), имеющих заключение «здоров» по результатам прохождения периодического медицинского осмотра (не состоящие на учете у нарколога и психиатра, не имеющие тяжелых соматических заболеваний в анамнезе). Исследование осуществлялось на условиях письменного информированного согласия со стороны испытуемых.

Исследование включало в себя предварительный и два основных этапа. На предварительном этапе осуществлялась оценка нейрокогнитивного статуса испытуемых с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA). Уровень когнитивных функций по тесту MoCA у испытуемых — не менее 23 баллов (при максимальном значении 30 баллов). Снижение когнитивных функций, оцениваемое ниже 23 баллов в количественном выражении, являлось критерием исключения испытуемых из программы исследования.

Процедура экспериментального исследования фиксации глазодвигательных реакций при восприятии аддиктивно значимых стимулов пациентами с алкогольной зависимостью была реализована с использованием программно-аппаратного комплекса оценки глазодвигательных реакций Tobii EyeX и программного обеспечения «GazeControl». Исследование осуществлялось при плотно закрытых шторах исключительно при искусственном освещении. Испытуемый располагался за столом с компьютером. Расстояние от монитора до линии глаз составляло около 60—70 см. Для каждого испытуемого осуществлялась калибровка оборудования под индивидуальные особенности каждого. Далее испытуемому поочередно предъявлялись стимульные карты, которые содержали аддиктивно значимые стимулы. В качестве аддиктивно значимых стимулов выступали изображения бутылок с алкогольными напитками. Стимульные карты представляли собой 7 различных, не повторяющихся карточек размером 1500×800 мм. Каждая стимульная карта была секторирована на 6 частей. На каждой из карт был изображен индивидуальный набор из изображений 6 бутылок алкогольной продукции на белом фоне (по одной бутылке в каждом секторе). Каждый новый стимул отличался неповторимым расположением объектов на стимульной карте. В зависимости от стимула объекты группировались по нескольким критериям: по внешнему виду, ценовой доступности, местоположению на экране, крепости, распространенности. Один и тот же объект ни разу не повторял свое местоположение ни на одной из стимульных карт. Каждая стимульная карта предъявлялась на экране компьютера на 7 секунд. Предъявление стимульных карт чередовалось с предъявлением интерферирующего стимула — пустого серого прямоугольника 1500×800 мм. Общая длительность исследования составляла от 40 до 60 минут. Фиксировались следующие параметры фиксации глазодвигательных реакций: общее количество фиксации, местоположение фиксации (по секторам), количество выбранных объектов для фиксации, количество фиксации с учетом объектных характеристик аддиктивно значимых стимулов (крепость, доступность, распространенность). По количеству и характеру распределения фиксации глазодвигательных реакций на стимульных картах осуществлялась типизация стратегий фиксации глазодвигательных реакций. Дизайн исследования представлен на рис. 1.

Количественная обработка полученных результатов осуществлялась с использованием методов описательной (диаграмма долевого распределения, показатели средних значений, среднего квадратического отклонения) и сравнительной (угловое преобразование ϕ Фишера, непараметрический U-критерий Манна—Уитни, $p < 0,05$) статистики.

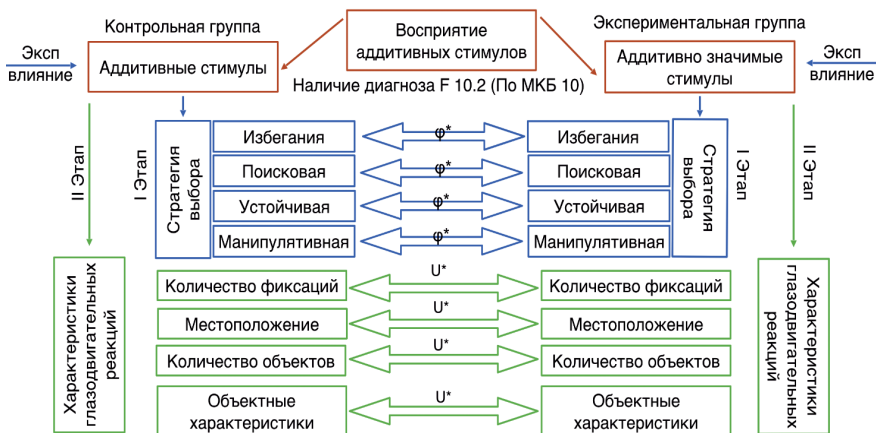


Рис. 1. Схема дизайна исследования фиксации глазодвигательных реакций при восприятии аддитивно значимых стимулов пациентами с алкогольной зависимостью

Результаты исследования

В результате оценки общего количества фиксации установлено значимое преобладание ($p=0,028^*$) количества фиксации в группе испытуемых с отсутствием алкогольной зависимости в сравнении с испытуемыми с алкогольной зависимостью — в 1,8 раза (табл. 1).

Таблица 1

Показатели средних значений общего количества фиксации по группам испытуемых

Показатели	min	max	Среднее значение			
			Количество фиксации	Количество выбранных объектов*	Общее количество фиксации на одной стимульной карте*	Общее суммарное количество фиксации
Контрольная группа	2	6	4	11	18	541
Экспериментальная группа	0	3	1,7	7	9,5	285

Анализируя распределение количества фиксации по секторам предъявляемых стимульных карт, установлено максимальное коли-

чество фиксации преимущественно в верхнем центральном секторе (рис. 2).

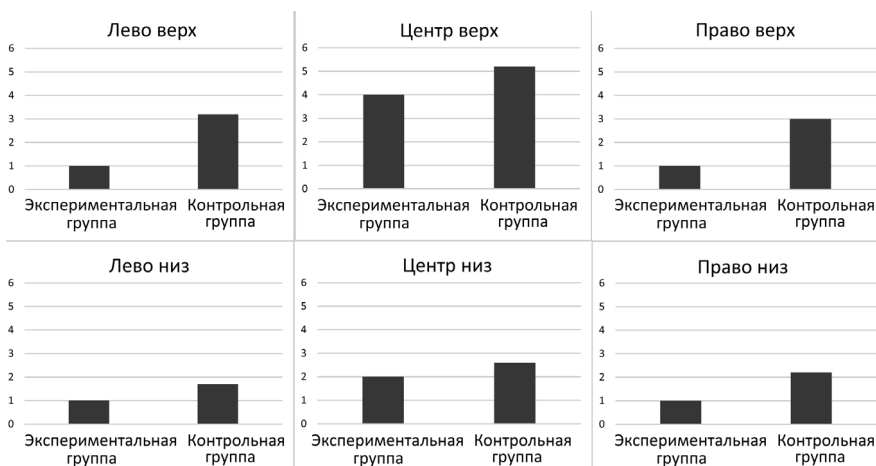


Рис. 2. Гистограммы средних значений общего количества фиксации по секторам стимульных карт по группам испытуемых

Минимальное количество фиксации у испытуемых с алкогольной зависимостью выявлено в четырех секторах — левом верхнем, правом верхнем, правом нижнем и левом нижнем. При этом статистически значимые различия по распределению количества фиксации по секторам между экспериментальной и контрольной группами выявлены по трем верхним секторам; количество фиксации испытуемых с отсутствием алкогольной зависимости значимо больше количества фиксации испытуемых с алкогольной зависимостью.

Следующим этапом количественной оценки являлось изучение количества фиксации при последовательном предъявлении семи стимульных карт. Для испытуемых с алкогольной зависимостью отмечается минимальное количество фиксации при предъявлении всех семи стимульных карт. При этом при просмотре третьей и четвертой стимульных карт среднее количество фиксации возрастает до двух. Для испытуемых с отсутствием алкогольной зависимости среднее количество фиксации по предъявляемым стимульным картам имеет иное распределение: по четыре фиксации на первых двух предъявлениях, далее количество фиксации колеблется от трех до четырех при последующих четырех предъявлениях. При предъявлении седьмой стимульной карты выявлено максимальное количество фиксации, равное пяти. Таким образом, в качестве общей тенденции следует от-

метить одинаковое количество фиксации глазодвигательных реакций на первых двух стимульных картах, а также увеличение среднего количества фиксации глазодвигательных реакций от первого к седьмому предъявлению.

По видам изображенного на стимульных картах алкоголя (высокоградусные алкогольные напитки и низкоградусные алкогольные напитки) у испытуемых с алкогольной зависимостью выявлено примерно равное количество фиксации: на низкоградусных объектах — $129,2 \pm 2,19$ фиксации, на высокоградусных — $156,4 \pm 5,18$ фиксации. При этом фиксациями отмечены лишь 7 из 16 аддиктивно значимых изображения на стимульных картах. У испытуемых с отсутствием алкогольной зависимости выявлено также преобладание фиксации на изображении высокоградусных алкогольных напитков ($301,4 \pm 5,21$ фиксация) в сравнении с количеством фиксации на изображениях низкоградусных алкогольных напитков ($241,3 \pm 3,18$ фиксации). В качестве общей тенденции отмечаем более частую фиксацию взгляда на изображениях высокоградусных алкогольных напитков, как при алкогольной зависимости, так и при отсутствии алкогольной зависимости.

Сопоставляя выбор предпочитаемого алкогольного напитка, указываемого в ходе предварительной клинической беседы, с фиксациями глазодвигательных реакций на тепловой карте, получены следующие результаты. У испытуемых с алкогольной зависимостью выбор предпочитаемого алкогольного напитка совпал лишь у 6% респондентов, тогда как в контрольной группе выбор совпал у 13% респондентов. В 47% случаев экспериментальной группы и 60% случаев контрольной группы выбор в анкете и на тепловой карте не совпал. Фиксации глазодвигательных реакций отмечены на изображениях алкогольных напитков, не упоминаемых в ходе клинической беседы и не указанных при заполнении анкетных данных. При этом необходимо отметить, что упоминаемые испытуемыми обеих групп в ходе беседы алкогольные напитки были представлены в стимульных картах в полном объеме. 47% испытуемых экспериментальной группы и 27% испытуемых контрольной группы не смогли осуществить определенный выбор предпочитаемого напитка. Фиксации глазодвигательных реакций на тепловых картах располагались между изображениями бутылок с алкогольными напитками.

