

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист психиатр  
Департамента здравоохранения города  
Москвы, проф., д.м.н.

  
Г.П. Костюк

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке  
Департамента здравоохранения города  
Москвы №18



«  » \_\_\_\_\_ 2022 г.

«22» Август 2022 г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА  
СЕПАРАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Методические рекомендации № 96

Москва 2022

УДК 616.89  
ББК 56.14  
К49

**Организация-разработчик:**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева" Департамента здравоохранения города Москвы

**Авторы-составители:**

**Аведисова Алла Сергеевна** – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник Отдела новых методов терапии пограничных психических расстройств ГБУЗ НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ; главный научный сотрудник Отдела пограничной психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России;

**Аркуша Инна Анатольевна** – к.м.н., врач-психиатр консультативного отделения ГБУЗ НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ; научный сотрудник Отдела пограничной психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России;

**Захарова Ксения Валерьевна** – к.м.н., врач-психиатр консультативного отделения ГБУЗ НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ; старший научный сотрудник Отдела пограничной психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России;

**Зинчук Михаил Сергеевич** – к.м.н., ведущий научный сотрудник ГБУЗ НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ;

**Акжигитов Ренат Гаясович** – к.м.н., заместитель директора ГБУЗ НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ.

**Рецензенты:**

**Казаковцев Борис Алексеевич** – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России;

**Басова Анна Яновна** – к.м.н., заместитель директора по научной работе ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы.

Клинические характеристики тревожного расстройства сепарации на амбулаторном психоневрологическом приеме/ сост. А.С. Аведисова, И.А. Аркуша, К.В. Захарова [и др.]. – М., ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2022. – 30 с.

В настоящих методических рекомендациях представлена информация о распространенности, этиопатогенезе тревожного расстройства сепарации, подробно описаны клинические проявления, особенности диагностики и лечения расстройства применительно к разным возрастам. Методические рекомендации предназначены для использования в практической и научно-исследовательской работе психиатров, врачей-психотерапевтов, клинических психологов, а также могут служить учебным материалом при подготовке медицинских специалистов.

Методические рекомендации разработаны в рамках выполнения темы НИР «Изучение психических расстройств и психосоматических соотношений».

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

ISSN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2022  
© ГБУЗ НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ, 2022  
© Коллектив авторов, 2022

## ОГЛАВЛЕНИЕ

НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	4
СОКРАЩЕНИЯ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ (ДЕФИНИЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ)	6
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА СЕПАРАЦИИ	8
Клинические проявления тревожного расстройства сепарации у детей и подростков	8
Клинические проявления тревожного расстройства сепарации у взрослых	9
ДИАГНОСТИКА ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА СЕПАРАЦИИ	12
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И КОМОРБИДНОСТЬ	15
ЛЕЧЕНИЕ	17
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	
211	
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	222
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	
277	
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	30

## НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

В настоящих методических рекомендациях представлена информация о распространенности, этиопатогенезе тревожного расстройства сепарации, подробно описаны клинические проявления, особенности диагностики и лечения расстройства применительно к разным возрастам.

Методические рекомендации предназначены для использования в практической и научно-исследовательской работе психиатров, врачей-психотерапевтов, клинических психологов, а также могут служить учебным материалом при подготовке медицинских специалистов.

## СОКРАЩЕНИЯ

ГТР - генерализованное тревожное расстройство

КПТ - когнитивно-поведенческая психотерапия

МКБ-10 - Международная классификация болезней 10 пересмотра

МКБ-11 - Международная классификация болезней 11 пересмотра

ОКР - обсессивно-компульсивное расстройство

ПР - паническое расстройство

РЛ - расстройство личности

СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

СТ – сепарационная тревога

СФ–социальная фобия

ТРВР–тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте

ТРС–тревожное расстройство сепарации

ASA-27 –Adult Separation Anxiety Questionnaire

DSM-5–Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders V

TSPO–translocator protein, белок-транслокатор



## ВВЕДЕНИЕ

Тревожное расстройство сепарации (ТРС) характеризуется наличием онтогенетически неадекватного и чрезмерного страха или тревоги по поводу реальной или воображаемой разлуки с объектом привязанности[1,4]. Распространенность ТРС в течение жизни примерно 4,8%, причем в 43,1% расстройство манифестирует после 18 лет[1, 45]. В амбулаторной практике распространенность ТРС составляет 15-43%[46]. В 2/3 случаев расстройство начинается в детском возрасте и в 36,1% сохраняется во взрослом возрасте [47]. В нескольких эмпирических исследованиях отмечены существенный уровень нарушения функционирования таких больных, высокая коморбидность ТРС с тревожными и аффективными расстройствами и недостаточный ответ на методы лечения, традиционно используемые при купировании других тревожных состояний [2, 41]. Тревожное расстройство сепарации связано с повышенным риском развития других тревожных и аффективных расстройств, включая паническое расстройство (ПР), агорафобию и обсессивно-компульсивное расстройство(ОКР). Имеется значительный риск развития депрессии или расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ[4, 9].

Актуальность методических рекомендаций обусловлена трудностями диагностики ТРС и неразработанностью терапевтических подходов. По мнению V. Manicavasagar (2016), причинами непопулярности диагноза ТРС являются психоаналитические взгляды на вопросы сепарации среди клиницистов, высокая коморбидность с другими психическими расстройствами, феноменологическое перекрытие ТРС с другими подтипами тревоги (ПР, агорафобия), а также понимание сепарационной тревоги (СТ) как особенности, находящейся в плоскости исключительно личностных проблем или расстройств (таких как зависимое расстройство личности (РЛ) или как каузальной атрибуции СТ реакции на хронические стрессоры и/или дисфункциональные отношения [31].

## ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ (ДЕФИНИЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ)

Физиологическая и адаптивная СТ тесно связана с эволюционным появлением новых структур мозга, характерных для палеомлекопитающих, увеличением размера мозга и черепа у неомлекопитающих, а затем и у гоминидов, а также с появлением прямохождения. Все эти эволюционные вехи способствовали расширению поведенческого репертуара и пластичности предчеловеческих и человеческих существ за счет более продолжительной зависимости младенца и ребенка от родительской заботы. Тревожное расстройство сепарации является преувеличенным/онтогенетически неадекватным проявлением СТ. Сепарационная тревога чаще всего наблюдается во взаимоотношениях матери и ребенка и в рамках нуклеарных семейных взаимодействий, однако она может включать в себя более разнообразный набор фигур привязанности (друзья, партнеры, супруги, домашние питомцы и пр.) с тенденцией к расширению на протяжении жизни [9].

Сепарационная тревога традиционно считается детским психофеноменом. Тревожное расстройство сепарации чаще всего начинается в детстве, но может продолжаться в подростковом возрасте, а иногда и во взрослой жизни. За последние два десятилетия произошли изменения в представлении о СТ как нормативной или (в случае ТРС) патологической реакции, ограничивающейся детским возрастом. Произошедшая важная трансформация в концептуализации СТ и ТРС как паттернов реакций, которые могут возникать в любой момент жизни, поддерживается современными классификационными и диагностическими системами (МКБ-11, DSM-5).

Важной предпосылкой к изменению диагностических взглядов на ТРС у взрослых послужил ряд эпидемиологических исследований, доказавших широкое распространение симптомов СТ и ТРС не только в детской, но и во взрослой популяциях. Транснациональное исследование (World Mental Health Surveys) на выборке более чем 35000 взрослых показало, что средняя распространенность ТРС в течение жизни составляет 4,8%, причем в практически половине случаев (43,1%) первые проявления расстройства обнаруживаются после 18 лет [4, 45]. По данным зарубежных исследований распространенность ТРС у взрослых в амбулаторной психиатрической сети может достигать 43% [4, 47]. Высокая распространенность СТ (24,8%) и ТРС (5,4%) отмечена среди взрослых амбулаторных пациентов с психическими расстройствами непсихотического уровня отечественными исследователями А.С. Аведисовой и соавт. (2020) [1]. В общей детской популяции ТРС встречается примерно у 1–4 % детей, может быть диагностировано у 7,6 % пациентов,



обратившихся к педиатру, и примерно у половины детей, получивших направление к психиатру с подозрением на тревожное расстройство [17, 50]. Существуют межполовые различия в начале ТРС: ТРС с началом в детском возрасте чаще встречается у девочек, в то время как у мужчин чаще развивается ТРС после 18 лет [10].

Факторами риска развития ТРС являются [2]:

- травма и связанный с ней страх за личную безопасность [43];
- критические жизненные периоды – отъезд из родительского дома, брак, рождение детей и др.;
- потеря близкого человека в результате смерти, развода, болезни и пр. [49];
- стили воспитания (родительская гиперпротекция [29], интрузивность [52], материнская сверхвовлеченность [35]);
- подростковый возраст с характерным для него ростом независимости и самостоятельности [22];
- нейротизм и тесно связанные с ним низкую самооценку, особенности системы привязанности (например, небезопасная привязанность), непереносимость неопределенности) [51].

Оценки наследуемости свидетельствуют о том, что вклад генетических факторов в развитие ТРС с ранним началом является более существенным в сравнении с влиянием факторов окружающей среды [2,11]. Результаты близнецовых исследований ТРС обнаружили более высокие показатели распространенности в течение жизни и уровня конкордантности (особенно у женщин) у монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными [4, 11, 17, 34, 44].

Этиопатогенетические механизмы развития ТРС изучены недостаточно. Они включают взаимодействие генов и окружающей среды и, вероятно, дифференцированную регуляцию генов и функциональных сетей, которые одновременно влияют на несколько поведенческих и физических фенотипов после воздействия стрессов в раннем возрасте, включая разлуку/потерю родителей. В исследовании R. Roberson-Nay et al. (2010) и A. Ogliari et al. (2010) обнаружена ассоциация ТРС с повышенной чувствительностью к CO<sub>2</sub> [34,39]. В. Costa et al. (2012) связывают низкие уровни экспрессии TSPO при ТРС у взрослых с изменением синтеза прегненолона, что приводит к нейроэндокринному дисбалансу [2,4,14]. Изучается роль окситоцина и кортизола в формировании дисфункциональной привязанности при ТРС [4,21]. Предполагается связь ТРС с повышением активности миндалевидного тела, а также с усилением функциональной связи миндалины с префронтальной и затылочной областями R.Redlich (2014) [4, 38].

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА СЕПАРАЦИИ**

Ключевым проявлением ТРС является иррациональная интенсивная тревога/страх, сфокусированные на разлуке со значимыми референтными лицами, к которым у индивида сформирована привязанность, или на разлуке с домом.

Клинические проявления можно разделить на 3 группы:

- эмоциональные (тревога/страх до и во время разлуки) и связанные с ними соматовегетативные проявления;

- когнитивные;

- поведенческие (избегание, контролирующее поведение и т.п.) [19].

### **Клинические проявления тревожного расстройства сепарации у детей и подростков**

Сепарационная тревога представляет собой континуум, на одном полюсе которого реакции, соответствующие нормальному развитию, на другом – патологические проявления - ТРС. Сепарационная тревога, сопровождающая возрастной период от 9 до 13 месяцев, - эволюционно-адаптивный механизм, который помогает ребенку, неспособному к самозащите, держаться рядом с матерью или опекуном [12]. К двум годам, когда у детей развивается чувство постоянства объекта и осознания временного характера разлуки, СТ ослабевает. У некоторых детей страх перед разлукой стойко сохраняется или возвращается позже в возрасте 4-5 лет, в некоторых случаях он может достигать степени расстройства. Тревожное расстройство сепарации диагностируется, когда симптоматика сохраняется в течение длительного периода времени, чрезмерно выражена, а также приводит к нарушению функционирования [10].

Ребенок испытывает тревогу/*беспокойство* по поводу возможной разлуки с родителями в случае, если они умрут, заболеют, откажутся от него или с ним произойдет несчастный случай, он потеряется и т.п. Переживаемые ребенком эмоции тревоги и страха влияют на его *поведение*: он стремится находиться рядом с родителями или домом, протестует против ухода близких, плачет. *Соматовегетативные симптомы* проявления разнообразны и сближают проявления ТРС с клинической картиной панического и соматизированного расстройства. Ребенок предъявляет жалобы на боли различной локализации (головные боли, боли в животе, мышечные боли), ощущение неполноты вдоха, головокружения, тошноту, рвоту, сердцебиения, ощущение дискомфорта в грудной клетке, обмороки, нарушения сна, парасомнии в виде ночных кошмаров.



Соматовегетативные проявления могут являться прямым проявлением беспокойства, так и намеренно предьявляться ребенком, чтобы остаться дома или рядом с родителями. Выше перечисленные симптомы ТРС часто становятся причинами пропуска школьных занятий и многочисленных визитов к педиатрам и иным соматическим специалистам для исключения медицинских проблем. Симптомы, как правило, возникают в будние дни и практически исчезают/отсутствуют в выходные или в случае разрешения остаться дома.

Клиническая картина имеет возрастные особенности. Дети младшего возраста чаще, чем дети старшего возраста или взрослые, жалуются на кошмарные сновидения. Наличие повторяющихся жалоб на соматическое неблагополучие более характерно для детского возраста, в то время как жалобы на когнитивные и эмоциональные симптомы – для юношеского возраста и зрелого возраста [2, 19].

### **Клинические проявления тревожного расстройства сепарации у взрослых**

Клинические проявления ТРС у взрослых можно также разделить на 3 группы:

1) *эмоциональные и связанные с ними физические* проявления:

- тревога при необходимости разлуки с объектами привязанности;
- соматовегетативные симптомы, такие как нарушения стула, тошнота или рвота, головные;
- усиление тревоги при изменениях распорядка дня, которые препятствуют поддержанию близости со значимыми лицами или домом;
- панические приступы;
- инсомнические нарушения в виде повторяющихся кошмарных сновидений, содержание которых связано с разлукой.