На основании данных о количестве и расположении фиксации глазодвигательных реакций с использованием процедуры типизации были выявлены четыре стратегии фиксации глазодвигательных реакций: стратегия избегания, избирательная стратегия, манипулятивная стратегия, поисковая стратегия (рис. 3).

В группе испытуемых с алкогольной зависимостью преобладающей стратегией глазодвигательных реакций является избегающая

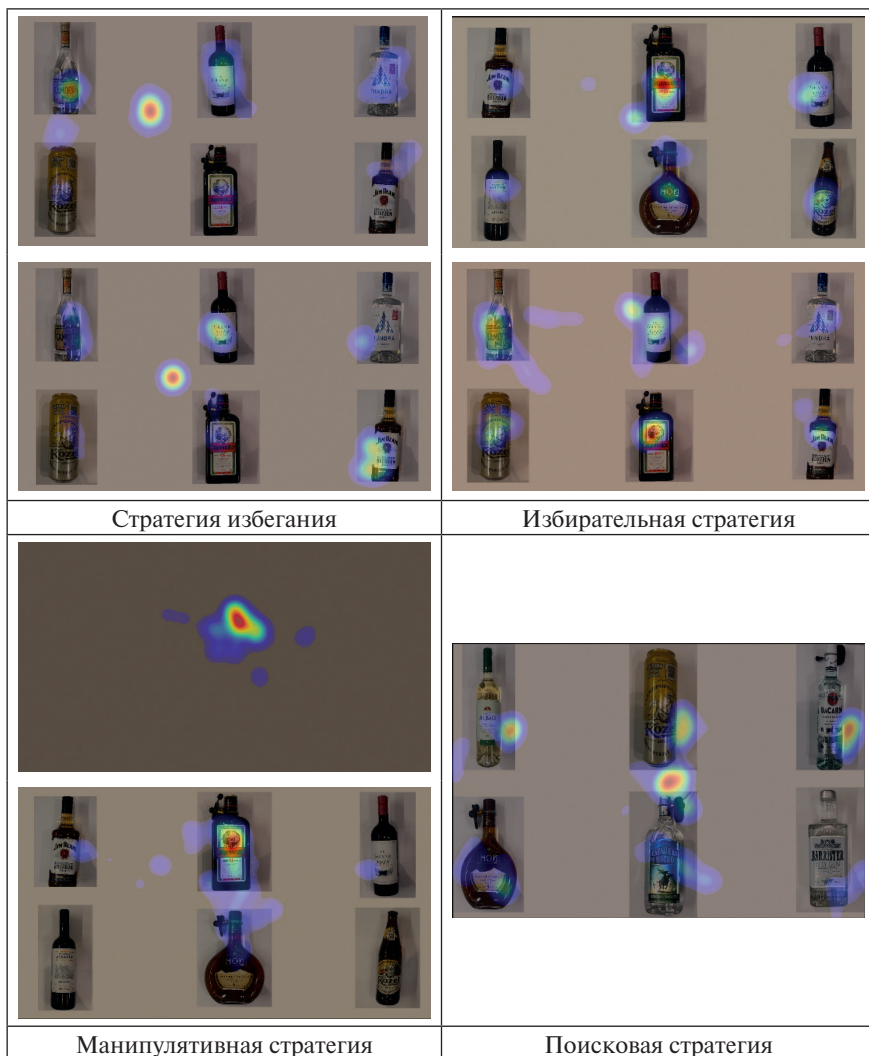


Рис. 3. Примеры тепловых карт испытуемых с алкогольной зависимостью

стратегия (у 46% испытуемых). Также высокочастотной является манипулятивная стратегия, выявленная у 30% испытуемых. В группе испытуемых с отсутствием алкогольной зависимости преобладающей является поисковая стратегия глазодвигательных реакций (рис. 4).



Рис. 4. Диаграммы долевого распределения стратегий глазодвигательных реакций по группам испытуемых

Обсуждение результатов

На основании результатов качественного и количественного анализа при исследовании показателей фиксации глазодвигательных реакций при алкогольной зависимости были выявлены следующие тенденции. В качестве общей тенденции следует отметить увеличение количества фиксаций глазодвигательных реакций на аддиктивно значимые стимулы от первой стимульной карты к последней. В качестве специфических тенденций, помимо общего количества фиксаций (в контрольной группе в 1,8 раз больше, чем в экспериментальной), выделим преобладающие стратегии глазодвигательных реакций: в экспериментальной группе преобладает стратегия избегания, в контрольной группе — поисковая стратегия. Также для испытуемых с отсутствием алкогольной зависимости характерно равномерное распределение количества фиксаций глазодвигательных реакций на аддиктивно значимых стимулах (объектах) на всех стимульных картах. Полученные результаты согласуются с выявленными ранее данными, полученными З. Боллен с соавторами с использованием метода окулографии, об избегающих тенденциях в отношении алкогольных изображений со смещением фиксаций взгляда на неалкогольных изображениях [3—5].

Выводы

1. Специфические особенности фиксаций глазодвигательных реакций при восприятии аддиктивно значимых стимулов пациентами с алкогольной зависимостью позволяют типизировать стратегии глазодвигательных реакций.

2. Значимо меньшее общее количество фиксаций взгляда, распределение фиксаций между объектами (аддиктивно значимыми стимулами), а также избегающая стратегия глазодвигательных реакций (проявляющаяся в фиксации взгляда на пустом фоновом поле вне изображенных объектов) могут быть обусловлены актуализацией патологического влечения к алкоголю, вызванного демонстрацией аддиктивно значимых стимулов. Данное предположение подтверждается появлением поведенческих (суетливость и рассеянность при рассматривании стимульных изображений на экране), эмоциональных (ворчливость, недовольство и эмоциональные вспышки в процессе процедуры исследования) и вегетативных (саливация, гиперемия лица) проявлений актуализации патологического. Указанные клинические проявления отсутствовали на этапе клинической беседы, проявлялись лишь при основном исследовании — в процессе рассматривания стимульных карт с изображением бутылок с алкогольными напитками.

3. Равномерное распределение количества фиксаций от первой к последней стимульной карте, поисковая стратегия глазодвигательных реакций (характеризующаяся равномерным распределением фиксаций взгляда на нескольких объектах, изображенных на каждой стимульной карте), выявленные у испытуемых с отсутствием алкогольной зависимости, свидетельствуют об устойчивости восприятия аддиктивно значимых стимулов.

Выявленная типизация глазодвигательных реакций пациентов с алкогольной зависимостью может рассматриваться в качестве одного из критериев оценки эффективности процесса реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью в состоянии ремиссии, как в условиях стационара, так и в условиях амбулатории.

Ограничения и дальнейшие перспективы исследования

В качестве ограничений представленного исследования выступает небольшой объем выборки, в связи с чем выводы в настоящий момент носят предварительный характер и требуют дальнейшей проверки на большем объеме исследовательской выборки. Также в качестве ограничения выступает применяемая методика исследования, предполагающая в дальнейшем расширение диапазона исследуемых параметров и характеристик.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Армстронг Т., Олатунджи Б.О.* Отслеживание глазодвигательных реакций при аффективных расстройствах: мета-аналитический обзор и обобщение // Обзор клинической психологии. 2012. № 32 (8). С. 704—723.
2. *Кальво М. Г., Нумменмаа Л.* Оценка движения глаз в течение времени при распознавании выражения лица: нейрофизиологические последствия // Когнитивная, аффективная и поведенческая неврология. 2009. № 9 (4). С. 398—411.

3. Bollen Z., Pabst A., Masson N., Billaux P., D'Hondt F., Deleuze J., De Longueville X., Lambot C., Maurage P. Alcohol-related attentional biases in recently detoxified inpatients with severe alcohol use disorder: an eye-tracking approach // *Drug Alcohol Depend.* 2021. Aug 1. № 225. Pe108803. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108803
4. Bollen Z., D'Hondt F., Dormal V., Lannoy S., Masson N., Maurage P. Understanding Attentional Biases in Severe Alcohol Use Disorder: A Combined Behavioral and Eye-Tracking Perspective // *Alcohol Alcohol.* 2021. Jan 4. № 56 (1). P. 1—7. DOI: 10.1093/alcalc/agua062
5. Bollen Z., Field M., Billaux P., Maurage P. Attentional bias in alcohol drinkers: A systematic review of its link with consumption variables // *Neurosci Biobehav Rev.* 2022. № 139. Pe104703. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104703
6. Maurage P., Masson N., Bollen Z., D'Hondt F. Eye tracking correlates of acute alcohol consumption: A systematic and critical review // *Neurosci Biobehav Rev.* 2020. № 108. P. 400—422. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.10.001
7. Maurage P., Bollen Z., Masson N. et al. Eye Tracking Studies Exploring Cognitive and Affective Processes among Alcohol Drinkers: a Systematic Review and Perspectives // *Neuropsychol Rev.* 2021. № 31. P. 167—201. DOI: 10.1007/s11065-020-09458-0
8. Pabst A., Bollen Z., Masson N., Billaux P., de Timary P., Maurage P. An eye-tracking study of biased attentional processing of emotional faces in severe alcohol use disorder // *J Affect Disord.* 2023. № 323. P. 778—787. DOI: 10.1016/j.jad.2022.12.027

REFERENCES

1. Armstrong T., Olatunji B. O. Eye tracking of attention in the affective disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 2012, № 32 (8), pp. 704—723.
2. Calvo M. G., Nummenmaa L. Eye-movement assessment of the time course in facial expression recognition: Neurophysiological implications. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 2009, № 9 (4), pp. 398—411.
3. Bollen Z., Pabst A., Masson N., Billaux P., D'Hondt F., Deleuze J., De Longueville X., Lambot C., Maurage P. Alcohol-related attentional biases in recently detoxified inpatients with severe alcohol use disorder: an eye-tracking approach. *Drug Alcohol Depend.* 2021, № 225. Pe108803. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108803
4. Bollen Z., D'Hondt F., Dormal V., Lannoy S., Masson N., Maurage P. Understanding Attentional Biases in Severe Alcohol Use Disorder: A Combined Behavioral and Eye-Tracking Perspective. *Alcohol Alcohol*, 2021, № 56 (1), pp. 1—7. DOI: 10.1093/alcalc/agua062
5. Bollen Z., Field M., Billaux P., Maurage P. Attentional bias in alcohol drinkers: A systematic review of its link with consumption variables. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022, № 139. Pe104703. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104703
6. Maurage P., Masson N., Bollen Z., D'Hondt F. Eye tracking correlates of acute alcohol consumption: A systematic and critical review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020, № 108, pp. 400—422. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.10.001
7. Maurage P., Bollen Z., Masson N. et al. Eye Tracking Studies Exploring Cognitive and Affective Processes among Alcohol Drinkers: a Systematic Review and Perspectives. *Neuropsychol Rev.* 2021, № 31, pp. 167—201. DOI: 10.1007/s11065-020-09458-0

8. Pabst A., Bollen Z., Masson N., Billaux P., de Timary P., Maurage P. An eye-tracking study of biased attentional processing of emotional faces in severe alcohol use disorder. *J Affect Disord*, 2023, № 323, pp. 778—787. DOI: 10.1016/j.jad.2022.12.027

Информация об авторах

Никишина Вера Борисовна, доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой клинической психологии, директор Института клинической психологии и социальной работы, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2421-3652>, e-mail: vbnikishina@mail.ru

Петраш Екатерина Анатольевна, доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры клинической психологии, заместитель директора Института клинической психологии и социальной работы, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»), г. Москва, Российская Федерация; доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии, директор, Институт клинической психологии и социальной работы, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3177-088X>, e-mail: petrash@mail.ru

Борисова Софья Леонидовна, аспирант кафедры клинической психологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7607-0799>, e-mail: sborisova0109@gmail.com

Information about the authors

Nikishina Vera Borisovna, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Department of Clinical Psychology, Director of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2421-3652>, e-mail: vbnikishina@mail.ru

Petrash Ekaterina Anatolyevna, Doctor of Psychology, Associate Professor, Professor of the Department of Clinical Psychology, Deputy Director of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Department of Clinical Psychology, Director of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3177-088X>, e-mail: petrash@mail.ru

Borisova Sofia Leonidovna, Postgraduate Student, Department of Clinical Psychology, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7607-0799>, e-mail: sborisova0109@gmail.com

Получена 19.02.2023

Received 19.02.2023

Принята в печать 13.05.2023

Accepted 13.05.2023

РАСПОЗНАВАНИЕ ЭМОЦИЙ ПО ЛИЦЕВОЙ ЭКСПРЕССИИ ПРИ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Е.И. ФЕДЮКОВИЧ

Санкт-Петербургский государственный университет
(ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9311-4135>,
e-mail: e.kutlinskaya@gmail.com

А.В. ТРУСОВА

Санкт-Петербургский государственный университет
(ФГБОУ ВО СПбГУ), Национальный медицинский
исследовательский центр психиатрии и неврологии
имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»
Минздрава России),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0921-4203>,
e-mail: anna.v.trusova@gmail.com

Распознавание эмоций по лицевой экспрессии является одним из компонентов системы эмоциональной регуляции, и изучение снижения точности распознавания эмоций позволяет расширить представления о нарушениях регуляции эмоций как ключевом звене механизма формирования аддиктивного поведения. **Цель исследования** — изучение особенностей распознавания эмоций у лиц с химической зависимостью. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 36 человек, из них 18 участников с химической зависимостью и 18 участников группы здорового контроля. Экспериментальная процедура распознавания эмоций по мимической экспрессии разработана на основе базы данных Emotional Facial Expression (KDEF-dyn data base) и позволяет оценивать 6 базовых эмоций (счастье, печаль, злость, страх, отвращение, удивление) в динамике их отображения; измерялись проценты правильных и ошибочных ответов. Сравнительный анализ между группой пациентов с хими-

ческой зависимостью и контрольной группой проведен с помощью иерархической множественной линейной регрессии с использованием в качестве контрольных переменных пола, возраста, уровня образования, уровня тревоги и депрессии (HADS), общего уровня импульсивности (BIS-11). **Результаты.** Для пациентов с химической зависимостью характерно нарушение распознавания печали и наличие устойчивого паттерна ошибочного распознавания отвращения вместо печали. **Вывод.** Полученные данные подтверждают наличие нарушений распознавания эмоций при химической зависимости в русскоязычной выборке и могут быть использованы в рамках психокоррекционных программ с акцентом на межличностном взаимодействии.

Ключевые слова: распознавание эмоций, лицевая экспрессия, химическая зависимость, аддикции.

Финансирование. Исследование выполняется при поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-313-90040.

Благодарности. Авторы благодарят за помощь в сборе данных для исследования П.А. Федюкович и С.А. Федюкович.

Для цитаты: Федюкович Е.И., Трусова А.В. Распознавание эмоций по мимической экспрессии при химической зависимости: пилотажное исследование // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 152—170. DOI: <https://doi.org/10.17759/crp.2023310208>

EMOTION RECOGNITION BY FACIAL EXPRESSION IN CHEMICAL ADDICTION: PILOT STUDY

EKATERINA I. FEDIUKOVICH

Saint Petersburg State University,

Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9311-4135>,

e-mail: e.kutlinskaya@gmail.com

ANNA V. TRUSOVA

Saint Petersburg State University,

Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0921-4203>,

e-mail: anna.v.trusova@gmail.com

Emotion recognition by facial expression is one of the components of the system of cognitive-emotional connections, and its study allows us to expand our understanding of emotion regulation disorders as a key link in the mechanism for

the formation of addictive behavior. The aim of the study is to research the features of emotion recognition in people with chemical dependence. **Methods.** The study involved 36 people, including 18 participants with chemical dependence and 18 participants in the healthy controls. The experimental procedure for emotion recognition by facial expression was developed based on the Emotional Facial Expression database (KDEF-dyn data base) and allows us to evaluate 6 basic emotions (happiness, sadness, anger, fear, disgust, surprise) in the dynamics of their display, the percentage of correct and wrong answers. Hierarchical multiple linear regression using gender, age, education level, level of anxiety and depression (HADS), general level of impulsivity (BIS-11) as control variables was used. **Results.** It has been shown patients with chemical dependence are characterized by impaired recognition of sadness and have misattributing disgust in the direction of sadness. **Conclusion.** The data obtained confirm the presence of emotion recognition disorders in chemical dependence in the Russian-speaking sample and can be used in the framework of psycho-corrective programs with an emphasis on interpersonal interaction.

Keywords: emotion recognition, facial expression, chemical addiction.

Funding. The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number № 20-313-90040.

Acknowledgements. The authors are grateful for assistance in data collection Fediukovich P.A., Fediukovich S.A.

For citation: Fediukovich E.I., Trusova A.V. Emotion Recognition by Facial Expression in Chemical Addiction: Pilot Study. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 152—170. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310208> (In Russ.).

Введение

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) остается актуальной проблемой современного мирового здравоохранения. Последствия пандемии COVID-19 обострили имеющуюся проблему — систематическое употребление психоактивных веществ повышает уровень физического и эмоционального стресса между эпизодами употребления ПАВ, а в сочетании с эмоциональным напряжением, социальной изоляцией, финансовой нестабильностью, а также со сниженной доступностью специализированной помощи приводит к закономерному росту употребления ПАВ или усугублению химической зависимости [27]. К сожалению, в нашей стране актуальность этой проблемы также чрезвычайно высока, что косвенно подтверждается, например, данными Федеральной службы государственной статистики (Росстата) — по сравнению с предыдущим годом за 2020 г. в России смертность по причинам, связанным с

алкоголем, выросла на 6,34%, а по причинам, связанным с наркотиками, — на 60% [6].

Распознавание эмоций по лицевой экспрессии является составляющей распознавания эмоций в разных модальностях (голоса, просодия, прикосновений, движений), а всё это, в свою очередь, входит в понятие эмоционального интеллекта. Эмоциональный интеллект (ЭИ) — это тип социального интеллекта, который включает в себя способность контролировать свои эмоции, а также эмоции других, идентифицировать их и использовать эту информацию для направления мыслей и действий, способствуя творческому мыслительному процессу, перенаправляя внимание на приоритетные проблемы, повышение мотивации и возможность гибкого планирования [31]. Он состоит из четырех аспектов: восприятия и выражения собственных эмоций и эмоций других, когнитивного компонента эмоций, понимания эмоций и способности регулировать эмоции [32]. Исследование способности распознавания эмоций по мимической экспрессии является самым надежным измерением, нежели другие компоненты ЭИ [35]. Было показано, что экспериментальное измерение особенностей распознавания эмоций демонстрирует большую точность и надежность в сравнении опросными методами самоотчета [19]. Распознавание собственных и чужих эмоций представляет собой ключевой механизм для понимания и прогнозирования поведения человека [36], а также облегчает переживание негативных событий и помогает найти адаптивные когнитивные стратегии для регулирования эмоций [20]. Известно, что нарушения в распознавании эмоций по выражению лица связаны с трудностями в идентификации и описании собственных эмоций, эмоциональной дисрегуляцией, а также с психическими расстройствами [8].