2) *когнитивные*:

- постоянное беспокойство о возможном вреде себе или объекту привязанности, или наступлении неблагоприятного события (похищение, болезнь, смерть и пр.), которые могут привести к разлуке или потере значимой фигуры [2];
- беспокойство и опасения быть оставленным объектом привязанности при отсутствии реальных на того оснований;
- чрезмерное беспокойство по поводу возможных событий, которые могут разлучить со значимым другим, например, необходимость посещать конференции или другие рабочие мероприятия;

- беспокойство по поводу чрезмерной привязанности;
- тревога «о наличии тяжелого заболевания у объекта привязанности, которое может привести к его смерти и утрате связи с ним», которую И.А. Аркуша, 2021 г. в своем исследовании обозначает, как «инвертированную ипохондрию»[4].

### 3) поведенческие:

- контроль за местонахождением фигур привязанности: настаивание на предоставлении информации о планах поездок (точных датах и времени), о сопровождающих лицах, запись их контактных данных и пр.;
- нежелание покидать дом, проявляющееся в медлительности или поиске причин, чтобы не выходить на улицу или откладывать выход;
- «ритуалы», связанные со сном: спать при включенном свете или с открытой дверью, чтобы слышать голос объекта привязанности, обеспечение доступности/возможности контакта с фигурой привязанности перед засыпанием, не ложиться спать в отсутствие фигур привязанности и пр.;
- поддержание близости с фигурами привязанности и их поиск, например, инициирование длительных телефонных бесед, частые звонки в течение дня, поиск значимых лиц путем телефонных звонков и сообщений людям, которые могут иметь информацию о их местонахождении[2].

Описание ТРС во взрослом возрасте в отличие от наблюдающегося в детстве менее детализировано описанием дистресса, а также проблем, связанных со сном. При этом наличие повторяющихся жалоб на соматическое неблагополучие более характерно для детского возраста, в то время как жалобы на когнитивные и эмоциональные симптомы – для взрослого [47]. Кроме того, взрослые пациенты, страдающие ТРС, имеют возможность использовать различные поведенческие стратегии (недоступные детям), целью которых является продление времени совместного пребывания с объектом привязанности, например, инициация частых телефонных звонков или длительных бесед, выработка и строгое соблюдение такого распорядка дня, который обеспечивает наиболее частый контакт со значимым человеком и др. [2, 30].

И.А. Аркуша и соавт, 2021 выделяют два клинических варианта ТРС: аффективный и когнитивно-поведенческий[3]. «При *аффективном варианте*в клинической картине доминируют эмоциональные нарушения (страх и тревога, связанные с ситуациями сепарации) без формирования избегающего поведения или других устойчивых поведенческих паттернов. Сепарационная тревога нередко достигает уровня выраженности панических приступов, проявлялась в беспокойстве о благополучии, здоровье и безопасности объекта привязанности, сопровождалась инсомническими



нарушениями (ночные кошмары о возможной разлуке, трудности при засыпании в отсутствие объекта привязанности), соматизацией (боли, тошнота, рвота), также нередко происходило формирование вторичной фобической симптоматики в виде страха спать вне дома, оставаться без объекта привязанности. В доминирующем числе случаев привязанность к значимым другим характеризовалась тревожно-озабоченным (зависимым) стилем, носила характер эмоциональной зависимости и формировалась в отношении двух или более лиц. Для пациентов характерен высокий уровень инсайта [3,4].

*Когнитивно-поведенческий вариант* характеризуется чрезмерной тревогой, связанной с возможностью остаться беспомощным без одобрения и поддержки объекта привязанности, когнитивными и поведенческими симптомами, связанными с ситуациями разлуки, например, формированием избегающего поведения. Избегающее поведение реализуется через повышение контроля над жизнью объекта привязанности – перепроверка самочувствия, его безопасности в течение дня, местонахождения, путем повторяющихся телефонных звонков фигуре привязанности или его окружению (коллегам, друзьям и пр.), смс-сообщений, продлении времени совместного пребывания (инициация длительных бесед, разработка определенного распорядка, располагающего к частым встречам со значимым другим). Пациенты с данным вариантом ТРС склонны к формированию идей (ревности, ипохондрического содержания) сверхценно-и сверхценно-бредового уровня, мышление нередко носит характер магического, страх утраты объекта привязанности мог принимать форму идеобсессий. Привязанность пациентов с когнитивно-поведенческим вариантом ТРС характеризуется небезопасными стилями; зависимость от значимого лица носила характер функциональной и аттитудной (установки, ценности, убеждения соответствовали таковым у объекта привязанности)». Формируется привязанность, как правило, к одному лицу (романтический партнер/супруг или матери). Для пациентов характерен низкий уровень инсайта [3,4].

## ДИАГНОСТИКА ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА СЕПАРАЦИИ

В отечественной версии МКБ-10 ТРС расположено в разделе “Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте”, и носит название «тревожное расстройство в связи с разлукой» (ТРВР) (F93.0). Для постановки диагноза необходимо соответствие не менее трем признакам критерия «А», обязательное начало до шестилетнего возраста, длительность не менее четырех недель, исключение генерализованного тревожного расстройства (ГТР), а также невозможность объяснить имеющуюся симптоматику каким-либо другим расстройством [2,4,5] (Таблица 1).

Таблица 1. Диагностические критерии ТРВР в детском возрасте по МКБ-10 [5]

<b>МКБ-10 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте F93.0</b>
<b>Диагностические критерии</b>
По меньшей мере 3 признака из числа следующих:
При разлуке с основной фигурой привязанности перед ней или сразу после нее, или в предвидении ее возникает чрезмерный, повторяющийся дистресс (о чем свидетельствуют тревога, плач, гнев, несчастный вид, апатия или аутизация).
Несоответствующее реальности постоянное беспокойство в связи с возможной потерей или возможными неприятностями у основных фигур привязанности или постоянная озабоченность, что они могут умереть.
Несоответствующая реальности постоянная озабоченность, что какое-нибудь нежелательное событие разлучит ребенка с основной фигурой, к которой он привязан (например, из-за того, что ребенок потеряется, будет похищен, помещен в больницу или убит).
Ребенок с постоянной неохотой ходит в школу или отказывается туда ходить из-за страха разлуки с основной фигурой, к которой он привязан, или с тем, чтобы остаться дома.
Постоянный неадекватный страх остаться днем дома в одиночестве или без основной фигуры привязанности.



<p>Затруднения в том чтобы расстаться на ночь, что проявляется одним из следующих признаков:</p> <p>а) ребенок с неохотой идет спать или отказывается от этого, соглашаясь только с условием, чтобы быть рядом с основной фигурой, к которой он испытывает привязанность;</p> <p>б) по ночам часто встает с постели, чтобы удостовериться, что лицо, к которому он испытывает привязанность, не покинуло его или чтобы спать рядом с ним;</p> <p>в) постоянное нежелание или отказ спать вне дома.</p>
<p>Повторяющиеся кошмары, содержание которых связано с разлукой.</p>
<p>Повторяющееся возникновение физических симптомов (таких как тошнота, боль в животе, головная боль или рвота) в случаях, связанных с разлукой с основной фигурой привязанности.</p>
<p>Начало до 6-летнего возраста.</p>
<p>Продолжительность по меньшей мере 4 недели.</p>
<p>Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, академической, профессиональной или других важных областях функционирования.</p>
<p>Расстройство не возникает как часть более широкого нарушения эмоций, поведения или личности, или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества. Отсутствие критериев генерализованного тревожного расстройства детского возраста (F93.80).</p>

Несмотря на то, что ТРС, возникнув в детстве (до 6 лет), может проявляться на протяжении всей жизни, значительная часть взрослых пациентов с этим расстройством не помнит его начала в детском возрасте, а у части пациентов (в 1/3-1/4 случаев) начало расстройства приходится на зрелый возраст, что выводит их за пределы применения действующей диагностической классификации [30,48]. В проекте Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) ТРС находится в рубрике «Тревожные и связанные со страхом расстройства»(6B05), исключен критерий начала расстройства в детском возрасте[2].

В настоящее время не выявлено биомаркеров, позволяющих объективно установить диагноз ТРС. В качестве потенциальных биомаркеров в исследованиях рассматриваются снижение плотности белка-транслокатора 18 кДа (TPSO), связывание бензодиазепиновых рецепторов периферического типа и гиперчувствительность к диоксиду углерода[39].

Дополнительными инструментами диагностики и определения тяжести ТРС являются специальные диагностические интервью и рейтинговые шкалы. Separation Anxiety Avoidance Inventory (SAAI) является единственным диагностическим

инструментом, специально разработанным для специфической диагностики ТРС у детей [50]. Он представлен в детской и родительской версии, обе из которых имеют хорошую межрейтинговую и ретестовую надежность. В диагностических целях у взрослых используется опросник сепарационной тревоги взрослых (Adult Separation Anxiety Questionnaire, ASA-27) [2, 4, 28] (Приложение 1). Он включает список из 27 симптомов, каждый из которых подразумевает оценку по четырехбалльной шкале Ликерта, где «0» - «это никогда не происходило», а «3» - «это происходит очень часто (постоянно)». ASA-27 обладает хорошей внутренней согласованностью и ретестовой надежностью, надежность и валидность подтверждены А.А. Дитюк (2009) при адаптации методики на русскоязычной выборке [6]. По количеству баллов выделяют четыре степени выраженности СТ: 0–18 баллов – низкий уровень СТ; 19–37 – средний уровень СТ; 38–56 – высокий уровень;  $\geq 57$  – очень высокий уровень. Пороговый общий балл для диагностики ТРС у взрослых  $\geq 22$ .



## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И КОМОРБИДНОСТЬ

Наибольшие трудности при диагностике ТРС у взрослых возникают при необходимости дифференциации его от *панического расстройства (ПР) с/без агорафобии* [4, 46, 48]. Пациенты с ТРС могут переживать панический приступ, но при этом их доминирующим страхом является потенциальная или реальная ситуация разлуки с лицом, к которому сформировалась сильная привязанность, а отнюдь не опасения по поводу повторного возникновения панического приступа. Кроме того, пациенты с ПР в первую очередь озабочены своим личным здоровьем и безопасностью, в то время как лица с ТРС испытывают большее беспокойство по поводу благополучия объекта их привязанности, а собственное здоровье и безопасность их тревожит в контексте сохранения близости со значимым лицом, что становится невозможным в случае, например, их болезни [2,4,10]. При *агорафобии* пациенты избегают различных ситуаций, включая выход из дома в одиночку, но страх или тревога сфокусированы на том, что в случае паники помощь не будет доступна или возникнут ограничивающие или ставящие в неудобное положение симптомы, но не на разлуке с ключевым объектом привязанности.

Беспокойство о здоровье и безопасности близких наблюдается как при ТРС у взрослых, так и при *генерализованном тревожном расстройстве (ГТР)*. Отличие между ТРС и ГТР заключается в том, что страх или беспокойство о потере значимых других является одной из множества других фабул при генерализованной тревоге наряду с чрезмерной озабоченностью различными событиями и ситуациями, тогда как беспокойство по поводу разлуки и потери ограниченного числа значимых других - центральная характеристика пациентов с ТРС [2,4,10].

Следует проводить дифференциальную диагностику между взрослым ТРС и *расстройствами личности (РЛ)*. Вне зависимости от типа РЛ общими отличиями от ТРС являются присущие РЛ тотальность и стабильность патологических проявлений. При *зависимом расстройстве личности* в основе страха потери или разлуки лежит невозможность заботиться о себе, самостоятельно справляться с эмоциональными проблемами, принимать решения, тогда как при ТРС у взрослых страх потерять объект привязанности совершенно не связан с вопросами автономии [2,4,8,37]. Постоянные усилия, направленные на то, чтобы избежать реальной или воображаемой участи быть покинутым, объединяют ТРС у взрослых с *эмоционально-неустойчивым расстройством личности пограничного типа*. Дифференциальными признаками в данном случае являются присущие пограничному РЛ аффективная неустойчивость, импульсивность,

неопределенность в отношении самого себя и большинства межличностных отношений, что не характерно для ТРС [8]. Страх потери объекта привязанности при ТРС может проявляться в чрезмерном и нереалистичном страхе того, что партнер совершит измену, подозрениями в неверности партнера, что, в конечном счете, может привести к вынужденной разлуке. В таком случае ТРС у взрослых имеет точки соприкосновения с *параноидным расстройством личности* [2,4,8,10]. Дифференциальная диагностика в данном случае базируется на наличии черт подозрительности, характерных для параноидного расстройства личности.

Диагностику ТРС осложняет факт его высокой коморбидности с другими психопатологическими расстройствами. Наиболее частой сопутствующей психической патологией при ТРС у детей являются униполярные и биполярные депрессии, социальное тревожное расстройство (часто предшествует началу ТРС в детском возрасте), синдром дефицита внимания и гиперактивности (характерно для девочек). В различных ситуациях поведение ребенка с ТРС может отличаться: в школе он демонстрирует симптоматику из спектра СДВГ, проявления социальной фобии (СФ) и/или депрессии, в домашних условиях – СТ и соматоформные расстройства. Сепарационная тревога в раннем возрасте может представлять собой неспецифическую уязвимость к широкому спектру тревожных (изолированные фобии, ПР, агорафобия) и других расстройств (биполярное аффективное расстройство, алкогольная зависимость, ОКР) во взрослой жизни [13, 24, 26], в том числе к ТРС. Многие пациенты с ТРС соответствуют критериям других психических расстройств: изолированной фобии, посттравматического стрессового расстройства, ПР, ГТР, СФ, агорафобии, ОКР, депрессивного расстройства, зависимого РЛ. Выраженность симптомов ТРС зависит от характера коморбидной патологии: более тяжелые варианты СТ у взрослых наблюдаются у пациентов с коморбидным ПР, чем у больных с аффективным расстройством [36]. В то же время коморбидность ТРС с депрессивным расстройством предполагает гораздо большее число депрессивных эпизодов [37]. Коморбидность депрессии с ТРС связана с высоким уровнем тревоги и повышенной вероятностью субоптимального ответа на стандартное лечение [18]. Сопутствие СТ депрессивному расстройству рассматривается, как потенциальный суицидальный фактор и должно учитываться при прогнозировании суицидального риска.



## ЛЕЧЕНИЕ

Первой линией терапии тревожного расстройства сепарации у детей являются психотерапевтические вмешательства, которые представлены когнитивно-поведенческой терапией (КПТ), психодинамическим или семейным системным подходом или эклектичной комбинацией этих моделей. Психотерапия проводится как индивидуально с ребенком, так и с включением в терапию членов семьи, в случае высокой тревожности у родителей - последнее представляется наиболее эффективным [15]. Психотерапевтические методы сочетаются с психосоциальными вмешательствами, которые включают информирование детей и их родителей о ТРС, его особенностях, течении, методах лечения и прогнозе, сотрудничество со школой (учителями, школьными психологами), обучение навыкам для повышения самостоятельности и компетентности ребенка.