В ряде исследований показывается, что лица, зависимые от психоактивных веществ, зачастую имеют нарушения распознавания эмоций негативного спектра [18]. Однако существует много пробелов и противоречий относительно специфики ошибочного распознавания (какие именно эмоции распознаются хуже), устойчивых паттернов ошибочного распознавания (какие эмоции «перепутаны» в распознавании), влияния на способность к распознаванию эмоций типа ПАВ, от которого сформирована зависимость, а также того, является ли ошибочное распознавание эмоций по лицевой экспрессии предиктором развития аддикции или последствием употребления ПАВ [28]. М. Фойси с коллегами приводили данные о нарушении точности распознавания эмоции печали у зависимых от алкоголя [23]; есть данные о нарушении распознавания злости у больных с алкогольной зависимостью [25]; было показано, что нарушения когнитивной гибкости коррелируют с

нарушениями распознавания эмоций у злоупотребляющих психостимуляторами [26]; в отношении пациентов с зависимостью от каннабиса было обнаружено нарушение распознаваний эмоций негативного спектра; кроме того, точность распознавания эмоций не улучшалась на протяжении 3 месяцев воздержания [14], при сочетании злоупотребления ПАВ был обнаружен ряд нарушений ряд распознавания негативных эмоций — печали, злости, отвращения, страха [22]. Также можно предположить, что эмпирические находки в области изучения нарушения распознавания эмоций нуждаются в уточнении в кросскультурном аспекте; по имеющимся в настоящий момент научным данным, на выборках русскоязычных респондентов с химической зависимостью или злоупотреблением ПАВ еще не проводились исследования распознавания эмоций по лицевой экспрессии [5].

Стоит отметить, что большинство предыдущих исследований распознавания эмоций по мимической экспрессии было проведено с помощью статических изображений, когда статические эмоциональные стимулы соответствуют только идентифицируемым пикам мимической экспрессии эмоций [10]. Используемая в настоящем исследовании оценка распознавания эмоций по лицевой экспрессии в динамическом развертывании, на взгляд авторов статьи, имеет более высокую экспериментальную значимость, так как более приближена к восприятию мимики другого человека в реальном социальном взаимодействии.

Цель исследования — изучение точности распознавания эмоций по лицевой экспрессии у пациентов с химической зависимостью в сравнении со здоровыми респондентами.

Материалы и методы

В настоящем исследовании проводилась экспериментальная процедура для оценки распознавания эмоций по мимической экспрессии. Для достижения поставленной в исследовании цели была создана компьютерная программа «Emotion Recognition» (программная среда WebStorm, язык программирования JavaScript), основанная на базе изображений динамической экспрессии Emotional Facial Expression (KDEF-dyn data base) института Каролинска (Karolinska Institutet), Швеция [16; 17]. Созданная база динамических изображений эмоций содержит 240 видеоклипов — по 40 видео для каждой из 6 базовых эмоций (счастье, печаль, злость, страх, отвращение, удивление). Случайный порядок предъявления видеоклипов для каждого участника обеспечивался тасованием Фишера—Йетса. Каждый участник сначала

ла читал инструкцию, где было указано, что нужно определить, какая эмоция демонстрируется на экране. Для этого участникам необходимо было выбрать одну из шести клавиш для обозначения определенной эмоции (например, 4 — счастье, 5 — печаль и т. д.). Все участники перед процедурой экспериментальной оценки проходили предварительное обучение, в котором были использованы 12 видеоклипов из основного набора (по 2 базовые эмоции). После обучающего сета участник последовательно проходил 240 проб (по числу видеоклипов). В каждой пробе участнику предъявлялся фиксационный крест на 1 с, затем предъявлялся видеоклип с динамическим разворачиванием мимического изображения эмоции на протяжении 1033 мс; финальное эмоциональное изображение сохранялось еще 3 секунды, в течение этого времени участник также мог дать ответ, после чего, в отсутствие ответа, ответ засчитывался как ошибочный. Длительность одной пробы — 5,5 с. Суммарная длительность эксперимента для каждого испытуемого — около 22 минут. Итоговые параметры теста — количество правильных и ошибочных ответов (в % от общего количества).

Дополнительно оценивались индивидуально-психологические параметры, потенциально влияющие на распознавание эмоций в отношении точности (контрольные переменные), — уровень импульсивности и выраженность тревоги и депрессии; высокие показатели этих параметров могут быть характерны для лиц с аддиктивными нарушениями. Для оценки импульсивности использовалась шкала Барратта (BIS-11) в адаптации С. Н. Ениколопова и Т. И. Медведевой [2; 13]. Для того чтобы избежать эффекта мультиколлинеарности в модели регрессии, использовался только общий показатель импульсивности. Для оценки тревоги и депрессии использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [3; 37].

Статистический анализ данных проводился с помощью Statistical Package for the Social Sciences ver. 28.0 (IBM SPSS). В настоящем исследовании было использовано арксинусовое преобразование для трансформации процентов правильных и ошибочных ответов в радианы для того, чтобы получить лучшее приближение к нормальному распределению [30]. Межгрупповое сравнение с контрольными переменными было выполнено с помощью иерархической множественной линейной регрессии. Зависимой переменной выступали характеристики распознавания эмоций (радианы); в качестве независимой переменной — принадлежность к группе (клиническая, контрольная); контрольными переменными являлись пол, возраст, уровень образования, показатели тревоги, депрессии и импульсивности (HADS, BIS-11). Данные о точности распознавания счастья и удивления не соответствовали нормальному распределению по Q-Q графикам. Анализ данных о точности рас-

познавания печали, злости, страха и отвращения не выявил наличие выбросов и установил соблюдение допущения о гомоскедастичности и нормальности распределения остаточных компонентов дисперсии. Требование отсутствия мультиколлинеарности для этих данных было соблюдено (показатели фактора инфляции дисперсии (VIF) были ниже 5). По студентизированным удаленным остаткам и по расстоянию Кука не было выявлено наблюдений, выходящих по модулю за 3 SD. В анализе ошибочного распознавания эмоций только распознавание отвращения вместо печали и ошибочное распознавание печали вместо страха соответствовали всем вышеописанным требованиям. Проведение исследования было одобрено Независимым этическим комитетом Санкт-Петербургского государственного университета.

Характеристика выборки. Группа лиц с химической зависимостью (ЗГ) состояла из 18 пациентов с установленным врачом-наркологом диагнозом по критериям МКБ-10 «Синдром зависимости» F1x.2, в том числе полисубстантной зависимостью, обращавшихся за наркологической помощью — 6 женщин (33,3%), 12 мужчин (66,7%), средний возраст — 31,1 (4,5) года (M (σ)). Средняя длительность заболевания исследуемых пациентов — 9,4 (5,4) года. Средний уровень образования имели 12 пациентов (66,7%), 2 человека — с неоконченным высшим образованием либо являлись студентами старших курсов (11,1%), с высшим образованием — 4 пациента (22,2%). Отягощенную наследственность (злоупотребление/зависимость от ПАВ близких родственников) имели 9 (50%) участников с химической зависимостью.

Контрольную группу (КГ) составили 18 участников — 11 женщин (61,1%), 7 мужчин (38,9%), средний возраст — 26,1 (6,3) года. Неоконченное среднее образование было у одного человека (5,6%), полное среднее/средне-специальное у 3 (16,7%) человек, 8 (44,4%) человек имели неоконченное высшее образование или являлись студентами старших курсов, высшее образование было у 6 (33,3%) человек.

Однородность групп по возрасту проверялась с помощью непараметрического критерия Мана—Уитни ($p = 0,059$), по полу — с помощью непараметрического критерия Хи-квадрат Пирсона с поправкой на непрерывность ($p = 0,182$).

Набор участников проводился в 2020—2022 гг. в Санкт-Петербурге на базе СПб ГБУЗ «Городская Наркологическая больница» (отделение реабилитации № 1) в амбулаторных условиях. Контрольная группа была набрана на базах негосударственных компаний, также в состав контрольной группы вошли студенты старших курсов Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, аспиранты 2-го Санкт-Петербургского государственного университета.

Критерии включения: возраст от 18 до 40 лет, свободное владение русским языком, добровольное участие, подтвержденное подписанным информационным согласием, нормальное или скорректированное до нормального зрение, диагноз «Синдром зависимости» (F1x.2) по МКБ-10 для группы с химической зависимостью.

Критерии невключения: пребывание в остром психотическом состоянии; выраженные соматические расстройства, затрудняющие повседневное функционирование (например, тяжелые нарушения функций печени, болевой синдром и т. д.); активные суицидальные тенденции; текущий большой депрессивный эпизод; употребление психоактивных веществ менее чем за 14 суток до исследования для зависимых лиц, 10 суток — для контрольной группы; интенсивная фармакологическая терапия, оказывающая выраженное негативное влияние на состояние attentивно-мнестических и когнитивных функций; нарушенное или нескорректированное зрение; наличие других психических заболеваний. По данным самоотчетов, у участников контрольной группы не было каких-либо психических расстройств в настоящее время или в прошлом.

Результаты

Для изучения особенностей распознавания эмоций у пациентов с химической зависимостью при учете влияния факторов пола, возраста, уровня образования, выраженности тревоги и депрессии, а также общего уровня импульсивности применялась иерархическая множественная линейная регрессия. В качестве независимой переменной выступала группа (зависимые от ПАВ, контрольная группа), контрольными являлись вышеперечисленные переменные, в качестве зависимой переменной — характеристики распознавания эмоций (радианы).

Межгрупповые различия точности распознавания эмоций негативного спектра

Было обнаружено, что фактор принадлежности к группе значительно предсказывал точность распознавания печали, злости, страха и отвращения. После учета контрольных переменных — пола, возраста, уровня образования, выраженности тревоги и депрессии, а также общего уровня импульсивности — межгрупповые различия сохранились для точности распознавания печали и отвращения (табл. 1). Однако значимость общей модели (Модель 2) для распознавания отвращения равна 0,083, а для распознавания печали — 0,030, следо-

вательно межгрупповые различия сохранились только для точности распознавания печали.

Таблица 1
**Результаты иерархической множественной линейной регрессии
 для точности распознавания эмоций (N=36)**

Показатели	Точность распознавания печали, радианы		Точность распознавания злости, радианы		Точность распознавания страха, радианы		Точность распознавания отвращения, радианы	
	Модель 1 B (SE)	Модель 2 B (SE)	Модель 1 B (SE)	Модель 2 B (SE)	Модель 1 B (SE)	Модель 2 B (SE)	Модель 1 B (SE)	Модель 2 B (SE)
Группа	10,03 (3,00)**	11,53 (4,49)*	8,21 (3,71)*	0,36 (5,20)	12,39 (3,71)**	8,00 (5,41)	10,30 (3,58)**	11,35 (5,38)*
Возраст	-	0,72 (0,37)	-	-0,60 (0,43)	-	-0,61 (0,45)	-	0,28 (0,45)
Пол	-	-3,46 (3,86)	-	-8,87 (4,48)	-	2,68 (4,65)	-	-3,17 (4,63)
Образование	-	-0,26 (2,59)	-	5,60 (3,00)	-	1,51 (3,12)	-	-2,15 (3,10)
Уровень тревоги	-	-0,37 (0,53)	-	-0,42 (0,61)	-	-1,11 (0,63)	-	-0,36 (0,63)
Уровень депрессии	-	0,70 (0,57)	-	0,66 (0,66)	-	0,99 (0,68)	-	1,22 (0,68)
Общий уровень импульсивности	-	-0,05 (0,20)	-	0,30 (0,23)	-	0,21 (0,24)	-	0,16 (0,23)
Adj. R2	0,226	0,233	0,100	0,218	0,225	0,273	0,172	0,174

Примечание: Adj. R2 — скорректированный R2; B — коэффициент регрессии; SE — стандартная ошибка; «*» p<0,05; «**» p<0,01; «***» p<0,001.

Устойчивые паттерны ошибочного распознавания эмоций негативного спектра

Было обнаружено, что пациенты с химической зависимостью отличались от участников контрольной группы устойчивыми ошибочными паттернами распознавания эмоций отвращения вместо печали и страха вместо печали (табл. 2). Однако после добавления в регрессионную модель контрольных переменных статистически значимый результат сохранился только для паттерна ошибочного распознавания отвращения вместо печали.

Т а б л и ц а 2

**Результаты иерархической множественной линейной регрессии
 для ошибочного распознавания эмоций (N=36)**

Показатели	Ошибочное распознавание отвращения вместо печали, радианы		Ошибочное распознавание печали вместо страха, радианы	
	Модель 1 В (SE)	Модель 2 В (SE)	Модель 1 В (SE)	Модель 2 В (SE)
Группа	-7,32 (2,49)*	-7,27 (3,28)*	-5,16 (2,38)*	-0,26 (3,45)
Возраст	-	-0,87 (0,27)**	-	0,79 (0,29)
Пол	-	2,81 (2,82)	-	-1,42 (2,97)
Образование	-	-0,60 (1,90)	-	-2,65 (1,99)
Уровень тревоги	-	0,86 (0,38)*	-	0,33 (0,40)
Уровень депрессии	-	-1,26 (0,42)**	-	0,22 (0,44)
Общий уровень импульсивности	-	0,22 (0,14)	-	-0,01 (0,15)
Adj. R2	0,138	0,495	0,096	0,157

Примечание: Adj. R2 — скорректированный R2; В — коэффициент регрессии; SE — стандартная ошибка; «*» p<0,05; «**» p<0,01; «***» p<0,001.

Обсуждение результатов

Полученные в настоящем исследовании результаты подтверждают наличие нарушений распознавания эмоций по лицевой экспрессии у участников с химической зависимостью в сравнении со здоровыми лицами. В частности, показано нарушение точности распознавания печали, которое сохранялось после учета влияния факторов пола, возраста, уровня образования, выраженности тревоги, депрессии и импульсивности. Эти результаты, полученные в выборке русскоязычных респондентов с химической зависимостью, сочетаются с данными М. Фойси и др. о нарушении точности распознавания эмоции печали у зависимых от алкоголя [23]. Результаты исследования частично подтверждают данные исследования М. Х. Фернандес-Серрано с соавт., в котором были показаны нарушения распознавания печали, злости, страха и отвращения у лиц с синдромом полисубстантной зависимости [22]. Кроме того, в этом исследовании получены дополнительные доказательства стабильности дефицита распознавания эмоций, которые сохраняются после периода

воздержания от 3 до 20 месяцев [там же]. Сниженная способность к распознаванию печали, наряду с распознаванием страха, также связана с тяжестью употребления каннабиса у подростков [15].

Показанный в данном исследовании ошибочный паттерн распознавания, характерный для участников с химической зависимостью, — устойчивое распознавание отвращения вместо печали, — дополняет данные нашего предыдущего исследования с участием респондентов без химической зависимости, но употребляющих алкоголь [7]. Рассматривая данные этих исследований в совокупности, можно предположить, что ошибочный паттерн распознавания отвращения вместо печали может быть маркером употребления алкоголя, а также, возможно, и других ПАВ.

На выборке здоровых испытуемых было показано, что более высокая точность распознавания эмоций ассоциирована с более развитой способностью к осознанию и вербализации своих собственных чувств, т. е. отрицательно связана с алекситимией [4]. Мы не оценивали в своем исследовании выраженность алекситимии у респондентов, но данные других исследований показывают высокий уровень алекситимии у пациентов с алкогольной зависимостью [1]. Также была показана взаимосвязь между нарушением распознавания эмоций и межличностными проблемами у зависимых от алкоголя. По мнению авторов, зависимые от алкоголя могут некорректно интерпретировать невербальные эмоциональные сигналы, а вследствие этого возникают трудности оценки намерений и чувств других людей [29]. Существуют данные о нарушениях распознавания отвращения и страха при зависимости от метамfetамfина, которые были опосредованы дисфункциональными личностными убеждениями [24], а также дисфункциональными убеждения личности связаны с более низким распознаванием эмоций при кокаиновой зависимости [9].

Существование устойчивого ошибочного паттерна распознавания по лицевой экспрессии другого человека отвращения вместо печали интересным образом дополняет широкое поле исследований специфики межличностного взаимодействия лиц с химической зависимостью — например, можно сделать предположение о более остром восприятии отвержения со стороны других людей по отношению к себе. Подтверждение этих результатов может иметь прямое применение в профилактике рецидивов при химических зависимостях, так как известно, что межличностные конфликты связаны с повышенным риском рецидива [33].

Данные проведенного пилотажного исследования подтверждают наличие специфических нарушений распознавания эмоций по лицевой экспрессии у русскоязычных респондентов с химической зависимо-

стью. Предположительно, некорректная интерпретация эмоциональных сигналов другого человека может нарушать межличностное взаимодействие, создавать эмоциональное напряжение, вызывать тревогу и агрессию, что, в свою очередь, может приводить к срыву и рецидиву зависимости. Дальнейшее изучение нарушений распознавания эмоций по мимической экспрессии при аддиктивных расстройствах может расширить представления о механизмах регуляции эмоций и поведения, а также дать дополнительные психокоррекционные инструменты для улучшения адаптации зависимых пациентов.

Выводы

1. Пациенты с химической зависимостью и сочетанным употреблением психоактивных веществ характеризуются нарушением распознавания точности печали.

2. У пациентов с синдромом зависимости и сочетанным употреблением наблюдается устойчивый паттерн ошибочного распознавания отворачивания вместо печали.

3. Распознавание эмоции злости, страха, отвращения, а также ошибочное распознавание печали вместо страха не отличается у пациентов с химической зависимостью и сочетанным употреблением и контрольной группой.

4. Существование устойчивого ошибочного паттерна распознавания по лицевой экспрессии другого человека отвращения вместо печали может иметь прямое применение в профилактике рецидивов при химических зависимостях, так как известно, что межличностные конфликты связаны с повышенным риском рецидива.

Ограничения исследования. К ограничениям исследования относятся сравнительно небольшие объемы выборок, а также отсутствие возможности дифференцировать клиническую выборку по предпочитаемому психоактивному веществу в силу сочетанного употребления различных ПАВ.

Перспективы исследования. К перспективам дальнейшего развития исследований в этом направлении относятся расширение объема выборки лиц с химической зависимостью, оценка изучаемых параметров в дифференцированных по типу ПАВ клинических группах, а также изучение характеристик распознавания эмоций по лицевой экспрессии у лиц с химической зависимостью как потенциального маркера терапевтических изменений и стабильности ремиссии, в том числе после проведенного медикаментозного лечения, психотерапии, а также

таких экспериментальных видов лечения, как неинвазивная мозговая стимуляция (транскраниальная магнитная стимуляция коры головного мозга). Согласно недавнему мета-анализу, способность к распознаванию эмоций по лицевой экспрессии может изменяться под влиянием неинвазивной стимуляции головного мозга — были выделены релевантные области коры для воздействия с целью улучшения этой способности в норме и при различных психопатологических нарушениях [34]. Известно, что неинвазивная стимуляция головного мозга изучается как один из перспективных вариантов лечения аддикций [21], а механизм ее воздействия может обеспечиваться за счет прямого воздействия на процессы когнитивного контроля, участвующие в регуляции эмоций [11].

ЛИТЕРАТУРА

1. Быченко И.В., Копытов А.В. Алекситимия и ее связь с алкогольной и наркотической зависимостью // Военная медицина. 2020. №. 2. С. 110—117.
2. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Баррата» (BIS-11) // Психология и право. 2015. Том 5. № 3. С. 75—89.
3. Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г., Бурминский Д.С., Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., Кибитов А.А. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции // Профилактическая медицина. 2023. Том 26. № 4. С. 7—14. DOI:10.17116/profmed2023260417
4. Москачева М.А., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Алекситимия и способность к эмпатии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Том 4. № 83. С. 98—114.
5. Трусова А.В., Федюкович Е.И. Распознавание эмоций как маркер нарушений эмоциональной регуляции у лиц с химической зависимостью: обзор современных исследований // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Том 10. № 3. С. 353—366. DOI:10.21638/spbu16.2020.310
6. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru> (дата обращения 19.05.2022).
7. Федюкович Е.И., Трусова А.В. Нарушение распознавания эмоций — предиктор или следствие злоупотребления алкоголем? Сравнение данных здоровых участников и пациентов с пограничным расстройством личности // Наркология. 2023. Том. 22. № 3. С. 58—70. DOI:10.25557/1682-8313.2023.03.58-70
8. Холмогорова А.Б., Москачева М.А., Рычкова О.В., Пуговкина О.Д., Краснова-Гольева В.В., Долныкова А.А., Царенко Д.М., Румянцева Ю.М. Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом на основе методики «Понимание психического состояния по глазам» // Экспериментальная психология. 2015. Том 8. № 3. С. 99—117. DOI:10.17759/exppsy.2015080310.