Несколько рандомизированных контролируемых исследований показали краткосрочную и долгосрочную эффективность КПТ в облегчении детских тревожных расстройств, включая ТРС. Существует несколько программ КПТ (например, The Coping Cat, Friends), применяемых при ТРС у детей и подростков, в основном основанных на классических и оперантных принципах и социальном научении [23,42]. Продолжительность КПТ зависит от степени тяжести, специфики выбранной программы, реакции и приверженности терапии со стороны пациента. Стандартными компонентами КПТ программ являются: психообразование, когнитивная реструктуризация, обучение навыкам решения проблем и техникам релаксации, моделирование новых когниций и адаптивного поведения, формирования навыков управления непредвиденными обстоятельствами, предотвращение воздействия и реакции [19].

При неэффективности психотерапевтических методов, а также при выраженных проявлениях ТРС, приводящих к значительному снижению функционирования, используется лекарственная терапия. С учетом высокой эффективности, а также благоприятных профилей переносимости и безопасности в детской и подростковой практике, препаратами выбора являются представители группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) - флуоксетин и сертралин [20]. Безопасность флуоксетина при применении у детей и подростков в России не установлена, применение сертралина возможно с возраста 6 лет (Приложение 2). Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИОЗСН) также успешно применяются для лечения тревожных расстройств у детей, однако не проводилось исследований эффективности их применения при ТРС. В большинстве ситуаций, учитывая ограничения и

неопределенность имеющихся данных, СИОЗСН не рекомендуются в качестве лечения первой линии. Антидепрессанты первого поколения, такие как имипрамин (в РФ разрешен для применения с 6 лет), в течение нескольких десятилетий использовались у детей с ТРС, но в сравнении с препаратами группы СИОЗС они имеют риск развития серьезных побочных эффектов и менее благоприятные профили безопасности. Возможно краткосрочное применение бензодиазепинов, таких как диазепам (в РФ разрешен для применения у детей с 6 мес.), с учетом рисков развития зависимости [20].

Данные об эффективности тех или иных терапевтических подходов при тревожном расстройстве сепарации у взрослых предварительны. Традиционная КПТ, ориентированная на другие тревожные расстройства, не снижает уровень СТ у взрослых. Когнитивно-поведенческая терапия, специально ориентированная на ТРС у взрослых, может уменьшить СТ и привести к лучшим результатам[10]. Поддерживающая, эмоционально-фокусированная терапия, направленная на семью и учитывающая стили привязанности, может быть эффективной при ТРС у взрослых[32].

Хотя методы лечения ТРС у взрослых еще не нашли серьезных доказательств, клинический опыт показывает, что некоторые ключевые аспекты полезно учитывать при психотерапии расстройства (независимо от подхода - когнитивного или психодинамического) [27]. Практические аспекты психотерапевтических интервенций включают в себя:

– *Фокус на терапевтических отношениях.* Доверительные, поддерживающие и безопасные отношения с терапевтом помогают взрослым пациентам с тревожным расстройством сепарации приступить к задаче тестирования реальности в отношении имеющихся страхов, а также научиться и эффективно использовать методы преодоления ошибочных суждений, возникающих в ситуациях разлуки. В зависимости от акцента терапии и способности пациента к инсайту, реакции переноса могут составлять основной аспект терапии. С психодинамической точки зрения инсайт может быть усилен, например, путем отслеживания реакции человека на разлуку с терапевтом, например, когда последний уходит в отпуск.

– *Психообразование* пациентов ТРС включает выделение конкретных триггеров и стрессоров, способствующих возникновению симптомов СТ. Используются конкретные примеры из опыта пациента для демонстрации того, как СТ возникает в ответ на ожидаемую или фактическую разлуку с объектом привязанности и/или домом. Понимание реакций на воспринимаемую угрозу, связанную с разлукой с близкими людьми, помогает сделать чрезмерные эмоциональные реакции на эти события более предсказуемыми и контролируемыми. Психообразование по поводу панических атак



может помочь развеять нереалистичные страхи в их отношении и снизить общий уровень тревоги. При обсуждении диагноза стоит учитывать представления пациентов о своем состоянии, сформированные ранее в предыдущих взаимодействиях со специалистами и/или поощряемые близким окружением. Необходимо изучить влияние ТРС на различные аспекты жизни пациента, и акцентировать на преимуществах снижения уровня тревоги в целях большей свободы в реализации жизненных возможностей, чтобы повысить мотивацию к работе.

– *Навыки эмоциональной регуляции.* Техники управления тревогой могут помочь взрослым пациентам с ТРС справиться со своими страхами и разработать более адаптивные стратегии их преодоления.

- техники релаксации;
- медитации осознанности;
- дыхательные техники.

– *Изменение дисфункциональных убеждений.* Когнитивная терапия может помочь взрослым пациентам с ТРС справиться с дисфункциональными мыслями о разлуке с фигурами привязанности, сомнениями в способности справиться с тревогой и негативными представлениями о себе. Работа с дисфункциональными убеждениями может проводиться на всех этапах терапии, использоваться не только для исправления основных убеждений о степени опасности (для себя и для значимых других), связанной с разлукой, но и для переоценки причин тревоги предвосхищения и преодоления сопротивления психотерапевтическим интервенциям.

– *Градуированная экспозиция* - повторяющееся соприкосновение с пугающими стимулами для уменьшения вызываемого ими дискомфорта и страдания. Более эффективна в тесной связи с методами когнитивной реструктуризации, которые определяют источник тревоги, в данном случае страх быть разлученным с близкими людьми или домом.

Этапы:

- разработка списка ситуаций, вызывающих реакции тревоги и страха;
- их ранжирование в зависимости от интенсивности переживаемых эмоций;
- непосредственно экспозиция имагинальная (в воображении) или *in vivo* вызывающих страх и избегаемых ситуаций согласно списка с минимизацией избегающего перестраховочного поведения.

*Структурированное решение проблем.* Системный подход к решению проблем может помочь в преодолении внутренних и внешних препятствий на пути к

выполнению домашних заданий, связанных с воздействием *in vivo* и работой с дисфункциональными убеждениями.

Модель процесса принятия решений.

1. Обозначить и сформулировать проблему;
2. Генерация вариантов решения;
3. Оценка каждого варианта;
4. Выберите решение SMART – S (конкретное), M (измеримое), A (достижимое), R (релевантное), T (согласованное во времени);
5. Реализация выбранного решения;
6. Анализ эффективности [33].

– *Вовлечение семьи или иных фигур привязанности в терапию.* Клинические интервенции у пациентов с тревожными расстройствами характеризуются мультисистемным подходом, расширяющим сферу вмешательств за пределы отдельного человека до его ключевых объектов привязанностей и семейного окружения. Семейное окружение может играть определенную роль, препятствуя терапевтическому прогрессу или наоборот поддерживая изменения. Необходимо (с согласия пациента) вовлекать близких людей в процесс психообразования, чтобы убедиться, что они понимают природу состояния и поддерживают лечение, и могут оказать помощь в преодолении возможных ограничений в рамках психотерапевтической работы.

– *Повышение уровня коммуникативных навыков.* Сепарационная тревога по своей природе социально ориентирована, то есть представляет собой интерперсональную (коммуникативную) форму тревоги. Интерперсональные стрессы и слабые коммуникативные навыки способствуют возникновению неуверенности в близких отношениях. Обучение навыкам донесения природы тревоги до других и привлечения их помощи для преодоления проблемы может расширить возможности людей с ТРС и улучшить коммуникацию в семье [27].

Фармакологические методы лечения тревожных расстройств могут быть менее эффективными применительно к тревожному расстройству сепарации у взрослых. В пилотном плацебо-контролируемом рандомизированном исследовании эффективности антидепрессанта вилазодона (СИОЗС и частичный агонист 5HT<sub>1a</sub>-рецептора) при лечении ТРС у взрослых отмечено снижение уровня СТ в группе активной терапии в сравнении с плацебо, что позволяет утверждать об его эффективности [40].



## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Тревожное расстройство сепарации связано с повышенным риском развития тревожных и аффективных расстройств и приводит к развитию значительного дистресса у пациентов и их близких. Учитывая повышенный риск развития коморбидных психических расстройств и ухудшения течения сопутствующего расстройства при сочетании с ТРС, значительное снижение качества жизни, крайне важно выявлять пациентов, которые имеют высокие уровни сепарационной тревоги, для ранних терапевтических интервенций (преимущественно психотерапевтических).

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аведисова, А.С. Распространенность тревожного расстройства сепарации у взрослых амбулаторных пациентов с психическими расстройствами непсихотического уровня/ А.С. Аведисова, И.А. Аркуша, Р.Г. Акжигитов, Ю.А. Аносов, К.В. Захарова //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2020. – Т.120. – №.6. – С.92-98.
- 2.Аведисова, А. С. Тревожное расстройство сепарации у взрослых-новая диагностическая категория/А.С. Аведисова, И.А. Аркуша, К.В. Захарова //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2018. – Т. 10. – С. 54-63.
3. Аркуша, И.А. Клинически варианты и типы течения тревожного расстройства сепарации у взрослых / И.А. Аркуша, К.В. Захарова, М.С. Зинчук, А.С. Аведисова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121. - №5. – С.19-25.
4. Аркуша, И.А. Тревожное расстройство сепарации у взрослых с непсихотическими психическими расстройствами: дис. ...канд. мед. наук: 14.01.06/ И.А. Аркуша. - М.,2021. – С.152.
5. Голланд, В.Б. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99) (Класс V МКБ 10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / В.Б. Голланд, Т.Б. Дмитриева, Б.А. Казаковцев. - М.: Минздрав России. – 1998.
6. Дитюк, А.А. Адаптация теста сепарационной тревоги взрослых ASA-27 (Adult Separation Anxiety Questionnaire) на российской выборке / А.А. Дитюк //Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2016. – Т. 9. – №.46. – С. 6.
7. Abelli, M. Reductions in platelet 18-kDa translocator protein density are associated with adult separation anxiety in patients with bipolar disorder / M. Abelli, B. Chelli, B. Costa, L. Lari, A. Cardini, C. Gesi, M. Muti, A. Lucacchini, C. Martini, G. Cassano, S. Pini // Neuropsychobiology. – 2010. – Т. 62. – №. 2. – С. 98-103
8. Baldwin, D.S. The separation of adult separation anxiety disorder / D. S. Baldwin, R. Gordon, M. Abelli, S. Pini // CNS spectrums. – 2016. – Т. 21. – №. 4. – С.289-294.
9. Battaglia M. Separation anxiety: at the neurobiological crossroads of adaptation and illness / M. Battaglia //Dialogues in clinical neuroscience. – 2022.
10. Bögels, S.M.A. Adult separation anxiety disorder in DSM-5 / S.M. Bögels, S. Knappe, L. A. Clark // Clinical psychology review. – 2013. – Т. 33. – №. 5. – С. 663-674



11. Bolton, D. Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins / D. Bolton, T. Eley, T. O'connor, S. Perrin, S. RabeHesketh, F. Rijdsdijk, P. Smith // *Psychological Medicine*. – 2006. – T. 36. – №. 3. – C.335.
12. Bowlby, J. Attachment theory / J. Bowlby, D.S. May, M. Solomon. – Los Angelas, CA: Lifespan Learning Institute, 1989.
13. Brückl, T.M. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study / T. Brückl, H. Wittchen, M. Höfler, H. Pfister, S. Schneider, R. Lieb // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2007. – T. 76.– №. 1. – C. 47-56.
14. Costa, B. Role of translocator protein (18 kDa) in adult separation anxiety and attachment style in patients with depression / B. Costa, S. Pini, M. Abelli, P. Gabelloni, E. Da Pozzo, B. Chelli, S. Calugi, L. Lari, A. Cardini, A. Lucacchini, G. Cassano, C. Martini // *Current Molecular Medicine*. – 2012. – T. 12. – №. 4. – C. 483-487.
15. Creswell, C. Family treatment of child anxiety: Outcomes, limitations and future directions / C. Creswell, S. Cartwright-Hatton // *Clinical child and family psychology review*. – 2007. – T. 10. – №. 3. – C. 232-252.
16. Ehrenreich, J.T. Separation anxiety disorder in youth: phenomenology, assessment, and treatment / J.T Ehrenreich, L.C. Santucci, C.L. Weiner // *Psicol Conductual*. – 2008. -16(3) – C.389-412.
17. Ehringer, M.A. Genetic and environmental contributions to common psychopathologies of childhood and adolescence: a study of twins and their siblings / M. Ehringer, S. Rhee, S. Young, R. Corley, J. Hewitt// *Journal of abnormal child psychology*. – 2006. – T. 34. – №. 1. – C. 1-17.
18. Elbay, R.Y. Separation anxiety disorder among outpatients with major depressive disorder: Prevalence and clinical correlates / R.Y Elbay, A. Görmez, A. Kılıç, S.H. Avcı//*Comprehensive Psychiatry*. – 2021. – T. 105. – C. 152-219.
19. Figueroa, A. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health / A.Figueroa, C. Soutullo, Y. Ono, K. Saito// Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. - 2012.
20. Garland, E. J. Update on the use of SSRIs and SNRIs with children and adolescents in clinical practice / E.J. Garland, S. Kutcher, A. Virani, D. Elbe // *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2016. – T. 25. – №. 1. – C. 4.
21. Gordon, I. Oxytocin and cortisol in romantically unattached young adults:associations with bonding and psychological distress / I. Gordon, O. Zagoory-Sharon,

I.Schneiderman, J. Leckman, A. Weller, R. Feldman // *Psychophysiology*. – 2008. – T. 45. – №. 3. – С. 349-352.

22. Hock, E. Separation anxiety in parents of adolescents: Theoretical significance and scale development / E. Hock, M. Eberly, S. Bartle-Haring, P. Ellwanger, K. Widaman // *Child development*. – 2001. – T. 72. – №. 1. – С. 284-298.