9. *Albein-Urios N. et al.* Dysfunctional personality beliefs linked to emotion recognition deficits in individuals with cocaine addiction and personality disorders // *Frontiers in psychiatry*. 2019. Vol. 10. P. 431.
10. *Atkinson A.P. et al.* Emotion perception from dynamic and static body expressions in point-light and full-light displays // *Perception*. 2004. Vol. 33. № 6. P. 717—746.
11. *Amidfar M., Ko Y.H., Kim Y.K.* Neuromodulation and cognitive control of emotion // *Frontiers in Psychiatry*. 2019. № 11 (92). P. 545—564.
12. *Ballespi S. et al.* Hypermentalizing in social anxiety: Evidence for a context-dependent relationship // *Frontiers in psychology*. 2019. Vol. 10. P. 1501. DOI:10.3389/fpsyg.2019.01501
13. *Barratt E.S., Stanfor M.S., Kent T. A., Felthous A.* Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression // *Biological psychiatry*. 1997. Vol. 41. № 10. P. 1045—1061.
14. *Bayrakçı A. et al.* Facial emotion recognition deficits in abstinent cannabis dependent patients // *Comprehensive psychiatry*. 2015. Vol. 58. P. 160—164. DOI:10.1016/j.comPsych.2014.11.008
15. *Blair R.J.R. et al.* Alcohol and cannabis use disorder symptom severity, conduct disorder, and callous-unemotional traits and impairment in expression recognition [Электронный ресурс] // *Frontiers in psychiatry*. 2021. Vol. 12. P. 714189. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8488132/> (дата обращения: 09.04.2022).
16. *Calvo M.G., Fernández-Martín A., Recio G. and Lundqvist D.* Human Observers and Automated Assessment of Dynamic Emotional Facial Expressions: KDEF-dyn Database Validation. [Электронный ресурс] // *Front. Psychol.* 2018. Vol. 9. P. 2052. DOI:10.3389/fpsyg.2018.02052 URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02052/full> (дата обращения: 11.03.2020).
17. *Calvo M.G., Fernández-Martín A., Gutiérrez-García A. et al.* Selective eye fixations on diagnostic face regions of dynamic emotional expressions: KDEF-dyn database [Электронный ресурс] // *Sci Rep* 8. 2018. Article number: 17039. DOI:10.1038/s41598-018-35259-w URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-35259-w> (дата обращения: 11.03.2020).
18. *Castellano F., Bartoli F., Crocamo C., Gamba G., Tremolada M., Santambrogio J., Clerici M., Carra G.* Facial Emotion Recognition in Alcohol and Substance Use Disorders: a Meta-analysis // *Neurosci Biobehav. Rev.* 2015. Vol. 59. P. 147—154. DOI:10.1016/j.neubiorev.2015.11.001
19. *Ciarrochi J.V., Chan A.Y.C., Caputi P.* A critical evaluation of the emotional intelligence construct // *Personality and Individual differences*. 2000. Vol. 28. № 3. P. 539—561.
20. *Cordova J.V., Gee C.B., Warren L.Z.* Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2005. Vol. 24. № 2. P. 218.
21. *Ekhtiari H. et al.* Transcranial electrical and magnetic stimulation (tES and TMS) for addiction medicine: a consensus paper on the present state of the science and the road ahead // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2019. Vol 104. P. 118—140.

22. Fernández-Serrano M.J., Lozano O., Pérez-García M., Verdejo- García A. Impact of severity of drug use on discrete emotion recognition in polysubstance abusers // *Drug Alcohol Depend.* 2010. Vol. 109. P. 57—64.
23. Foisy M.L. et al. Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics: are these deficits specific to emotional cues? // *Psychiatry research.* 2007. Vol. 150. № 1. P. 33—41. DOI:10.1016/j.psychres.2005.12.008
24. Hanegraaf L. et al. Dysfunctional personality beliefs and emotion recognition in individuals with methamphetamine dependence [Электронный ресурс] // *Addictive Behaviors.* 2020. Vol. 105. P. 106336. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32062338/> (дата обращения: 13.05.2021).
25. Hoffman L.A., Lewis B. and Nixon S.J. Neurophysiological and Interpersonal Correlates of Emotional Face Processing in Alcohol Use Disorder // *Alcohol Clin Exp Res.* 2019. Vol. 43. P. 1928—1936. DOI:10.1111/acer.14152
26. Kim Y.T., Kwon D.H., Chang Y. Impairments of facial emotion recognition and theory of mind in methamphetamine abusers // *Psychiatry Research.* 2011. Vol. 186. № 1. P. 80—84. DOI:10.1016/j.psychres.2010.06.027
27. Koob G.F., Powell P., White A. Addiction as a Coping Response: Hyperkatifeia, Deathsof Despair, and COVID-19 // *Am J Psychiatry.* 2020. Vol. 177. № 11. P. 1031—1037. DOI:10.1176/appi.ajp.2020.20091375
28. Kornreich C., Foisy M.L., Philippot P., Dan B., Tecco J., Noël X., Hess U., Pelc I., & Verbanck P. Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls // *Psychiatry Research.* 2003. Vol. 119. P. 251—260.
29. Kornreich C. et al. Impaired emotional facial expression recognition is associated with interpersonal problems in alcoholism // *Alcohol and alcoholism.* 2002. Vol. 37. № 4. P. 394—400. DOI:10.1093/alcalc/37.4.394
30. Lin L., Xu C. Arcsine-based transformations for meta-analysis of proportions: Pros, cons, and alternatives [Электронный ресурс] // *Health Sci Rep.* 2020. Vol. 9999. P. e178. DOI:10.1002/hsr2.178 URL: <https://www.researchgate.net/publication/343246427> (дата обращения: 15.12.2021).
31. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R., Sitarenios G. Emotional intelligence as a standard intelligence // *Emotion.* 2001. Vol. 3. P. 232—242.
32. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R., Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0 // *Emotion.* 2003. Vol. 3. P. 97—105.
33. Menon J., Kandasamy A. Relapse prevention // *Indian J Psychiatry.* 2018. Vol. 60. P. 473—S478. DOI:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_36_18
34. Nejati V., Khorrami A. S., Fonoudi M. Neuromodulation of facial emotion recognition in health and disease: A systematic review // *Neurophysiologie Clinique.* 2022. Vol. 52. №. 3. P. 183—201. DOI:10.1016/j.neucli.2022.03.005
35. Nowicki S., Duke M.P. Individual differences in the nonverbal communication of affect: The Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy Scale // *Journal of Nonverbal behavior.* 1994. Vol. 18. P. 9—35.
36. Schlegel K., Grandjean D., Scherer K.R. Introducing the Geneva emotion recognition test: an example of Rasch-based test development // *Psychological assessment.* 2014. Vol. 26. № 2. P. 666—672.

37. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983. Vol. 67. № 6. P. 361—370.

REFERENCES

1. Bychenko I. V., Kopytov A.V., Aleksitimiya i ee svyaz' s alkohol'noj i narkoticheskoj zavisimost'yu [Alexithymia and its relationship with alcohol and drug addiction]. *Voen. Medicina = Military medicine*, 2020. no. 2, pp. 110—117. (In Russ, abstr. in Engl).
2. Enikolopov S.N., Medvedeva. T.I. Aprobaciya russkoyazychnoj versii metodiki «shkala impul'sivnosti Barratta» [Approbation of the Russian-language version of the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) methodology]. *Psikhologiya i pravo = Psychology and Law*, 2015. Vol. 5, no. 3, pp. 75—89. (In Russ, abstr. in Engl).
3. Morozova M.A., Potanin S.S., Beniashvili A.G., Burminsky D.S., Lepilkina T.A., Rupchev G.E., Kibitov A.A. Validaciya russkoyazychnoj versii Gospital'noj shkaly tre-vogi i depressii v obshchej populyacii [Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale Russian-language version in the general population]. *Profilakticheskaya Meditsina = Preventive medicine*, 2023. Vol. 26, no. 4, pp. 7—14. (In Russ, abstr. in Engl) DOI:10.17116/profmed2023260417
4. Moskacheva M.A., Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Aleksitimiya i sposobnost' k ehmpatii [Alexithymia and empathy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2014. Vol. 4, no. 83, pp. 98—114. (In Russ, abstr. in Engl).
5. Federal State Statistics Service [Electronic resource]. URL: <https://rosstat.gov.ru> (Accessed 05/19/2022).
6. Trusova A.V., Fedyukovich E.I. Raspoznavanie emocij kak marker narushenij emocional'noj regulyacii u lic s himicheskoj zavisimost'yu: obzor sovremennyh issledovanij [Emotion recognition as a marker of emotional regulation deficits in substance use disorder: Review of current research] *Vestnik of Saint Petersburg University. Psycholog*, 2020. Vol. 10 no. 3. pp. 353—366. DOI:10.21638/spbu16.2020.310 (In Russ, abstr. in Engl).
7. Fediukovich E.I., Trusova A.V. Narushenie raspoznavaniya emocij — prediktor ili sledstvie zloupotrebleniya alkogolem? Sravnenie dannyh zdorovyh uchastnikov i pacientov s pograničnym rasstrojstvom lichnosti. [Is an impaired emotion recognition a predictor or a consequence of alcohol abuse? Comparison of data from healthy participants and patients with borderline personality disorder] *Narkologia = Narcology*, 2023. Vol. 22, no. 3, pp. 58—70. (In Russ, abstr. in Engl).
8. Kholmogorova A.B., Moskacheva M.A., Rychkova O.V., Pugovkina O.D., Krasnova-Goleva V.V., Dolnykova A.A., Tsarenko D.M., Rumyantseva Yu.M. Sravnenie sposobnosti k mentalizacii u bol'nykh shizofreniej i shizoafektivnym psikhozom na osnove metodiki «Ponimanie psikhicheskogo sostoyaniya po glazam» [Comparison of the ability to mentalization in patients with schizophrenia and schizoaffective psychosis based on the methodology «Understanding the mental state of the eyes»] *Ehksperimental'naya psikhologiya = Experimental Psychology*, 2015. Vol. 8, no. 3, pp. 99—111. DOI:10.17759/exppsy.2015080310 (In Russ, abstr. in Engl).
9. Albein-Urios N. et al. Dysfunctional personality beliefs linked to emotion recognition deficits in individuals with cocaine addiction and personality disorders. *Frontiers in psychiatry*, 2019. Vol. 10, pp. 431.

10. Atkinson A.P. et al. Emotion perception from dynamic and static body expressions in point-light and full-light displays. *Perception*, 2004. Vol. 33, no. 6, pp. 717—746.
11. Amidfar M., Ko Y.H., Kim Y.K. Neuromodulation and cognitive control of emotion. *Frontiers in Psychiatry*, 2019. pp. 545—564.
12. Ballespí S. et al. Hypermentalizing in social anxiety: Evidence for a context-dependent relationship. *Frontiers in psychology*, 2019. Vol. 10, pp. 1501. DOI:10.3389/fpsyg.2019.01501
13. Barratt E.S., Stanford M.S., Kent T.A., Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological psychiatry*, 1997. Vol. 41, no. 10, pp. 1045—1061.
14. Bayrakçı A. et al. Facial emotion recognition deficits in abstinent cannabis dependent patients. *Comprehensive psychiatry*, 2015. Vol. 58, pp. 160—164. DOI:10.1016/j.comPsych.2014.11.008
15. Blair R.J.R. et al. Alcohol and cannabis use disorder symptom severity, conduct disorder, and callous-unemotional traits and impairment in expression recognition [Electronic resource]. *Frontiers in psychiatry*, 2021. Vol. 12. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8488132/> (Accessed 09.04.2022).
16. Calvo M.G., Fernández-Martín A., Recio G. and Lundqvist D. Human Observers and Automated Assessment of Dynamic Emotional Facial Expressions: KDEF-dyn Database Validation [Electronic resource]. *Front. Psychol*, 2018. Vol. 9, pp. 2052 DOI:10.3389/fpsyg.2018.02052 URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02052/full> (Accessed 11.03.2020).
17. Calvo M.G., Fernández-Martín A., Gutiérrez-García A. et al. Selective eye fixations on diagnostic face regions of dynamic emotional expressions: KDEF-dyn database [Electronic resource]. *Sci Rep*, 2018. Vol. 8, article number: 17039. DOI:10.1038/s41598-018-35259-w URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-35259-w> (Accessed 11.03.2020).
18. Castellano F., Bartoli F., Crocamao C., Gamba G., Tremolada M., Santambrogio J., Clerici M., Carra G. Facial Emotion Recognition in Alcohol and Substance Use Disorders: a Meta-analysis. *Neurosci Biobehav*, Rev. 2015. Vol. 59, pp. 147—154. DOI:10.1016/j.neubiorev.2015.11.001
19. Ciarrochi J.V., Chan A.Y.C., Caputi P. A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 2000. Vol. 28, no. 3, pp. 539—561.
20. Cordova J.V., Gee C.B., Warren L.Z. Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2005. Vol. 24, no. 2, pp. 218.
21. Ekhtiari H. et al. Transcranial electrical and magnetic stimulation (tES and TMS) for addiction medicine: a consensus paper on the present state of the science and the road ahead. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2019. Vol 104, pp. 118—140.
22. Fernández-Serrano M.J., Lozano O., Pérez-García M., Verdejo-García A. Impact of severity of drug use on discrete emotion recognition in polysubstance abusers. *Drug Alcohol Depend*, 2010. Vol. 109, pp. 57—64.
23. Foisy M.L. et al. Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics: are these deficits specific to emotional cues? *Psychiatry research*, 2007. Vol. 150, no. 1, pp. 33—41. DOI:10.1016/j.psychres.2005.12.008

24. Hanegraaf L. et al. Dysfunctional personality beliefs and emotion recognition in individuals with methamphetamine dependence [Electronic resource]. *Addictive Behaviors*, 2020. Vol. 105, pp. 106336. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32062338/> (Accessed 13.05.2021).
25. Hoffman L.A., Lewis B. and Nixon S.J. Neurophysiological and Interpersonal Correlates of Emotional Face Processing in Alcohol Use Disorder. *Alcohol Clin Exp Res*, 2019. Vol. 43, pp. 1928—1936. DOI:10.1111/acer.14152
26. Kim Y.T., Kwon D.H., Chang Y. Impairments of facial emotion recognition and theory of mind in methamphetamine abusers. *Psychiatry Research*, 2011. Vol. 186, no. 1, pp. 80–84. DOI:10.1016/j.psychres.2010.06.027
27. Koob G.F., Powell P., White A. Addiction as a Coping Response: Hyperkatifeia, Death of Despair, and COVID-19. *Am J Psychiatry*, 2020. Vol. 177, no. 11, pp. 1031—1037. DOI:10.1176/appi.ajp.2020.20091375
28. Kornreich C., Foisy M.L., Philippot P., Dan B., Tecco J., Noël X., Hess U., Pelc I., & Verbanck P. Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls. *Psychiatry Research*, 2003. Vol. 119, pp. 251—260.
29. Kornreich C., Foisy M.L., Philippot P., Dan, B., Tecco J., Noël X., Hess U., Pelc I., & Verbanck P. Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls. *Psychiatry Research*, 2003. Vol. 119, pp. 251—260.
30. Lin L., Xu C. Arcsine-based transformations for meta-analysis of proportions: Pros, cons, and alternatives [Electronic resource]. *Health Sci Rep*, 2020. Vol. 9999, pp. e178. DOI:10.1002/hsr2.178. URL: https://www.researchgate.net/publication/343246427_Arcsine-based_transformations_for_meta-analysis_of_proportions_Pros_cons_and_alternatives (Accessed 15.12.2021)
31. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R., Sitarenios G. Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 2001. Vol. 3, pp. 232—242.
32. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R., Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 2003. Vol. 3, pp. 97—105.
33. Menon J., Kandasamy A. Relapse prevention. *Indian J Psychiatry*, 2018. Vol. 60, pp. 473—S478. DOI:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_36_18.
34. Nejati V., Khorrami A. S., Fonoudi M. Neuromodulation of facial emotion recognition in health and disease: A systematic review. *Neurophysiologie Clinique*, 2022. Vol. 52, no. 3, pp. 183—201. DOI:10.1016/j.neucli.2022.03.005
35. Nowicki S., Duke M.P. Individual differences in the nonverbal communication of affect: The Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy Scale. *Journal of Nonverbal behavior*, 1994. Vol. 18, pp. 9—35.
36. Schlegel K., Grandjean D., Scherer K. R. Introducing the Geneva emotion recognition test: an example of Rasch-based test development. *Psychological assessment*, 2014. Vol. 26, no. 2, pp. 666—672.
37. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1983. Vol. 67, no. 6, pp. 361—370.

Информация об авторах

Федюкович Екатерина Игоревна, аспирант кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9311-4135>, e-mail: e.kutlinskaya@gmail.com

Трусова Анна Владимировна, кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ); старший научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0921-4203>, e-mail: anna.v.trusova@gmail.com

Information about the authors

Ekaterina I. Fediukovich, Ph.D. student of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9311-4135>, e-mail: e.kutlinskaya@gmail.com

Anna V. Trusova, Ph.D., Associate Professor, Department of Psychology, Division of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University; Senior Research Fellow, Department of Addictions, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0921-4203>, e-mail: anna.v.trusova@gmail.com

Получена 14.12.2022

Received 14.12.2022

Принята в печать 30.05.2023

Accepted 30.05.2023

ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

СУИЦИДАЛЬНОСТЬ: РЕЗУЛЬТАТЫ НОВЫХ МЕТА-АНАЛИЗОВ

Настоящий дайджест предлагает информацию о результатах последних мета-анализов по теме суицидов, суицидального поведения и суицидальных мыслей

Для цитаты: Суицидальность: результаты новых мета-анализов // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 171—176. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310209>

SUICIDALITY: RESULTS OF RECENT META-ANALYSES

Present digest offers information about results of recent meta-analyses on suicide, suicidal behavior and suicidal ideas.

For citation: Suicidality: Results Of Recent Meta-Analyses. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* = *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 171— 176. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310209> (In Russ.).

По данным ВОЗ, ежегодно в мире от суицидов умирает более 700 000 человек. В 2019 г. каждая сотая смерть была результатом суицида.

Среди мужчин показатель суицидов в два раза выше, чем среди женщин. На каждую смерть от суицида приходится в десять раз больше суицидальных попыток. Суицид имеет тяжелые последствия, как для самого суицидента, так и для его окружения.

В последнее время заметно возросло количество попыток обобщить в мета-анализах имеющиеся в области суицидологии научные данные с целью определения потенциальных мишеней для профилактики суицидов.

В настоящем дайджесте мы знакомим читателей с данными трех новых систематических анализов: первый посвящен проблеме подросткового суицида во время пандемии Covid-19; второй рассматривает проблему раскрытия суицидальных мыслей другим людям; целью третьего является поиск наиболее значимых корреляционных связей между разнообразными факторами риска суицидов и их частотой.

Суицидальный спектр у молодежи во время пандемии ковида

В электронном издании группы Lancet итальянские ученые из Университета Турина опубликовали данные мета-анализа на тему суицидальности у молодежи во время пандемии COVID-19.

Авторы отмечают, что молодежь в возрасте от 15 до 30 лет выглядит самой уязвимой группой, и каждая четвертая смерть в этой возрастной категории — это смерть от суицида. Среди его причин упоминается дефицит когнитивного контроля, обусловленный особенностями развития головного мозга подростков, который может повышать риск импульсивного суицидального поведения как дисфункционального ответа на кризисную ситуацию.