23. Kendall, P.C. *Managing Anxiety in Youth* / P.C. Kendall, Michael III W. – Xavier University Production Services. - 2000.

24. Kossowsky, J. The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: a meta-analysis / J. Kossowsky, M. Pfaltz, S. Schneider, J. Taeymans, C. Locher, J. Gaab // *American Journal of Psychiatry*. – 2013. – T. 170. – №. 7. – С. 768-781.

25. Lewinsohn, P.M. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness / P. Lewinsohn, J. Holm-denoma, J. Small, J. Seeley, T. Joiner // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2008. – T. 47. – №. 5. – С. 548-555.

26. Lipsitz, J.D. Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders / J.D. Lipsitz, L. Y. Martin, S. Mannuzza, T. F. Chapman // *The American journal of psychiatry*. – 1994. - №15. – С. 927-929.

27. Manicavasagar V., Silove D. *Separation Anxiety Disorder in Adults: Clinical Features, Diagnostic Dilemmas and Treatment Guidelines*. – Academic Press, 2020.

28. Manicavasagar, V. A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood / V. Manicavasagar, D. Silove, R. Wagner, J. Drobny // *Comprehensive psychiatry*. – 2003. – T. 44. - №2. – С. 146-153.

29. Manicavasagar, V. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder-agoraphobia / V. Manicavasagar, D. Silove, R. Wagner, D. Hadzi Pavlovic // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 1999. – T. 33. – №.3. – С. 422-428.

30. Manicavasagar, V. Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation / V. Manicavasagar, D. Silove, J. Curtis // *Comprehensive psychiatry*. – 1997. – T. 38. – №. 5. – С. 274-282.

31. Manicavasagar, V. Why are we still missing adult separation anxiety disorder in clinical practice? / V. Manicavasagar, D. Silove // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2016. – T. 50. – №. 8. – С. 807-808.

32. Milrod, B. Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety / B. Milrod, J. Markowitz, A. Gerber, J. Cyranowski, M. Altemus, T. Shapiro, M. Hofer, C. Glatt // *American Journal of Psychiatry*. – 2014. – T. 171. – №. 1. – С. 34-43.



33. Mynors-Wallis, L. Problem-solving treatment for anxiety and depression: A practical guide/ L. Mynors-Wallis. – Oxford university press. - 2005.
34. Ogliari, A. The role of genes and environment in shaping co-occurrence of DSM-IV defined anxiety dimensions among Italian twins aged 8–17 / A. Ogliari, C. Spatola, P. Pesenti-Gritti, E. Medda, L. Penna, M. A. Stazi, M. Battaglia, C. Fagnani // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2010. – T. 24. – №. 4. – C. 433-439.
35. Perez-Olivas, G. Do anxiety-related attentional biases mediate the link between maternal over involvement and separation anxiety in children? / G. Perez-Olivas, J. Stevenson, J. A. Hadwin // *Cognition and Emotion*. – 2008. – T. 22. – №. 3. – C. 509-521
36. Pini, S. Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder / S. Pini, M. Abelli, M. Mauri, M. Muti, P. Iazzetta, S. Banti, G. Cassano // *Bipolar disorders*. – 2005. – T. 7. – №. 4. – C. 370-376.
37. Pini, S. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders / S. Pini, M. Abelli, K.M. Shear, A. Cardini, L. Lari, C. Gesi, M. Muti, S. Calugi, S. Galderisi, A. Troisi, A. Bertolino, G.B. Cassano // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2010. – T. 122. – №. 1. – C. 40-46.
38. Redlich, R. Are you gonna leave me? Separation anxiety is associated with increased amygdala responsiveness and volume / R. Redlich, D. Grotegerd, N. Opel, C. Kaufmann, P. Zwitserlood, H. Kugel, W. Heindel, U.S. Donges, T. Suslow, V. Arolt, U. Dannlowski // *Social cognitive and affective neuroscience*. – 2015. – T. 10. – №. 2. – C.278-284.
39. Roberson-Nay, R. Carbon dioxide hypersensitivity in separation-anxious offspring of parents with panic disorder / R. Roberson-Nay, D. F. Klein, R. G. Klein, S. Mannuzza, J. L. Moulton III, M. Guardino, D. S. Pine // *Biological psychiatry*. – 2010. T. 67. №. 12. – C. 1171-1177.
40. Schneier, F. A randomized controlled pilot trial of vilazodone for adult separation anxiety disorder / F. Schneier, D. Moskow, T. Choo, H. Galfalvy, R. Campeas, A. Sanchez-Lacay // *Depression and Anxiety*. – 2017. – T. 34. – №. 12. – C. 1085-1095.
41. Shear, M.K. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication / K.M. Shear, R. Jin, A.M. Ruscio, E.E. Walters, R.C. Kessler // *American Journal of Psychiatry*. – 2006. – T. 163. – №. 6. – C. 1074-1083
42. Shortt A. L. Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents / A.L. Shortt, P.M. Barrett, T.L. Fox // *Journal of clinical child psychology*. – 2001. – T. 30. – №. 4. – C. 525-535.

43. Silove, D. Adult separation anxiety disorder among war-affected Bosnian refugees: Comorbidity with PTSD and associations with dimensions of trauma / D.Silove, S. Momartin, C. Marnane, Z. Steel, V. Manicavasagar // *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. –2010. – T. 23. – №. 1. – C. 169-172.
44. Silove, D. Genetic factors in early separation anxiety: Implications for the genesis of adult anxiety disorders / D. Silove, V. Manicavasagar, D. O'Connell, A.Morris-Yates // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1995. – T. 92. – №. 1. – C. 17-24.
45. Silove, D. Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the World Mental Health Survey / D. Silove, J. Alonso, E. Bromet, M. Gruber, N. Sampson, K. Scott, L. Andrade, C. Benjet, G. M. Caldas de Almeida, G. Girolamo, P. Jonge, K. Demyttenaere, F. Fiestas, S. Florescu, O. Gureje, Y. He, E. Karam, J. P. Lepine, S. Murphy, J. Villa-Posada, Z. Zarkov, R. C. Kessler // *American Journal of Psychiatry*. – 2015. – T. 172. – №. 7. – C. 647-656.
46. Silove, D. Separation anxiety disorder across the lifespan: DSM-5 lifts age restriction on diagnosis / D. Silove, S. Rees // *Asian Journal of Psychiatry*. – 2014. – T.11. – C. 98-101.
47. Silove, D. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? / D.Silove, T. Slade, C. Marnane, R. Wagner, R. Brooks, V. Manicavasagar // *Comprehensive psychiatry*. – 2007. – T. 48. – №. 6. – C. 546-553.
48. Silove, D.M. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic / D. Silove, L. M. Marnane, R. Wagner, V. Manicavasagar, S. Rees // *BMC psychiatry*. – 2010. – T. 10. – №. 1. – C. 21
49. Vanderwerker, L.C. An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life / L. Vanderwerker, S. Jacobs, C.Parkes, H. Prigerson // *The Journal of nervous and mental disease*. – 2006. – T. 194. – №.2. – C. 121-123.
50. Vaughan, J. Separation Anxiety Disorder in School-Age Children: What Health Care Providers Should Know/ J. Vaughan, J.A. Coddington, A.H. Ahmed, M. Frtel // *J Pediatr Health Care*. – 2017. - 31(4). – C.433-440.
51. Wilhelm, K. The relationship between interpersonal sensitivity, anxiety disorders and major depression / K. Wilhelm, P. Boyce, S. Brownhill // *Journal of Affective Disorders*. – 2004. – T. 79. – №. 1-3. – C. 33-41.
52. Wood J.J. Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample / J. J. Wood // *Child psychiatry and human development*. – 2006. – T. 37.– №. 1. – C. 73-87.



Опросник сепарационной тревоги взрослых

«Adult Separation Anxiety Questionnaire» (ASA-27), V. Manicavasagar et al., 2003;

адаптация А.А. Дитюк, 2016[6]

*Инструкция.*

Следующие утверждения описывают состояния, которые Вы, возможно, испытали, будучи уже взрослым человеком (старше 18 лет).

Поставьте галочку в соответствующей графе, в зависимости от того, как часто вы испытываете описываемое состояние. Пожалуйста, не забудьте ответить на все вопросы.

Утверждение	Это происходит очень часто (постоянно)	Это происходит довольно часто	Это происходит иногда	Это никогда не происходило
1. Вы чувствуете себя в большей безопасности (спокойнее), когда находитесь дома с близкими людьми.				
2. Случалось ли, что Вам было трудно покинуть дом даже на несколько часов?				
3. Бывало ли, что Вы носили с собой какую-нибудь вещь, которая дарила Вам чувство безопасности или комфорта?				
4. Бывало ли, что Вы очень волновались, перед тем как выйти из дома и отправиться в долгую поездку?				
5. Страдаете ли Вы от ночных кошмаров или фантазий о том, что будете разлучены с кем-то из близких?				
6. Приходилось ли Вам сильно волноваться, прежде чем покинуть кого-то из близких, когда уезжали в путешествие?				
7. Вы очень расстраиваетесь, когда обычный распорядок дня нарушается?				
8. Бывало ли, что Вы беспокоились о слишком эмоциональных отношениях с близкими Вам людьми? Например, что слишком привязались к кому-то?				
9. Испытывали ли Вы такие симптомы, как головные боли, боли в животе и тошноту (или другие), когда Вам нужно было покинуть				

дом (перед уходом на учёбу, работу и пр.)?				
10. Считаете ли Вы, что Вы слишком много говорите для того, чтобы удерживать людей рядом?				
11. Приходилось ли Вам сильно тревожиться о том, где находятся Ваши близкие, когда Вас нет рядом? Например, когда Вы уходите на работу или выходите из дома?				
12. Бывало ли Вам трудно уснуть, если приходилось ночью оставаться дома в одиночестве?				
13. Замечали ли Вы, что лучше засыпаете, если слышите голоса близких или звук телевизора / радио?				
14. Вы сильно огорчаетесь, когда думаете о возможной разлуке с близкими людьми?				
15. Страдаете ли Вы от кошмаров или фантазий о том, что находитесь вдали от дома?				
16. Часто ли Вы беспокоитесь о том, что кто-то из близких попадёт в автомобильную аварию или заболит смертельной болезнью и т.п.?				
17. Вас очень расстраивают изменения в Вашем обычном ежедневном графике, если они мешают встречам с близкими?				
18. Бывало ли, что Вы сильно волновались о родных и близких, когда разлучались с ними?				
19. Вы спите лучше, если в доме или в спальне горит свет?				
20. Стараетесь ли Вы как можно реже находиться дома в одиночестве, особенно когда близких людей нет рядом?				
21. Вы страдаете от внезапных приступов беспокойства или паники (например, от внезапной дрожи, потливости, одышки, учащённого сердцебиения), когда думаете о том, что придется покинуть близких людей, или о том, что они Вас покинут?				
22. Испытываете ли Вы большее беспокойство, если не говорите с близкими людьми по телефону регулярно, например, ежедневно?				
23. Бойтесь ли Вы, что будете не в состоянии справиться с трудностями, если кто-то, кто				



заботится о Вас, Вас покинет?				
24. Вы страдали от внезапных приступов беспокойства или паники (например, от внезапной дрожи, потливости, одышки, учащённого сердцебиения), когда находились вдали от близких?				
25. Приходилось ли Вам сильно волноваться из-за того, что какие-то события могут разлучить Вас с близкими? Например, необходимость отъезда, работа?				
26. Вы слышите от близких, что Вы много говорите?				
27. Вас когда-нибудь беспокоило, что Ваши отношения с некоторыми людьми настолько близки, что это может привести к проблемам?				

Общий балл: \_\_\_\_\_

Возрастные показания применения антидепрессантов

Название препарата, МНН	С какого возраста показан, лет
Сертралин	6
Пароксетин	18
Флувоксамин	8
Флуоксетин	18
Циталопрам	18
Эсциталопрам	15
Амитриптилин	с 6 лет (для приема внутрь), с12 лет (парентерально)
Кломипрамин	с 6 лет (для приема внутрь), с12 лет (парентерально)
Имипрамин	с 6 лет (для приема внутрь), с12 лет (парентерально)
Мапротилин	18
Венлафаксин	18
Дулоксетин	18
Миртазапин	18
Вортиоксетин	18
Милнаципран	18
Агомелатин	18
Тразодон	6 (с осторожностью в возрасте до 18 лет)
Пирлиндол	15
Пипофезин	18
Моклобемил	18

## РЕЦЕНЗИЯ

### на методические рекомендации

**«Клинические характеристики тревожного расстройства сепарации на амбулаторном психоневрологическом приеме», разработанные в ГБУЗ "Научно-практический центр психоневрологии им. З.П. Соловьева" Департамента здравоохранения г. Москвы коллективом авторов: проф., д.м.н. А.С. Аведисова, к.м.н. И.А. Аркуша, к.м.н. К.В. Захарова, к.м.н. М.С. Зинчук, к.м.н. Р.Г. Акжигитов**

Рецензируемые методические рекомендации представляют собой систематическое изложение теоретических сведений, касающихся тревожного расстройства сепарации (ТРС) и имеют практическую направленность.

Актуальность разработки подтверждается эпидемиологическими данными о высокой распространенности ТРС в амбулаторной практике, его негативным влиянием на качество жизни пациентов, высокой коморбидностью с непсихотическими психическими расстройствами, диагностическими трудностями, связанными изменением взглядов на сепарационную тревогу, как на трансвозрастной феномен, а также потребностью в повышении качества оказания помощи пациентам с ТРС в амбулаторной психиатрической практике.

Авторы проводят анализ научных публикаций и медицинской литературы, обобщая большое научно-обоснованных данных, касающихся эпидемиологии, этиопатогенеза ТРС, его клинических проявлений. Широко освещены вопросы диагностики, дифференциального диагноза, а также существующие терапевтические подходы.

Методические рекомендации написаны на высоком научно-методическом уровне, содержат актуальную, теоретически обоснованную и практически ценную информацию. Следует отметить четкость и методичность в изложении материала, доступность восприятия, ориентированность на широкий круг читателей. Методические рекомендации могут быть рекомендованы для использования в практической и научно-исследовательской работе психиатров, врачей-психотерапевтов, клинических



психологов, а также могут служить учебным материалом при подготовке медицинских специалистов.

Принципиальных замечаний к методическим рекомендациям нет.


Методические рекомендации «Клинические характеристики тревожного расстройства сепарации на амбулаторном психоневрологическом приеме», подготовленные коллективом автором: проф., д.м.н. А.С. Аведисова, к.м.н. И.А. Аркуша, к.м.н. К.В. Захарова, к.м.н. М.С. Зинчук, к.м.н. Р.Г. Акжигитов, могут быть рекомендованы к утверждению и публикации.

Профессор, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник  
Казаковцев Ю.А.



Ф.И.О.

Подпись Казаковцева Б.А. заверяю  
Начальник Отдела кадров  
Кукса Е.А.

  
09.07.2022

## РЕЦЕНЗИЯ

на методические рекомендации «Клинические характеристики тревожного расстройства  
сепарации на амбулаторном психоневрологическом приеме»,

разработанные в ГБУЗ "Научно-практический центр психоневрологии им. З.П. Соловьева"

Департамента здравоохранения г. Москвы коллективом авторов:

проф., д.м.н. А.С. Аведисова, к.м.н. И.А. Аркуша, к.м.н. К.В. Захарова, к.м.н. М.С. Зинчук,

к.м.н. Р.Г. Акжигитов

С учетом произошедшей трансформации в концептуализации сепарационной тревоги (СТ) и тревожного расстройства сепарации (ТРС) как паттернов реакций, которые могут возникать в любой момент жизни, поддерживаемой современными классификационными и диагностическими системами (МКБ-11, DSM-5), представляется важным рассмотрение практических аспектов оказания помощи пациентам с ТРС разных возрастов и ознакомление с ними широкого круга специалистов, занимающихся диагностикой и лечением тревожных расстройств.

В первой главе содержатся данные об эпидемиологии и этиопатогенезе ТРС. В последующих главах подробно изложены сведения о диагностике и клинических проявлениях с акцентом на возрастные особенности. Исчерпывающее представлено дифференциальная диагностика ТРС с другими непсихотическими психическими расстройствами. Большая глава отведена терапии, в которой широко освещены психотерапевтические аспекты оказания помощи.

Изложение сведений отличается доступностью, научной обоснованностью, практической направленностью. Методические рекомендации в качестве приложений включают скрининговый опросник и сводную таблицу возрастных показаний применения антидепрессантов, которые могут использоваться в практической работе врачей-психиатров, психотерапевтов.

Методические рекомендации выполнены на высоком профессиональном уровне и полностью соответствуют заявленной тематике. Рекомендуются для использования в практической, научно-исследовательской и образовательной работе для специалистов здравоохранения указанной целевой аудитории.

Принципиальных замечаний к методическим рекомендациям нет.

Методические рекомендации «Клинические характеристики тревожного расстройства сепарации на амбулаторном психоневрологическом приеме», подготовленные в ГБУЗ "Научно-практический центр психоневрологии им. З.П. Соловьева" Департамента здравоохранения г. Москвы коллективом авторов: проф., д.м.н.




А.С. Аведисова, к.м.н. И.А. Аркуша, к.м.н. К.В. Захарова, к.м.н. М.С. Зинчук, к.м.н. Р.Г. Акжигитов, могут быть рекомендованы к утверждению и к публикации.

Заместитель директора ГБУЗ «НПЦ ПЗДП

им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» по научной

работе, к.м.н.

А.Я. Басова



---

Подпись заверяю:

Ф.И.О.



---

Крещенцев К.М./

Дата:

М.П.



## ВЫПИСКА

из протокола № 03/22 заседания Ученого совета  
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы  
«Научно-практический психоневрологический центр  
им. З.П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»  
(ГБУЗ НПСЦ им. Соловьева ДЗМ)  
от 5 октября 2022 года

**Присутствовали:** 19 из 25 членов Ученого совета ГБУЗ НПСЦ им. Соловьева ДЗМ.  
Кворум имеется.

**Повестка дня:**

1. Направление методических рекомендаций в экспертный совет по науке ДЗМ.

**Слушали:**

Акжигитова Р.Г. с докладом о содержании следующих методических рекомендаций:

1. Клинические характеристики тревожного расстройства сепарации на амбулаторном психоневрологическом приеме (Аведисова А.С., Аркуша И.А., Захарова К.В., Зинчук М.С., Акжигитов Р.Г.)
2. Выделение малых экстраклеточных везикул из сыворотки крови пациентов с депрессией, оценка их количества и липидного состава (Яковлев А.А., Дружкова Т.А., Лазарева Н.А., Моисеева Ю.В., Зинчук М.С., Гехт А.Б., Гуляева Н.В.)
3. Диагностика психоневрологических расстройств в отдаленном периоде covid-19 (Зинчук М.С., Кустов Г.В., Пашнин Е.В.; Журавлев Д.В., Войнова Н.И., Размахнин А.В., Акжигитов Р.Г., Мунблит Д.Б., Гехт А.Б.)
4. Выделение малых экстраклеточных везикул из сыворотки крови пациентов с депрессией, оценка их количества и липидного состава (Яковлев А.А., Дружкова Т.А., Лазарева Н.А., Моисеева Ю.В., Зинчук М.С., Гехт А.Б., Гуляева Н.В.)
5. Возможности проведения психообразовательных и восстановительных программ для медицинских работников, участвующих в лечении covid-19 (Герсамия А.Г., Кабанова Л.Б., Ягодина И.И., Меньшикова А.А., Зинчук М.С., Акжигитов Р.Г., Гехт А.Б.)
6. Прогнозирование суицидального риска путём оценки факторов резилентности (М.С. Зинчук, Г.В. Кустов, Н.И. Войнова, Е.В. Пашнин, Е.А. Святская, А.Б. Гехт)
7. Диагностика коморбидных психических расстройств у пациентов с эпилепсией (Ф.К. Ридер, М.С. Зинчук, Г.В. Кустов, Е. В. Пашнин, С.Б. Попова, Р.Г. Акжигитов, Гехт А. Б.)

**Постановили:**

Направить методические рекомендации в экспертный совет по науке ДЗМ:

Председатель  
Член.корр., д.м.н., профессор

А.Б. Гехт

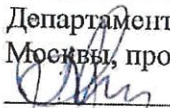
Ученый секретарь, к.м.н.

Р.Г. Акжигитов



**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**СОГЛАСОВАНО**

Главный внештатный  
специалист-психиатр  
Департамента здравоохранения города  
Москвы, проф., д.м.н.  
 Г. П. Костюк

«    » \_\_\_\_\_ 2022 г.

**РЕКОМЕНДОВАНО**

Экспертным советом по науке  
Департамента здравоохранения города  
Москвы

«    » \_\_\_\_\_ 2022 г.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ПУТЁМ ОЦЕНКИ  
ФАКТОРОВ РЕЗИЛЕНТНОСТИ**

Методические рекомендации № \_\_\_\_\_

Москва 2022

УДК 159.9:616.89

ББК 56.15

П78

**Организация-разработчик:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический Центр им. З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения Москвы.

**Составители:**

Зинчук Михаил Сергеевич; к.м.н., руководитель отдела ГБУЗ НПЦ им Соловьева ДЗМ

Кустов Георгий Владимирович; научный сотрудник ГБУЗ НПЦ им Соловьева ДЗМ

Войнова Падесжда Игоревна, младший научный сотрудник ГБУЗ НПЦ им Соловьева ДЗМ

Пашнин Евгений Вячеславович; научный сотрудник ГБУЗ НПЦ им Соловьева ДЗМ

Святская Екатерина Андреевна; младший научный сотрудник ГБУЗ НПЦ им Соловьева ДЗМ

Гехт Алла Борисовна; директор ГБУЗ НПЦ им Соловьева ДЗМ, д.м.н., профессор, член-корр. РАН

**Рецензенты:**

А.С. Аведисова – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФМИЦПН им. В.П. Сербского

А.Я. Басова – к.м.н., заместитель директора по научной работе НПЦПЗДП им. Г.Е. Сухаревой

Прогнозирование суицидального риска путём оценки факторов резилентности: методические рекомендации / Сост. М. С. Зинчук, Г. В. Кустов, Н. И. Войнова [и др.]. М. ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2022. – 25 с

Данные методические рекомендации разработаны в ходе выполнения научно-исследовательской работы «Изучение факторов риска формирования суицидального и несуйцидального типов самоповреждающего поведения при непсихотических психических расстройствах, вопросы профилактики, лечения и реабилитации».

Рекомендации предназначены для специалистов в области психического здоровья, материал может быть использован для постдипломной подготовки врачей-психиатров, а также при обучении ординаторов и студентов 5 и 6 курсов медицинских ВУЗов.

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

ISBN

© Департамент здравоохранения города  
Москвы, 2022

© ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2022

© Коллектив авторов, 2022



## СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения.....	4
Вступление.....	5
Современные концепции суицидогенеза.....	6
Суицид-протективные факторы.....	8
Опросник причин для жизни (RFL).....	10
Краткая версия опросника причин для жизни (bRFL).....	12
Заключение.....	18
Список литературы.....	19
Приложение.....	24

## СОКРАЩЕНИЯ

YLL – years of life lost

ВОП – врачей общей практики (ВОП)

НПР – непсихотическое психическое расстройство

СИ – суицидальная идеация

СП – суицидальная попытка

bRFL – краткая версия опросника причин для жизни

MANCOVA – многомерный дисперсионный ковариационный анализ

RFL-48 – опросник причин для жизни

RMSEA (Root means square error of approximation) — квадратичная усредненная ошибка аппроксимации

PNFI (Parsimony normed fit index) – нормированный показатель соответствия с поправкой на экономичность.

SPSS 26 – Statistical Package for the Social Sciences

SRMR (Standardized root means square residual) – стандартизованный среднеквадратический остаток

## **Вступление**

По данным Всемирной Организации Здравоохранения распространённость самоубийств в мире составляет 10,6 на 100 000 человек [62], при этом каждые 40 секунд на планете в результате суицида умирает 1 человек. Социальную значимость проблемы самоубийств наглядно демонстрирует такой показатель как потерянные годы потенциальной жизни (years of life lost - YLL), составляющий 458,4 (438,5 – 506,1) на 100 000 населения во всем мире [44]. При этом в возрастной группе 15-29 лет – одном из наиболее продуктивных периодов жизни, суицид занимает второе мест среди всех причин смерти (ВОЗ, 2020). В Российской Федерации, несмотря на устойчивый тренд к снижению частоты самоубийств в предшествующие 20 лет, показатель распространённости суицидов по-прежнему превышает средние показатели для европейского региона [62], а число детских суицидов за последние годы увеличилось на 14%.

Оценка риска суицида является сложной проблемой, стоящей не только перед психиатрами, но также перед врачами общей практики. Это объясняется тем, что именно они являются первыми, а зачастую и последними специалистами, с которыми сталкивается человек с суицидальными намерениями. Так, по некоторым данным до 90% людей, совершивших самоубийство, обращаются в учреждения первичной медицинской помощи в течение недель или месяцев до суицида [1, 57]. Результатом этого является то, что врач общей практики с охватом в 2000 пациентов, в среднем каждые 3 года теряет больного вследствие суицида [15].

Современные программы, направленные на снижение частоты суицидов, включают обязательный скрининг депрессии в службе первичной помощи и делают определение, оценку и работу с суицидальными мыслями и поведением неотъемлемым элементом практики. Тем не менее, большинство врачей общей практики (ВОП) не скринируют пациентов на предмет наличия у них суицидальных мыслей и, на практике, недостаточно готовы к этому. Выявлено, что в реальной ситуации скрининг на наличие суицидальных мыслей проводится ВОП не более чем у 36% пациентов с симптомами депрессии [16].

Более 40% пациентов, которые обращаются за первичной помощью, не решаются обсуждать свои депрессивные симптомы, опасаясь стигматизации, либо из-за убеждения в том, что депрессия не является поводом для жалоб врачу первичной помощи, а также убеждения в том, что они должны самостоятельно контролировать свои аффективные симптомы [3].

У многих ВОП не хватает знаний и навыков для уверенной оценки суицидального риска, а также лечения данных пациентов [31]. В исследовании 50 ВОП, которые потеряли пациента из-за самоубийства, 88% этих пациентов высказывали суицидальные мысли во время их последнего визита, но такие высказывания иногда воспринимались как выражение потребности во внимании или как существенно не отличающиеся от исходного уровня. Эта проблема особенно остро может вставать при работе с подростками, где факторы риска часто



интерпретируются как стремление к вниманию или часть нормального развития [42]. Кроме того, не везде решены проблемы маршрутизации пациентов с высоким суицидальным риском из-за того, что ВОП испытывают сложности с контактом с учреждениями, связанным с охраной психического здоровья для своих пациентов [57].

Учитывая приведенные выше данные, оценка суицидального риска представляется актуальной задачей для всей системы здравоохранения, однако её решение сопряжено с высокими материальными вложениями. Оптимизации процедуры оценки суицидального риска будет способствовать улучшение нашего понимания суицидогенного процесса. Последний включает в себя не только просуицидальные факторы, но и, так называемые, факторы устойчивости (resilience), тормозящие переход от суицидальных мыслей к суицидальному поведению. При том, что факторы риска достаточно подробно изучены [46], сохраняется дефицит работ, посвящённых роли защитных факторов в суицидогенезе. Prinstein M.J (2008) [52], и Brent D.A. (2011) [4] отмечается, что акцент исследователей-суицидологов на риске, а не на устойчивости, привел к разработке недостаточно эффективных вмешательств, сфокусированных на потенциально мало модифицируемых факторах, нередко связанных с возникновением суицидальных мыслей, больше, чем с риском совершения попытки. Альтернативой текущей ситуации могла бы стать разработка программ, направленных на повышение сопротивляемости суициду как в популяции, так и в группах повышенного суицидального риска.

### **Современные концепции суицидогенеза.**

Суицидальное поведение представляет собой комплексный феномен в генезе, которого принимает участие множество биологических, социальных, психологических и других факторов. В настоящее время в суицидологии наибольшую популярность приобрела концепция "стресс-диатеза», согласно которой формирование суицидальности связано с одной стороны предрасположенностью к суицидальному поведению и/или сенсibilизацией к факторам, повышающим риск его развития, а с другой с воздействием стрессоров, приводящих к формированию суицидальности [38, 66]. В то же время данная модель не проводит различий между суицидальными мыслями и попытками, что ограничивает ее применение, т.к. по данным М. Nock с соавт. (2008) [47] на одно лицо, совершившего суицидальную попытку, приходится 2-3 человека с суицидальными мыслями. Более того результаты Всемирного опроса психического здоровья, проведенного ВОЗ (WHO World Mental Health Surveys) свидетельствуют о том, что известные факторы риска суицидального поведения связаны с 60% мыслей о самоубийстве и только с 7% суицидальных попыток, совершенных идеаторами [45].

На сегодняшний день суицидальность рассматривается в качестве континуума, на одном конце которого находятся суицидальные мысли, а на другом -попытки, при этом подчеркивается важность изучения механизмов перехода «от мысли к действию». С этих позиций суицидальность впервые стала рассматриваться в межличностной теории суицида (The Interpersonal Theory of Suicide) [24]. По мнению автора, возникновение суицидальных мыслей связано одновременным присутствием чувства разрушенной принадлежности (low belongingness) и воспринимаемой тягостности (high burdensomeness) в сочетании с безнадежностью. При этом переход от «мысли к действию» ассоциирован со способностью совершить суицид, формирующейся тогда, когда боль, страх и мысли о смерти становятся привычной реакцией на различные стрессовые события.

В интегрированной мотивационно-волевой модели (Integrated Motivational-Volitional Model) R. O'Connor (2011) [48] в качестве основы формирования суицидальных мыслей рассматривал чувство поражения/провала (defeat) и ощущение западни (entrapment), а нажитая способность к совершению суицидальной попытки наряду с другими факторами ответственна за переход от «мысли к действию».

Теория текучей уязвимости (Fluid Vulnerability Theory) Rudd M. (2006) [56] описывает временные временную динамику суицидального риска. Авторы выделяют базовый уровень риска, стабильный и неизменяемый во времени, а также острый риск под воздействием пусковых эмоционально значимых событий. Базовый и острый риск определяются комбинацией про- и антисуицидальных факторов [7].

Klonsky et al. (2015) [28] предложили трехступенчатую модель суицидального поведения. Первая ступень характеризуется сочетанием эмоциональной и/или физической боли с чувством безнадежности. Именно на первой ступени возникают суицидальные идеации, которые могут трансформироваться в суицидальную попытку. На второй ступени находится чувство сопричастности (вовлеченность в отношения, устойчивая ролевая позиция, системы взглядов с антисуицидальным потенциалом), дефицит которого повышает вероятность совершения суицидальной попытки. Третья ступень включает факторы (низкий болевой порог и страх перед болью/смертью, а также осведомленность о методах совершения попыток суицида и доступ к инструментам их реализации) и их разнообразные сочетания, связанные с готовностью совершить попытку. Чтобы отделить факторы суицидального мышления и суицидальных действий, Klonsky и May [28] предлагают, чтобы подход «от идеи к действию» направлял все суицидологические исследования: все объяснения суицидальности должны быть ясными в отношении того, рассматривают ли они риск для (а) суицидальных мыслей, (б) попыток самоубийства у тех, кто об этом думает, или (в) и того, и другого.



## Суицид-протективные факторы

Несмотря на роль протективных факторов в развитии суицидальных мыслей и поведения, в нашей стране исследования суицидальности во многом ограничиваются изучением факторов риска, а переменные, вовлеченные в формирование «антисуицидального барьера», остаются малоизученными рассматриваются с позиции модели «стресс-диатеза» [64]. Факторы устойчивости к суициду могут быть описаны как контр-суицидальный потенциал личности, а их наличие может расцениваться в качестве предиктора благоприятного исхода. Кроме того, концепция протективных факторов гармонично вписывается в современный подход разделения пациентов на тех, у кого отмечаются лишь суицидальные мысли и тех, кто совершал попытку суицида и изучения факторов перехода одного состояния в другое [29]. Таким образом, переход от суицидальной идеации к поведению может быть определен как критическим количеством просуицидальных факторов, так и недостаточным количеством антисуицидальных, то есть факторов устойчивости.

Как было показано в ряде исследований, наличие супруга или совместное проживание с партнером [19], наличие детей или беременность [53], удовлетворенность жизнью [30], социальная поддержка, социальная интеграция и посещение религиозных служб [58] имеют отрицательную связь с уровнем суицида.

Тем не менее, подобно факторам риска, защитные факторы должны рассматриваться в контексте конкретного пациента. Например, социальные обязательства по отношению к супругу защищают от суицида, но наличие высокого уровня конфликтности или насилия в отношениях значительно увеличивает риск самоубийства [41]. Ответственность перед детьми также считается защитным фактором, но за исключением случаев послеродовых аффективных и психотических расстройств, подростковой беременности и экстремальных экономических трудностей [17]. Хотя беременность и материнство традиционно изучаются как защитные факторы, самоубийство остается основной причиной материнской смертности в промышленно развитых странах и бдительность при оценке до- и послеродовой депрессии и тревоги не может быть переоценена [8].

В своей работе над гипотезой «буферизации» Johnson, Wood, Gooding, Taylor, and Tarrier (2011) [23] предполагают, что для того, чтобы рассматривать его как несущий устойчивость против суицида, фактор (переменная) должен демонстрировать три основные характеристики:

(I) он должен быть в отдельном от фактора риска измерении и уменьшать влияния риска на исход. «Таким образом, вместо того, чтобы быть исследованным как непосредственный участник суицидальности, устойчивость следует понимать, как фактор, который может ослаблять или сдерживать связь между риском и исходом, а именно суицидом» [23]. Поэтому, чтобы убедиться в наличии свойства устойчивости, необходима также оценка риска,



суицидальных мыслей и суицидального поведения.

(II) его следует рассматривать как существующий в биполярном континууме, обратная сторона которого усиливает связь между риском и исходом. Например, высокий уровень социальной поддержки оказывает сдерживающее влияние на мысли о самоубийстве, тогда как низкий ее уровень является фактором, усиливающим связь между риском и суицидальными мыслями [50].

(III) это должен быть психологический конструкт, такой как способность или воспринимаемая способность человека преодолевать трудности, или набор позитивных убеждений или личностных ресурсов (включая социальную поддержку), которые защищают людей от развития негативного исхода – как мыслей, так и поведения, когда они сталкиваются с факторами риска [26].

Johnson и соавт. [23] определили различные способности и убеждения с буферными свойствами, относящимися к суицидальным мыслям: наиболее существенные доказательства, поддерживающие буферную или смягчающую роль, были найдены для общей позитивности атрибуционного стиля и более высоких уровней свободы действий, причем последнее понималось как чувство индивидуума, что он контролирует и является инициатором собственных действий. Переменные, такие как способности решать проблемы, самооценка и различные формы социальной поддержки (общая социальная поддержка, поддержка семьи и другая существенная поддержка), имели немного более слабую доказательную базу, но тем не менее, смягчали связь между риском и суицидальными мыслями и поведением. Наконец, авторы обнаружили лишь слабые доказательства роли оценки жизни (таких как удовлетворенность жизнью) как фактора, ослабляющего связи между риском и суицидальными мыслями.

Действительно, с ростом позитивной психологии за последние два десятилетия, больше внимания стало уделяться влиянию позитивных установок, таких как причины для жизни и надежда, на суицидальность. Есть свидетельства того, что низкий уровень суицидальности связано с положительными факторами, такими как чувство удовлетворенности межличностными отношениями, чувство полезности для семьи и друзей, ощущение, что жизнь имеет смысл, и стремление к осмысленной жизни [27, 55].

Другим позитивным фактором является надежда - ориентированное в будущее мироощущение, которое помогает людям пережить кризисные времена, проецируя мысли о будущем, полном возможностей. Наппа (1991) [18] рассматривал идею надежды как маркер низкого суицидального мышления, утверждая, что человек, который надеется, является человеком, который хочет жить, и многие другие исследования также поддержали эту идею [13]. Исследователи обнаружили, что надежда предсказывает более низкие уровни

воспринимаемого бремени и нарушенной принадлежности, которые могут усиливать желание совершить суицид [25], но в то же время более высокие уровни приобретенной способности приводить в действие акт летального самоповреждения [12]. Недавние исследования показали, что надежда может действовать как фактор устойчивости, который предотвращает влияние безнадежности на развитие суицидальных мыслей [21].

Linehan с соавт. [34] обнаружили, что те, кто пытался покончить с собой, испытывали недостаток в вере в адаптацию и выживание, в то время как эти типы веры были распространены среди общей популяции. Примерами этих убеждений являются представления о том, что независимо от того, насколько плоха жизнь, все еще есть чем наслаждаться, и что в будущем обстоятельства станут лучше. Эти жизненные цели и ожидания называются причинами для жизни – концептуальная идея, которая была исследована во многих различных популяциях.

Хотя существующие исследования о причинах для жизни и надежде дали обнадеживающие результаты, а также были продемонстрированы различия между индивидуумами с только лишь суицидальными мыслями и с попытками, по-прежнему существует необходимость в дополнительных исследованиях по нескольким причинам. Во-первых, в малом количестве исследований изучались причины для жизни и надежда как защитные факторы от самоубийств в клинической популяции. Остается неясным, помогают ли эти факторы снизить уровень суицидов у пациентов с депрессией. Кроме того, большая часть современной литературы о потенциальном риске сравнивает совершивших суицидальную попытку и «идеаторов» с лицами, не склонными к самоубийству, но не друг с другом. Таким образом, не хватает специфичности в различении, какие факторы связаны с суицидальными идеями, а какие - с попытками [39].

### **Опросник причин для жизни (RFL)**

Для оценки контр-суицидального потенциала Linehan с соавт. в 1983 году [34] предложили опросник причин для жизни (RFL-48) - 48 когнитивных причин (пунктов) не совершать суицид в случае возникновения такой мысли. В оригинальном исследовании причины распределялись на 6 факторов - убеждения относительно выживания и совладания, ответственность перед семьей, забота о детях, страх самоубийства, страх социального осуждения и моральные возражения.

Результаты исследований, проведенных на основе данного подхода показывают, что убеждения относительно выживания и совладания, а также ответственность перед семьей связаны с более низким уровнем суицидальных мыслей [9, 32]. У людей, которые испытали



суицидальные мысли и предпринимали попытки самоубийства, было установлено, что они имеют более низкие моральные возражения [35]. Страх социального неодобрения не был связан с суицидальными идеями [9], но была обнаружена связь с реальными попытками самоубийства [37].

Переживания, связанные с детьми, чаще влияют на зрелых людей, чем на молодых [43]. Тем не менее, существуют разногласия в результатах в отношении взаимосвязи между страхом суицида и суицидальными мыслями [5, 9, 32].

Для их оценки авторами был разработан специальный опросник «Причины для жизни» (RFL-48), состоящий из 6 субшкал, отражающих такие потенциально адаптивные установки и ожидания как (adaptive beliefs and expectancies): «убеждения относительно выживания и совладания», «ответственность перед семьей», «забота о детях», «страх самоубийства», «страх социального осуждения» и «моральные запреты». В окончательную версию опросника вошли 48 утверждений, каждое из которых должно быть оценено испытуемым по 6-ти бальной шкале Ликерта (1 - совсем не важно, 6 – очень важно). Более высокие показатели указывают на наличие причин для жизни и меньшую вероятность суицидальной попытки.

Опросник «Причины для жизни» был переведен и валидизирован на 7 языках [2, 67], при этом некоторыми исследователями были обнаружены существенные отличия факторной структуры адаптированных версий по сравнению оригинальной [10, 54, 60]. Психометрические свойства опросника различались не только в зависимости от этнических и культуральных особенностей конкретной выборки, но также зависели от наличия или отсутствия психического расстройства [65, 67]. На основе оригинального опросника RFL-48 были разработаны модификации, адресованные специальным популяциям, например, ветеранам боевых действий [14], учащимся колледжей [60], лицам подросткового [49] и старшего возрастов [36]. Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии опросника, проведенного на выборке пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НПР), выявили, что факторная структура российской версии RFL приближена к оригинальной, за исключением выделения дополнительного фактора, связанного со страхом неудачи при совершении попытки самоубийства. С другой стороны, в исследовании Чистопольской К.А. с соавт. (2022) [68], проведенной на клинической и неклинической выборках, результаты подтверждающего факторного свидетельствовали о достаточно посредственной. Более того авторам пришлось модифицировать опросник, удалив 3 пункта. Таким образом нестабильная факторная структура, посредственная согласованность моделей с эмпирическими данными, а также его громоздкость ограничивают его применение как в научных исследованиях, так и в повседневной клинической практике.



### **Краткая версия опросника причин для жизни (bRFL).**

В 1994 году Ivanoff A et al. [22] представили краткую версию опросника причин для жизни (bRFL), состоящую из 12 пунктов. Опросник был валидизирован на 130 заключенных, а его факторная структура полностью соответствовала оригинальной версии RFL. Авторами было показано, что bRFL является независимым предиктором суицидальной идеации, даже с поправкой на депрессию и безнадежность. Валидизация немецкоязычной версии опросника на клинической (N=272) и неклинической выборках (N=339) имела показала схожую с оригинальной версией 6-фактурную модель, а причины для жизни модерировали связь депрессии с суицидальной идеацией.

В 2021 Кустовым с соавт. [63] была валидизирована русскоязычная версия bRFL. Исследование было проведено на базе ГБУЗ НПЦ им Соловьева ДЗМ в период с 2017 по 2020 год. В исследование включались пациенты старше 17 лет с непсихотическими психическими расстройствами, при этом тяжелые соматоневрологические заболевания, шизофрения, шизоаффективное расстройство, а также когнитивный дефицит и недостаточные языковые компетенции, препятствующие правильному пониманию текста информированного согласия, вопросов интервьюера и утверждений самоопросника являлись критериями исключения. Диагноз психического расстройства устанавливался врачом-психиатром в результате клинического интервью и основывался на критериях Международной классификации болезней 10 пересмотра [61]. Так же проводилась оценка ряда социо-демографических показателей, таких как пол, возраст, уровень образования, трудоустройство и статус отношений. Для выявления суицидальных мыслей в течении последнего месяца мы использовали соответствующие вопросы структурированного интервью «Самоповреждающие мысли и поведение» (Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview - SITBI) [46] - одного из наиболее подробных инструментов для изучения самоповреждающего поведения. Все пациенты самостоятельно заполняли русскоязычную версию bRFL.

Русскоязычная версия bRFL была получена путем выделения соответствующих пунктов из русскоязычной версии RFL-48, представленной в работе [67]. Данный перевод был сделан в соответствии со стандартными процедурами лингво-культуральной адаптации и валидизации [59]. Согласно рекомендациями профессора Ivanoff A, значение bRFL рассчитывалось как среднее арифметическое всех пунктов опросника, а значения его субшкал как среднее арифметическое соответствующих подшкале вопросов.

Статистическая обработка проводилась в программе Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 26) и модуле AMOS 22. Категориальные переменные представлены в виде «частота (процент)», а количественные в виде «среднее (среднеквадратичное отклонение)» или медиана (квартильный размах).

Оценка надежности и внутренней согласованности шкалы проводилась при помощи коэффициента альфа Кронбаха ( $\alpha$ ) и коэффициента альфа Кронбаха ( $\alpha$ ) при удалении пункта, а также скорректированного коэффициента корреляции между пунктом и общим итогом.

Для оценки структуры опросника мы использовали эксплораторный факторный анализ методом главных компонент с использованием вращения осей методом Варимакс. Исключались факторы с собственным значением меньше 1.0 (критерий Кайзера).

Для проверки соответствия эмпирических данных предложенной факторной структуре проводился конфирматорный факторный анализ. В качестве метода расчета критериев согласия был выбран метод асимптотической непараметрической оценки. Степень соответствия модели экспериментальным данным оценивали по следующим критериям согласия: CMIN/DF (normed  $\chi^2$ ) – нормированный  $\chi^2$ , CFI (Comparative Fit Index) — сравнительный критерий согласия, SRMR (Standardized root means square residual) – стандартизованный среднеквадратический остаток, RMSEA (Root means square error of approximation) — квадратичная усредненная ошибка аппроксимации, PNFI (Parsimony normed fit index) – нормированный показатель соответствия с поправкой на экономичность.

Для оценки связи bRFL и ее субшкал с суицидальными мыслями было выделено две группы пациентов: 1) без суицидальности, 2) с суицидальными мыслями в течении последнего месяца. Сравнение групп проводилось с помощью многомерного дисперсионного ковариационного анализа (MANCOVA), где в качестве независимого фактора выступало наличие суицидальных мыслей, в качестве зависимой переменной – значения общего балла bRFL и его субшкал, а в качестве ковариаций – пол и возраст.

#### ***Характеристика выборки***

В исследование было включено 615 пациентов (женщины 403 (65,5%)) с НПП в возрасте 18-82 лет (медианный возраст – 27 (19)). Наиболее частыми расстройствами в нашей выборке были аффективные расстройства и расстройства личности. При этом в 15,1% было выставлено 2 диагноза в основном за счет сочетания расстройств личности с аффективными расстройствами и нарушениями пищевого поведения. Примерно у 45% пациентов в течении месяца возникали суицидальные мысли, при этом 35 (12,8%) из них в течении предшествующего месяца совершили суицидальную попытку

#### ***Внутренняя структура***

Внутренняя структура русскоязычной версии 27 (19) оценивалась при помощи эксплораторного факторного анализа. Критерий Кайзера-Мейера-Олкина – 0.830 и критерий сферичности Бартлетта -  $\chi^2 = 2697,548$ ;  $df = 66$ ;  $p < 0.001$  свидетельствуют об адекватности проведения факторного анализа применительно к данной выборке. В результате факторного анализа было получено 6 факторов, объясняющих 80,22% дисперсии (См. таблицу 1).



Таблица 1. Результаты факторного анализа и внутренняя согласованность субшкал bRFL.

	Фактор					
	1	2	3	4	5	6
Фактор 1 – «Страх социального осуждения» ( $\alpha - 0,746$ ; % дисперсии – 14,163)						
8. Меня беспокоит, что обо мне подумают другие	<b>0,854</b>	0,082	0,164	0,141	0,226	0,047
11. Я бы не хотел(-а), чтобы люди считали, будто я не контролирую свою жизнь	<b>0,778</b>	0,223	0,131	0,148	0,064	0,269
Фактор 2 – «Убеждения относительно выживания и совладания» ( $\alpha - 0,688$ ; % дисперсии – 14,006)						
12. Я считаю, что могу найти цель в жизни, смысл, чтобы жить	0,156	<b>0,798</b>	0,120	0,217	-0,010	0,150
3. Я не хочу умирать.	0,139	<b>0,790</b>	0,201	0,100	0,296	0,107
Фактор 3 – «Забота о детях» ( $\alpha - 0,825$ ; % дисперсии – 13,977)						
7. Это неблагоприятно повлияет на моих детей.	0,142	0,071	<b>0,837</b>	0,225	0,055	0,275
4. Я хочу увидеть, как растут мои дети.	0,174	0,294	<b>0,828</b>	0,225	0,037	0,098
Фактор 4 – «Ответственность перед семьей» ( $\alpha - 0,750$ ; % дисперсии – 13,719)						
2. Моя семья зависит от меня и нуждается во мне.	0,100	0,132	0,165	<b>0,854</b>	0,037	0,153
5. Я люблю свою семью слишком сильно и не смогу её покинуть.	0,176	0,160	0,225	<b>0,824</b>	0,074	0,055
Фактор 5 – «Страх суицида» ( $\alpha - 0,636$ ; % дисперсии – 12,420)						
10. Я боюсь непосредственно «акта» самоубийства (боли, крови, насилия)	0,122	-0,031	-0,034	0,092	<b>0,850</b>	0,240
1. Я боюсь смерти.	0,169	0,403	0,149	0,006	<b>0,761</b>	-0,050
Фактор 6 – «Моральные запреты» ( $\alpha - 0,652$ ; % дисперсии – 11,935)						
6. Мои религиозные убеждения это запрещают.	0,053	0,075	0,292	0,121	0,173	<b>0,822</b>
9. Я считаю это безнравственным.	0,427	0,245	0,075	0,126	0,059	<b>0,690</b>

Величина полученного критического коэффициента для многомерного эксцесса (critical ratio – 6,5) свидетельствует об отклонении данных от многомерной нормальности. Полученные в результате конфирматорного факторного анализа индексы соответствия CMIN/DF – 4.15, CFI – 0.922, SRMR – 0.062, RMSEA – 0.072, PNFI – 0.053 в соответствии с современными представлениями демонстрируют достаточно посредственное соответствие предлагаемой модели эмпирическим данным [20, 33] et al, 1999; Lei et al, 2007). Поэтому в нашу модель было решено внести ковариации ошибок измерения наблюдаемых переменных, ориентируясь на наибольшие индексы модификации. В результате были внесены ковариации ошибок измерения пункта «Мои религиозные убеждения это запрещают» и пунктов «Моя семья

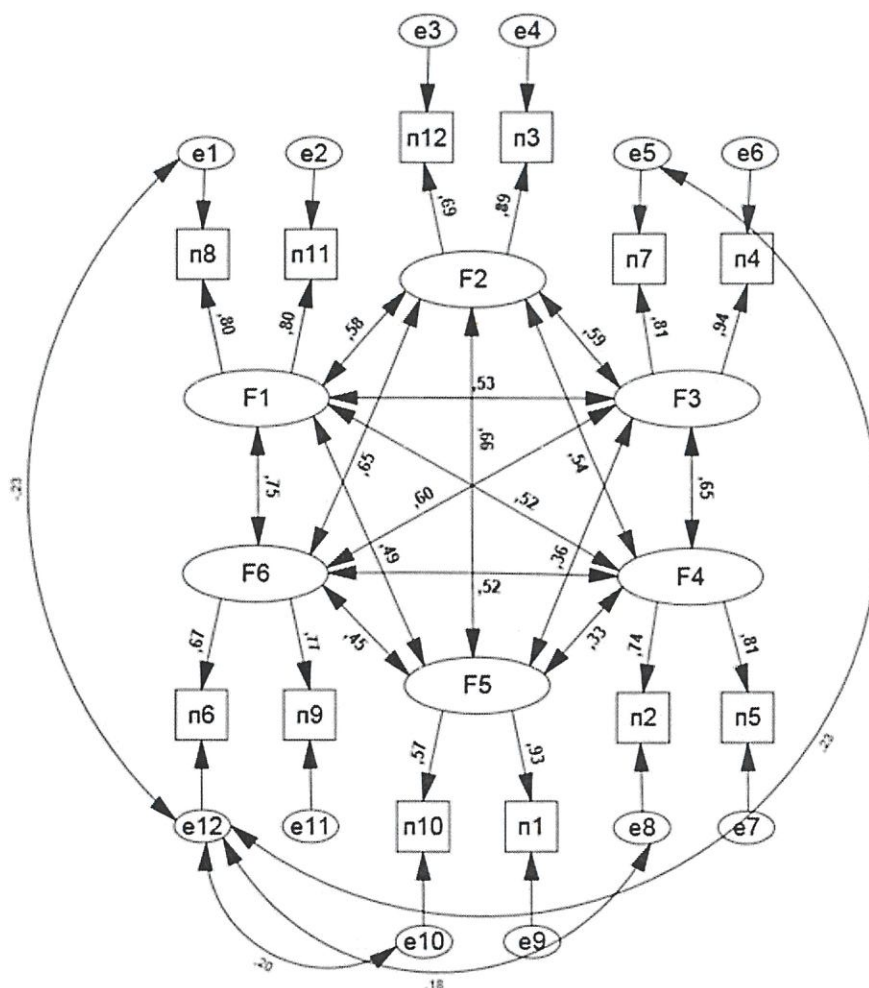


зависит от меня и нуждается во мне», «Это неблагоприятно повлияет на моих детей», «Меня беспокоит, что обо мне подумают другие» и «Я боюсь непосредственно «акта» самоубийства (боли, крови, насилия)».

Предполагается, что для каждой зависимой переменной, помимо общей части, определяемой весовым вкладом детерминирующих ее известных независимых переменных, есть еще и специфичность, не вычисляемая в модели, но выражаемая латентной переменной ошибки измерения для наблюдаемых зависимых переменных (Митина). Ошибка измерения может возникать из двух источников: случайная ошибка измерения (в психометрическом смысле) и специфичная ошибка, т.е. возникающая из-за некоторой характеристики, которая считается специфической (или уникальной) для конкретной индикаторной переменной. Такая ошибка часто представляет собой неслучайную (или систематическую) ошибку измерения. В данном случае мы склонны интерпретировать дисперсию ошибки измерения не как случайную, а как специфичность переменной. Вероятнее всего это связано тем, что эти пункты относятся к экстрапроекции суицидальной мотивации (к косвенным/опосредованным причинам антисуицидального поведения).

Шестифакторная модель с внесенными ковариациями ошибок измерения и со стандартизированными регрессионными весами показана на рис.1

Рис.1 Шестифакторная модель Шкалы bRFL со стандартизованными регрессионными весами. Латентные переменные F1-F6; явные переменные, индикаторы факторов p1-p12; ошибки явных переменных e1-e12



Полученные после корректировки модели результаты индексов соответствия CMIN/DF – 2.98, CFI – 0.956, SRMR – 0.05, RMSEA – 0.057, PNFI – 0.497 показывают хорошее согласие модели и эмпирических данных.

### ***Внутренняя согласованность***

Альфа Кронбаха русскоязычной версии bRFL составила 0.856. При исключении пунктов значение  $\alpha$  варьировалось в пределах 0.839-0.857 (См. таблицу 3). Исключение 10 пункта шкалы привело к увеличению альфы Кронбаха на 0.001, что существенно не повлияло на надежность и согласованность опросника. Показатели коэффициента альфы Кронбаха для различных факторов варьировались в пределах 0,636-0,850 (См. таблицу 1).

Скорректированный коэффициент корреляции пункта с общим баллом шкалы варьировался в пределах 0.342-0.621, что указывает на значимые положительные корреляции между общим баллом опросника и его отдельными пунктами.

### ***Описательная статистика***

Получение значения bRFL варьировались в пределах 1-6 баллов. Средние значения – 3.39,  $\sigma$  – 1.17, медиана – 3,33, межквартильный размах– 1,83.

### ***Связь bRFL с суицидальными мыслями.***

В таблице 5 представлены данные MANCOVA. В результате анализа была выявлена значимую связь между суицидальной идеацией и общим баллов bRFL и его отдельных субшкал ( $\lambda$  Уилкса = 0,875;  $F=14,471$ ;  $p < 0,001$ ;  $d=0,125$ ), при этом пол пациентов не оказывал значимого влияния ( $F=1,845$ ;  $p=0,088$ ). В независимости от значимого влияния возраста ( $F=16,411$ ;  $p < 0,001$ ), пациенты с суицидальной идеацией имели значимо меньшее с число баллов bRFL и его субшкал.

Таблица 5. Межгрупповая разница по общему баллу bRFL и его субшкалам

	Без СИ N=274 (mean (SD))	СИ N=341 (mean (SD))	F (df=1)	d	P-value
Страх социального осуждения	3,11 (1,7)	2,28 (1,56)	8,108	0,013	P=0,005
Убеждения относительно выживания и совладания	4,68 (1,29)	3,47 (1,44)	80,416	0,116	P<0,001
Забота о детях	4,15 (1,86)	2,85 (1,88)	23,712	0,037	P<0,001
Ответственность перед семьей	4,31 (1,46)	3,48 (1,52)	23,541	0,037	P<0,001
Страх суицида	3,62 (1,66)	3,14 (1,6)	7,097	0,011	P=0,008
Моральные запреты	2,94 (1,71)	2,09 (1,46)	10,620	0,017	P=0,001
Общий балл	3,8 (1,08)	2,89 (1,08)	46,150	0,07	P<0,001

СИ - суицидальная идеация

### ***Обсуждение***

Результаты исследования демонстрируют хорошую внутреннюю согласованность опросника, сопоставимую с оригинальной [22] и немецкоязычной [11] версиями опросника.

Факторная структура русскоязычной версии опросника совпадает с оригинальной и немецкоязычной версиями и полностью соответствует шестифакторной модели причин для жизни, предложенной Linehan M et al. (1983) [34]. Выделение идентичных субшкал свидетельствует в пользу стабильности факторной структуры bRFL при использовании её у представителей различных этно-культуральных и клинических групп. Это обстоятельство говорит о преимуществе короткой версии опросника перед оригинальным 48-пунктовой



версией, чья факторная структура нестабильна и во многом зависит от особенностей исследуемой выборки. Так, например, в результате кросс-культуральной валидации итальянской версии RFL-48 была получена трехфакторная модель ([51], а McBee-Strayer SM et al. (2002) [40] у лиц гомо- и бисексуальной ориентацией была выявлена сложная для интерпретации 13-факторная структура. Исследования русскоязычной версии оригинального опросника, проведенные на клинических и неклинических выборках, также выявили противоречивые результаты [65, 67] Выявляемая факторная нестабильность RFL-48 может быть связана с большим количеством вопросов, однако проверка данной гипотезы требует проведения дополнительного исследования bRFL на неклинической русскоязычной выборке.

Эти данные согласуются с полученными ранее результатами, согласно которым в популяции пациентов с психическими расстройствами причины для жизни связаны с суицидальной идеацией [2]. Так, результаты указывают на связь более низких показателей bRFL с суицидальной идеацией, даже после контроля по таким факторам как пол и возраст. Все это позволяет считать причины для жизни отражением антисуицидального потенциала личности.

Таким образом, русскоязычная версия bRFL представляет собой полезный, надёжный и удобный для использования в повседневной практике инструмент оценки баланса между про- и антисуицидальными тенденциями у лиц с психическими расстройствами [6].

### **Заключение**

Результаты настоящего исследования указывают на то, что русскоязычная версия краткого опросника причин для жизни представляет собой надёжный и валидный инструмент оценки адаптивных установок и ожиданий, формирующих антисуицидальный барьер. Выявленная факторная структура полностью соответствует концепции причин для жизни, предложенной Linehan M et al (1983) [34] и сопоставима с результатами оригинальной англоязычной и немецкоязычной версиями шкалы. Пациентов с суицидальной идеацией за предшествующий месяц отличают более низкие показатели по данной шкале вне зависимости от пола и возраста обследуемого.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ahmedani B. K. [и др.]. Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death // *Journal of General Internal Medicine*. 2014. № 6 (29). С. 870–877.
2. Bakhiyi C. L. [и др.]. Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors? A systematic review of the literature // *Journal of psychiatric research*. 2016. (77). С. 92–108.
3. Bell R. A. [и др.]. Suffering in Silence: Reasons for Not Disclosing Depression in Primary Care // *The Annals of Family Medicine*. 2011. № 5 (9). С. 439–446.
4. Brent D. A. Preventing Youth Suicide: Time to Ask How // *JAAC*. 2011. (50). С. 738–740.
5. Britton P. C. [и др.]. Reasons for Living, Hopelessness, and Suicide Ideation Among Depressed Adults 50 Years or Older // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008. № 9 (16). С. 736–741.
6. Brown G. K. [и др.]. Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts // *JAMA*. 2005. № 5 (294). С. 563.
7. Bryan C. J. [и др.]. Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide // *New Ideas in Psychology*. 2020. (57). С. 100758.
8. Castro e Couto T. [и др.]. Suicidality among pregnant women in Brazil: prevalence and risk factors // *Archives of Women's Mental Health*. 2016. № 2 (19). С. 343–348.
9. Chan W. S. C. [и др.]. Suicidality in Chinese adolescents in Hong Kong: the role of family and cultural influences // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009. № 4 (44). С. 278–284.
10. Choi J. L., Rogers J. R. Exploring the Validity of the College Student Reasons for Living Inventory Among Asian American College Students // *Archives of Suicide Research*. 2010. № 3 (14). С. 222–235.
11. Cwik J. C. [и др.]. Brief reasons for living inventory: a psychometric investigation // *BMC Psychiatry*. 2017. № 1 (17). С. 358.
12. Davidson C. L. [и др.]. Hope as a Predictor of Interpersonal Suicide Risk // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009. № 5 (39). С. 499–507.
13. Davidson C. L. [и др.]. The Great Black Hope: Hope and Its Relation to Suicide Risk among African Americans // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2010. № 2 (40). С. 170–180.
14. Deutsch A.-M., Lande R. G. The Reasons for Living Scale—Military Version: Assessing Protective Factors Against Suicide in a Military Sample // *Military Medicine*. 2017. № 7 (182). С. e1681–e1686.
15. Diekstra R. F. W. Suicide and the attempted suicide: An interntional perspective // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989. № S354 (80). С. 1–24.
16. Feldman M. D. [и др.]. Let's Not Talk About It: Suicide Inquiry in Primary Care // *The Annals of*



Family Medicine. 2007. № 5 (5). С. 412–418.

17. Fowler J. C. Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. // *Psychotherapy*. 2012. № 1 (49). С. 81–90.

18. Hanna F. Suicide and hope: The common ground // *J Ment Health Couns*. 1991. (13). С. 459–72.

19. Heikkinen M. E. [и др.]. Social factors in suicide // *British Journal of Psychiatry*. 1995. № DEC. (167). С. 747–753.

20. Hu L., Bentler P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives // *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999. № 1 (6). С. 1–55.

21. Huen J. M. Y. [и др.]. Hope and Hopelessness: The Role of Hope in Buffering the Impact of Hopelessness on Suicidal Ideation // *PLOS ONE*. 2015. № 6 (10). С. e0130073.

22. Ivanoff A. [и др.]. Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The brief reasons for living inventory // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1994. № 1 (16). С. 1–13.

23. Johnson J. [и др.]. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis // *Clinical Psychology Review*. 2011. № 4 (31). С. 563–591.

24. Joiner T. *Why People Die by Suicide* / T. Joiner, Harvard University Press, 2007.

25. Joiner T. E. *Why People Die by Suicide* — Thomas Joiner | Harvard University Press 2005. С. 1–288.

26. Keyes C. L. M. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005. № 3 (73). С. 539–548.

27. Kleiman E. M., Beaver J. K. A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor // *Psychiatry Research*. 2013. № 3 (210). С. 934–939.

28. Klonsky E. D., May A. M. The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework // *International Journal of Cognitive Therapy*. 2015. № 2 (8). С. 114–129.

29. Klonsky E. D., Saffer B. Y., Bryan C. J. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update // *Current Opinion in Psychology*. 2018. (22). С. 38–43.

30. Koivumaa-Honkanen H. [и др.]. Life Satisfaction and Suicide: A 20-Year Follow-Up Study // *American Journal of Psychiatry*. 2001. № 3 (158). С. 433–439.

31. Leahy D. [и др.]. Role of the general practitioner in providing early intervention for youth mental health: a mixed methods investigation // *Early Intervention in Psychiatry*. 2018. № 2 (12). С. 202–216.

32. Lee Y., Oh K. J. Validation of Reasons for Living and Their Relationship with Suicidal Ideation in Korean College Students // *Death Studies*. 2012. № 8 (36). С. 712–722.



33. Lei P.-W., Wu Q. Introduction to Structural Equation Modeling: Issues and Practical Considerations // *Educational Measurement: Issues and Practice*. 2007. № 3 (26). С. 33–43.
34. Linehan M. M. [и др.]. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983. № 2 (51). С. 276–286.
35. Lizardi D. [и др.]. The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients // *Journal of Psychiatric Research*. 2008. № 10 (42). С. 815–821.
36. Lutz J. [и др.]. A Shortened Version of the Reasons for Living—Older Adults Scale for Clinical and Research Utility // *The Gerontologist*. 2019. № 4 (59). С. e241–e247.
37. Malone K. M. [и др.]. Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living // *American Journal of Psychiatry*. 2000. № 7 (157). С. 1084–1088.
38. Mann J. J. [и др.]. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients // *American Journal of Psychiatry*. 1999. № 2 (156). С. 181–189.
39. May A. M., Klonsky E. D. What Distinguishes Suicide Attempters From Suicide Ideators? A Meta-Analysis of Potential Factors // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2016. № 1 (23). С. 5–20.
40. McBee-Strayer S. M., Rogers J. R. Lesbian, Gay, and Bisexual Suicidal Behavior: Testing a Constructivist Model // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002. № 3 (32). С. 272–283.
41. Menon V. Suicide risk assessment and formulation: An update // *Asian Journal of Psychiatry*. 2013. № 5 (6). С. 430–435.
42. Michail M., Tait L. Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: A qualitative study in the UK // *BMJ Open*. 2016. № 1 (6).
43. Miller J. S., Segal D. I., Coolidge F. I. A comparison of suicidal thinking and reasons for living among younger and older adults // *Death Studies*. 2001. № 4 (25). С. 357–365.
44. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *BMJ*. 2019. С. 194.
45. Nock M., Borges G., Ono Y. *Suicide: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys* / M. Nock, G. Borges, Y. Ono, New York: Cambridge University Press:, 2012.
46. Nock M. K. [и др.]. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample // *Psychological assessment*. 2007. № 3 (19). С. 309–317.
47. Nock M. K. [и др.]. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts // *British Journal of Psychiatry*. 2008. № 2 (192). С. 98–105.
48. O'Connor R. Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour // *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*. 2011. (1). С. 181–98.

49. Osman A. [и др.]. The brief Reasons for Living Inventory for adolescents (BRFL-A) // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1996. № 4 (24). С. 433–443.
50. Panagioti M. [и др.]. Perceived social support buffers the impact of PTSD symptoms on suicidal behavior: Implications into suicide resilience research // *Comprehensive Psychiatry*. 2014. № 1 (55). С. 104–112.
51. Pompili M. [и др.]. Reasons for Living Inventory: Cross-Cultural Construct Validity // *Psychological Reports*. 2007. № 3\_suppl (100). С. 1259–1262.
52. Prinstein M. J. Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008. № 1 (76). С. 1–8.
53. Qin P., Mortensen P. B. The Impact of Parental Status on the Risk of Completed Suicide // *Archives of General Psychiatry*. 2003. № 8 (60). С. 797.
54. Rogers J., Hanlon P. Psychometric Analysis of the College Student Reasons for Living Inventory // *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 1996. № 1 (29). С. 13–24.
55. Rowe J. L. [и др.]. Social Support and Suicidal Ideation in Older Adults Using Home Healthcare Services // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006. № 9 (14). С. 758–766.
56. Rudd M. Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic risk под ред. E. Ellis, Washington, DC: American Psychological Association:, 2006. С. 355–368.
57. Saini P., Chantler K., Kapur N. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients // *Health & Social Care in the Community*. 2016. № 3 (24). С. 260–269.
58. Tsai A. C., Lucas M., Kawachi I. Association Between Social Integration and Suicide Among Women in the United States // *JAMA Psychiatry*. 2015. № 10 (72). С. 987.
59. Vijver F. Van de, Hambleton R. K. Translating Tests // *European Psychologist*. 1996. № 2 (1). С. 89–99.
60. Westefeld J. S. [и др.]. Development of the College Student Reasons for Living Inventory with African Americans // *Journal of College Student Psychotherapy*. 1996. № 4 (10). С. 61–65.
61. WHO The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders [Электронный ресурс]. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958> (дата обращения: 05.08.2022).
62. WHO GHO | World Health Statistics data visualizations dashboard | Suicide 2018.
63. Кустов Г. [и др.]. Психометрические свойства русскоязычной версии «краткого опросника причин для жизни» // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021. № 10 (121). С. 87–94.
64. Лубсанова С. В., Петрунько О. В., Доржиева М. Ю. Антисуицидальные мотивы подростков Бурятии, совершивших , суицидальную попытку // *Сибирский вестник психиатрии и*

наркологии. 2019. № 104 (3). С. 55–65.

65. Пашнин Е. [и др.]. Верификация структуры опросника “причины для жизни” на клинической выборке // Психологический журнал. 2022. № 1 (43). С. 109–121.

66. Положий Б. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. № 18 (1). С. 3–8.

67. Чистопольская К. [и др.]. Адаптация методик исследования суицидальных аспектов личности // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2017. № 1 (14). С. 61–87.

68. Чистопольская К. [и др.]. Суицидальность и чувство авторства собственной жизни: опросник М. Линехан «Причины для жизни» // Психологическая наука и образование. 2022. № 3 (27). С. 65–88.



## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Краткая версия опросника «Причины для жизни»

Многие люди задумывались о самоубийстве хотя бы раз в жизни. Другие никогда не рассматривают его в качестве альтернативы. Здесь приведены причины, по которым люди порой НЕ совершают самоубийство. Мы хотим понять, насколько важна каждая из причин лично для Вас.

**1. Совершенно неважно**

**2. Довольно неважно**

**3. Несколько неважно**

**4. Несколько важно**

**5. Довольно важно**

**6. Крайне важно**

Пожалуйста, ответьте на ВСЕ вопросы.

1	Я боюсь смерти	1	2	3	4	5	6
2	Моя семья зависит от меня и нуждается во мне						
3	Я не хочу умирать						
4	Я хочу увидеть, как растут мои дети						
5	Я люблю свою семью слишком сильно и не смогу ее покинуть						
6	Мои религиозные убеждения это запрещают						
7	Это неблагоприятно повлияет на моих детей						
8	Меня беспокоит, что обо мне подумают другие						
9	Я считаю это безнравственным						
10	Я боюсь непосредственно «акта» самоубийства (боли, крови, насилия)						
11	Я бы не хотел(а), чтобы люди считали, будто я не контролирую свою жизнь						
12	Я считаю, что могу найти цель в жизни, смысл, чтобы жить						

**Составители:**

*Зинчук Михаил Сергеевич  
Кустов Георгий Владимирович  
Войнова Надежда Игоревна  
Пашнин Евгений Вячеславович  
Святская Екатерина Андреевна  
Гехт Алла Борисовна*

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ПУТЁМ ОЦЕНКИ  
ФАКТОРОВ РЕЗИЛЕНТНОСТИ**

Методические рекомендации

ГБУЗ НПЦ им. З. П. Соловьева ДЗМ  
Технический редактор  
Компьютерная верстка

ГБУЗ НПЦ им. З. П. Соловьева ДЗМ  
115419, г. Москва, ул. Донская, д. 43