В целом, на один завершённый суицид приходится более двадцати суицидальных попыток. Этот феномен хорошо представлен суицидальной пирамидой бельгийского психиатра Кейса ван Хеерингена (van Heeringen): среди молодежи, а также среди взрослых суицидальная симптоматика может рассматриваться как континуум — от суицидальных мыслей в основании пирамиды до суицидального поведения и суицида на ее вершине. Суицидальные мысли считаются начальной точкой такого континуума, но не все, кто сообщает о суицидальных мыслях, впоследствии переходят к действиям. Исследования также показывают, что лишь очень небольшая доля подростков с суицидальным поведением попадает в поле зрения клинических служб, то есть эти проблемы в значительной мере скрыты в сообществе.

Пандемия COVID-19 принесла с собой радикальные изменения в жизнь подростков и молодежи, которые могли как позитивно, так и негативно повлиять на их психическое здоровье. Среди позитивных

влияний отмечают рост сплоченности в семье, усиление связей между ее членами через совместное проведение времени. Среди негативных — ограничение социальных взаимодействий и совместного досуга с друзьями, возможное усиление конфликтов в семье, домашнее насилие, рост тревоги и депрессии. В первые месяцы пандемии отмечен рост показателей психического неблагополучия (например, утяжеление симптомов депрессии и тревоги, расстройств пищевого поведения), но при этом уровень суицидов не показал значимых изменений, несмотря на выраженную связь упомянутых психических состояний с суицидальными попытками.

Целью исследования ученых из Турина было обобщение данных по показателям суицидальности среди молодежи во время пандемии Covid-19. Систематический обзор основывался на статьях из пяти баз данных, опубликованных в период с 01.01.2020 по 27.07.2022 гг. Мета-анализ проводился на материале исследований, посвященных изучению трех элементов суицидального спектра — суицидах, суицидальном поведении и суицидальных мыслях — среди молодых людей в возрасте до 19 лет.

Согласно данным метаобзора показатель суицидов в 2020 году вырос по сравнению с 2019 годом и составил 4,9 случаев на 100 000 человек. Наибольшая частота суицидального поведения была среди молодых людей, имеющих психиатрические диагнозы (25%), в общей популяции этот показатель был равен 3%, а в отделениях неотложной помощи — 1%. Показатель суицидальных мыслей был 17% в общей популяции, 36% — у лиц, имеющих проблемы в области психического здоровья, и 2% — в отделениях неотложной помощи. Сравнение периодов до- и во время эпидемии Covid-19 демонстрирует статистически незначимый тренд к росту суицидального поведения в общей популяции и в отделениях неотложной помощи. Единственный значимый рост обнаружен для суицидальных мыслей среди лиц, страдающих от психических заболеваний.

Согласно интерпретации авторов, во время пандемии тренд изменений уровней трех элементов суицидального спектра соответствует известному паттерну, согласно которому показатель суицидальных мыслей имеет более выраженный рост в сравнении с показателями суицидального поведения и суицидов. Исследователи предупреждают, что правительствам и другим заинтересованным сторонам в начале таких крупных бедствий, как пандемия, следует помнить об уникальных рисках молодежи и принимать проактивные меры, которые были бы обращены к потребностям этой возрастной категории, с целью снижения существующих рисков.

Оригинал: *Bersia M., Koumantakis E., Berchiolla P. et al. Suicide spectrum among young people during the COVID-19 pandemic // eClinicalMedicine. 2022. Publ. 31.10.22. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101705*

Раскрытие суицидальных мыслей и поведения другим

Раскрытие своих суицидальных мыслей, планов или деструктивных действий другим открывает возможность для вмешательства и првенции. Австралийские ученые опубликовали первый мета-анализ всех существующих исследований, посвященных оценке распространенности раскрытия суицидальных мыслей (СМ) другим в зависимости от того, кому люди об этом рассказывают, и того, какие факторы влияют на раскрытие СМ.

Ученые провели поиск исследований, проведенных в выборках людей, имеющих СМ или продемонстрировавших суицидальное поведение в прошлом (включая умерших в результате суицида), с целью выяснить, раскрывали ли они другим свои СМ. Было проанализировано почти 100 научных работ на общем материале более миллиона человек. Результаты показывают, что менее половины испытуемых (45,9%) делились своими мыслями и планами с другими.

Раскрытие СМ другим оказалось сопряжено с тяжестью психиатрических расстройств, женским полом и большей продолжительностью наличия СМ или суицидального поведения. Частота раскрытия СМ была ниже среди людей, умерших в результате суицида, а также среди сообщавших о них в устной форме, а не в текстовых сообщениях онлайн. Суицидальными мыслями чаще делились с членами семьи, чем с друзьями или специалистам. В целом, от 50% до 60% людей не раскрывали другим свои СМ и, соответственно, оставались неидентифицированными и лишались возможности получить специализированную помощь.

Среди причин нераскрытия СМ авторы упоминают стигму, чувство стыда, боязнь оказаться отвергнутыми или отказ в психологической поддержке, нежелание возлагать свои проблемы на других и уверенность в том, что решения проблемы нет. Особенно выраженным является беспокойство о последствиях раскрытия такой информации в виде госпитализации или нежелательного лечения.

Авторы указывают на важность социальной поддержки, а также более глубокого понимания проблемы суицидов со стороны специалистов. Указывается на роль прямых вопросов о СМ — согласно данным исследований, такие вопросы не усиливают дистресс и не повышают вероятность СМ или суицидального поведения.

Оригинал: *Hallford D.J., Rusanov D., Winestone B. et al.* Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence // *Clinical Psychology Review*. 2023. № 101. eP. 102272. DOI:10.1016/j.cpr.2023.102272

Факторы риска суицида и интервенции на основе современных технологий

По оценкам ВОЗ, более половины всех смертей от суицидов (58%) приходится на возрастную категорию моложе 50 лет, и определение факторов риска на ранней стадии могло бы способствовать усилению целенаправленных воздействий по превенции суицида. При этом существующий массив данных, позволяющих прогнозировать суициды, не содержит эпидемиологических показателей по большинству стран и представлен несистематизированным набором факторов риска.

Так, в систематических обзорах и мета-анализах рассматриваются факторы риска из самых разных областей: в общей популяции и в разных возрастных группах (дети/подростки, взрослые и пожилые), среди заключенных и среди пациентов стационаров; при самых разных психиатрических расстройствах; в разных этнических и культурных средах; у мужчин и женщин; у бедных и подверженных рабочему стрессу и пр. Факторы риска могут быть получены как из разных областей знания (например, биологии, психологии и социологии), так и на разных уровнях одной дисциплины (например, когнитивные процессы, личность и генетика).

Понимание модифицируемых факторов риска, в свою очередь, может направлять развитие инновационных технологий для целей профилактики суицида. Так, современные интервенции рассматривают использование «больших данных», техник машинного обучения, компьютеризированной психотерапии, применение смартфонов, а также различных портативных устройств и нательных сенсоров.

Целью нового канадского систематического обзора и мета-анализа было улучшение текущего понимания суицидальности через определение факторов риска, которые сильнее других ассоциированы с суицидом, с последующим их использованием в качестве мишеней при разработке новых, основанных на современных технологиях интервенций с целью превенции суицидов.

В ходе исследования проведен поиск в четырех базах данных; критериям включения соответствовали 25 работ, выполненных в 19 странах на общем материале 77890 суицидов. По результатам анализа, факторами, статистически ассоциированными с суицидом, оказались любое диагностированное психическое расстройство, неблагоприятные жизненные события, суицидальные попытки в прошлом, низкий образовательный уровень, одиночество или высокий уровень изоляции, множественные хронические физические расстройства, семейная история суицидов, сексуальная травма и принадлежность к женскому полу.

Самые сильные корреляционные связи с суицидом показали коморбидные расстройства (как психические, так и физические) и факторы риска, связанные с поведением. Авторы представили новую иерархическую модель факторов риска суицида, способствующую улучшению понимания феномена суицида и его причин. В статье также намечены направления для последующих исследований с ориентацией на разработку новых возможностей превенции с использованием современных технологий.

Оригинал: *Jha S., Chan G., Orgi R.* Identification of risk factors for suicide and insights for developing suicide prevention technologies // *Human Behavior and Emerging Technologies*. 2023. Art. ID 3923097. DOI: 10.1155/2023/3923097

Составитель-переводчик: Елена Можяева

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

Барabanников Владимир Александрович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

Веракса Николай Евгеньевич — доктор психологических наук, профессор

Гаранян Наталья Георгиевна — доктор психологических наук, профессор

Головей Лариса Арсеньевна — доктор психологических наук, профессор

Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук, доцент

Лутова Наталия Борисовна — доктор медицинских наук

Майденберг Эмануэль — доктор психологических наук, профессор

Марцинковская Татьяна Давидовна — доктор психологических наук, профессор

Польская Наталия Анатольевна — доктор психологических наук, профессор

Сирота Наталья Александровна — доктор медицинских наук, профессор

Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, доцент

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

Шайб Питер (Германия) — PhD, психотерапевт

Шумакова Наталия Борисовна — доктор психологических наук

Ялтонский Владимир Михайлович — доктор медицинских наук, профессор

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Бек Джудит (США) — доктор психологических наук, клинический профессор психологии в психиатрии

Кадыров Игорь Максutowич — кандидат психологических наук

Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, доцент

Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицинских наук, профессор

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор

Ленгле Альфрид (Австрия) — доктор медицинских наук, профессор

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор

Перре Майнрад (Швейцария) — доктор психологических наук, профессор

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор

Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент

Тагэ Сэфик (Германия) — доктор медицинских наук, психолог

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию¹

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 40 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристаетные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, идентификационный номер в ORCID, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы — сделаны в WORD.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов представленные материалы отклоняются.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям (http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml) является основанием для отправки материала на доработку автору.

¹ С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml