

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
детский специалист
психиатр Департамента
здравоохранения города
Москвы, к.м.н.

П.В. Безменов
«20» _____ 2025 г.



РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 17



«20» _____ 2025 г.

**ОЦЕНКА МОТИВОВ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК У
ПОДРОСТКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА IMSA**

Методические рекомендации № 118

Москва 2025

УДК 616.89-008.441.44-053.2:159.9.072.59
ББК Р 457.252 + Ю 948
М 76.29.41 + 87.45.19

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

Авторы-составители: Н.А. Польская - д.п.н., ведущий научный сотрудник ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»;

А.Я. Басова - к.м.н., заместитель директора ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» по научной работе;

Д.К. Якубовская – младший научный сотрудник ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»; А.А. Кузнецова-Фетисова – младший научный сотрудник ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

Рецензенты: А.А. Шмилович – д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России.

Р.Г. Акжигитов – к.м.н., заместитель директора ГБУЗ «НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ» по лечебной работе.

Оценка мотивов суицидальных попыток у подростков с использованием опросника IMSA /составители: Н.А. Польская, А.Я. Басова, Д.К. Якубовская, А.А. Кузнецова-Фетисова. — М.: ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», 2025. — 28 с.

Предназначение: в настоящих методических рекомендациях описан подход к оценке субъективных причин суицидальных попыток с использованием Опросника мотивов суицидальных попыток (The Inventory of Motivations for Suicide Attempts, IMSA). Документ подготовлен в рамках деятельности ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» по разработке и внедрению современных клинико-психологических инструментов для диагностики и профилактики аутоагрессивного поведения у детей и подростков. Материал предназначен для использования специалистами в области детской и подростковой психиатрии, клинической и консультативной психологии.

Методические рекомендации разработаны в рамках выполнения программы Департамента здравоохранения города Москвы «Научное обеспечение столичного здравоохранения" на 2023-2025 гг.» НИР «Современные научные подходы к комплексной мультидисциплинарной пациенториентированной персонифицированной помощи детям и подросткам с аутоагрессивным поведением».

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

ISBN:

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2025

© ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, 2025

©Коллектив авторов, 2025

Оглавление

СОКРАЩЕНИЯ	4
ГЛОССАРИЙ	5
ВВЕДЕНИЕ	7
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ	9
ОПИСАНИЕ ОПРОСНИКА IMSA (INVENTORY OF MOTIVATIONS FOR SUICIDE ATTEMPTS – ОПРОСНИК МОТИВОВ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК).....	13
РУССКОЯЗЫЧНАЯ АДАПТАЦИЯ ОПРОСНИКА МОТИВОВ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК»	15
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	19
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. РУССКОЯЗЫЧНАЯ ВЕРСИЯ «ОПРОСНИКА МОТИВОВ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК» (THE INVENTORY OF MOTIVATIONS FOR SUICIDE ATTEMPTS, IMSA)	20
ПРИЛОЖЕНИЕ 2: АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ МОТИВОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ IMSA	23
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	26

Сокращения

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

НССП – несуицидальное самоповреждающее поведение

YLL - Years of Life Lost, потерянные года жизни

IMSA — Inventory of Motivations for Suicide Attempts, опросник мотивов суицидальных попыток

CFI — Comparative Fit Index, сравнительный индекс соответствия

RMSEA — Root Mean Square Error of Approximation, Среднеквадратичная ошибка аппроксимации

SRMR — Standardized Root Mean Square Residual, Стандартизированный среднеквадратичный остаток

Глоссарий

Бегство (Escape) – Мотив суицидальной попытки, связанный с желанием уйти от невыносимых эмоциональных переживаний, мыслей о себе как о неудачнике или от неразрешимой жизненной ситуации. Концептуально основан на «теории бегства» Р. Баумеистера.

Безнадежность (Hopelessness) – Устойчивая система негативных ожиданий и убеждений относительно будущего, когда человек не видит возможности позитивных изменений в своей жизни. Рассматривается как ключевой когнитивный фактор риска развития суицидальных мыслей и действий.

Бесстрашие (Fearlessness) – Мотив, отражающий снижение страха перед смертью или физической болью, что облегчает совершение суицидальных действий. Часто формируется в результате привыкания к боли и дистрессу через повторяющиеся эпизоды несуйцидального самоповреждения (НССП) или иные травматические переживания.

Душевная боль (Psychache) – Интенсивное, мучительное и субъективно невыносимое эмоциональное страдание, сочетающее в себе чувства тоски, отчаяния, беспомощности и тревоги. Согласно Э. Шнейдману, является центральным переживанием, лежащим в основе суицидального поведения.

Импульсивность (Impulsivity) – Черта личности, характеризующаяся склонностью к быстрым, необдуманным действиям без учета их последствий. В контексте суицидального поведения может выступать как отдельный мотив или как фактор, облегчающий переход от мыслей к действиям в момент кризиса.

Межличностное влияние (Interpersonal Influence) – Коммуникативный мотив суицидальной попытки, целью которого является воздействие на других людей: желание заставить их почувствовать вину, изменить свое поведение или отношение, привлечь внимание к своей проблеме.

Мотив суицидальной попытки (Motivation for Suicide Attempt) – Субъективно значимая причина, побуждение или цель, которая стояла за конкретным суицидальным действием в момент его совершения. Оценка мотивов позволяет понять индивидуальную психологическую функцию попытки.

Несуйцидальное самоповреждающее поведение (НССП, NSSI) – Преднамеренное нанесение себе повреждений (например, порезов, ожогов) без намерения умереть. Часто выполняет функцию регуляции эмоций. Является значимым фактором риска формирования «приобретенной способности» к суициду.

Опросник мотивов суицидальных попыток (IMSA) – Психометрический инструмент, разработанный А. Мау и Е. Клонски для многомерной оценки субъективных причин,

побудивших человека к совершению суицидальной попытки. Состоит из шкал, отражающих как внутриличностные (боль, безнадежность), так и межличностные (поиск помощи) мотивы.

Поиск помощи (Help-Seeking) – Коммуникативный мотив суицидальной попытки, выражающий желание получить помощь, поддержку или понимание от окружающих через демонстрацию своего отчаяния.

Приобретенная способность к суициду (Acquired Capability for Suicide) – Конструкт межличностной теории суицида Т. Джойнера, обозначающий снижение страха смерти и повышение толерантности к физической боли в результате повторяющегося опыта, связанного с болью и насилием (включая НССП).

Проксимальные факторы риска (Proximal Risk Factors) – Факторы, непосредственно предшествующие и способствующие возникновению суицидального кризиса или попытки (например, острый межличностный конфликт, состояние дисрегуляции, интоксикация). Противопоставляются **дистальным факторам** (например, детской травме, хроническому заболеванию), которые формируют долговременную уязвимость.

Решение проблем (Problem-Solving) – Мотив, при котором суицидальная попытка воспринимается как способ решения неразрешимой, по мнению подростка, жизненной ситуации (личной, семейной, социальной).

Трехшаговая теория суицида (3ST) – Современная интегративная теория, объясняющая переход от суицидальных мыслей к действиям. Постулирует три шага: 1) сочетание боли и безнадежности ведет к нежеланию жить; 2) добавление чувства изоляции приводит к суицидальному желанию; 3) наличие «приобретенной способности» делает возможной попытку.

Чувство брошенности (Thwarted Belongingness) – Переживание одиночества, социальной изоляции, отсутствия значимых и взаимных социальных связей. Один из двух ключевых конструктов межличностной теории суицида, способствующих возникновению суицидальных мыслей.

Восприятие себя как обузы (Perceived Burdensomeness) – Устойчивое убеждение в том, что собственное существование обременяет других, приносит им страдания, неудобства или разочарование. Второй ключевой конструкт межличностной теории суицида, способствующий суицидальным мыслям.

Введение

Самоубийство является одной из ведущих причин смерти среди молодежи во всём мире и ежегодно уносит жизни более 52000 детей и подростков в возрасте до 5 до 19 лет (Kim et al., 2024).. По данным Всемирной организации здравоохранения, риск возникновения суицидальных мыслей и намерений резко возрастает в подростковом и юношеском возрасте, при этом частота попыток значительно выше в группе 15–19 лет по сравнению с более младшими подростками (10-14 лет) (Nock et al., 2008; Glenn et al., 2020).

В последние десятилетия обнаруживается устойчивая тенденция к росту распространенности суицидального поведения, а также более высокая смертность в результате совершенных суицидальных попыток как среди младших, так и среди старших подростков (Семенова, Слободская, 2023). В исследовании 2023 года в обширной выборке школьников (N=5827) от 11 до 18 лет о наличии суицидальных мыслей/поведения сообщили 54% подростков, из которых 30% совершали суицидальные попытки в течение последнего года (Vally, Helmu, 2023).

Большинству суицидальных попыток предшествуют длительный период психоэмоционального неблагополучия, суицидальные мысли, планирование и несуицидальные самоповреждения (Басова, Безменов 2024; Банников, 2022]). Ряд авторов подчеркивает, что суицидальные попытки у подростков часто являются результатом острого кризиса на фоне хронического стресса и эмоциональной дисрегуляции, а не следствием длительного планирования, что делает актуальной оценку именно актуальных, «проксимальных» факторов риска в момент кризиса (Miller, Prinstein, 2019). Современные исследования свидетельствуют о необходимости оценки рисков и профилактики на каждом из этих этапов, начиная со скрининговых мероприятий в общеобразовательных учреждениях среди условно здоровых подростков и заканчивая тщательной оценкой мотивов уже свершившейся суицидальной попытки в условиях стационара или в период постгоспитального сопровождения (Macleod et al., 2018; Nadeem Parpio et al., 2025).

Одним из значимых предикторов суицидального поведения является наличие предыдущих суицидальных попыток, в связи с чем отдельного внимания заслуживают вопросы изучения и профилактики рецидивирующего суицидального поведения (Horwitz et al., 2015). Исследователи отмечают, что каждая попытка повышает вероятность повторения суицидального поведения (Kochanski et al., 2018) - 24,1% подростков в течение полугода после первой суицидальной попытки обращаются за медицинской помощью в связи с повторными суицидальными

действиями (Stewart et al., 2001), а среди подростков с имеющимися ранее проявлениями суицидального поведения распространенность завершеного суицида значительно превышает общепопуляционные значения (Hawton et al., 2003).

Несмотря на активные исследования и создание множества инструментов для оценки суицидального риска, современные мета-анализы свидетельствуют об ограниченной прогностической точности существующих способов оценки суицидального риска. Как заключают авторы обзоров (Belsher et al., 2019) это указывает на необходимость продолжения поиска и разработки более эффективных, современных методов для точного выявления уязвимых к формированию суицидального поведения групп.

Современные теоретические представления о суицидальном поведении

Этиопатогенез суицидального поведения многообразен и включает нейробиологические, средовые, социокультурные и психологические факторы (Díaz-Oliván et al., 2021). К наиболее исследуемым психоэмоциональным состояниям, повышающим риск развития суицидальных мыслей/поведения относятся:

1. Душевная боль – совокупность болезненных и остро переживаемых чувств беспомощности, отчаяния, тревоги которые, согласно Э. Шнейдману, находятся в основе суицидального процесса, воспринимаются как невыносимые, и могут вести к суицидальному поведению как способу избавиться от переживаемой боли (Shneidman, 1993; Baryshnikov et al., 2022).
2. Безднадежность – система негативных убеждений и ожиданий в отношении себя и своего будущего, что ведет к снижению побуждений, так называемому «параличу воли», отказу от попыток изменить свое состояние, связанным с депрессивными переживаниями и отношению к суициду как единственному выходу из «безвыходной» ситуации (Beck et al., 1990).
3. Бегство/Избегание – понятие сформулировано в рамках теории Р. Баумеистера (Escape Theory, 1990), где суицид понимается как попытка избежать невыносимого внутреннего конфликта и мучительных эмоциональных переживаний (Baumeister, 1990). Согласно Р. Баумеистеру, болезненная интернализация переживаемых трудностей или негативных событий (т.е. восприятие себя как «плохого», виновного в происходящем и несоответствующего субъективным стандартам) ведет к переходу в состояние «когнитивной деконструкции» (снижение самоосознания, характеризующееся, в том числе, сокращенной временной перспективой, когнитивной ригидностью, иррациональностью и трудностями отторжения импульсов), в процессе которой радикальные саморазрушительные меры разрешения переживаемого состояния могут оцениваться как приемлемые (Baumeister, 1990).
4. Восприятие себя бременем для других и нарушенное чувство принадлежности – острое переживание брошенности и того, что связи с близкими и значимыми людьми утрачены, рассматриваются в межличностной теории как основные факторы суицидальных переживаний, которые, в сочетании с готовностью к нанесению себе

физического вреда, могут приводить к суицидальным действиям [Joiner, Van Orden, 2009].

Согласно современным представлениям, развитие суицидальных мыслей и переход от суицидальных мыслей к суицидальным попыткам — это разные процессы, требующие отдельных объяснений [Klonsky et al., 2021; Klonsky, May, 2015]. Большинство описанных выше факторов риска суицида обладают высокой предиктивной способностью в отношении возникновения антивитальных переживаний и суицидальных мыслей, но значительно хуже предсказывают вероятность совершения суицидальных действий сами по себе (Klonsky et al., 2017). Важным дополнением является понимание суицидального кризиса у подростков как сбоя систем острого стресс-ответа, когда на фоне биологической уязвимости (например, дисрегуляции вегетативной нервной системы или ГГН оси) и социальных стрессоров происходит острый срыв адаптивных механизмов эмоциональной регуляции, что делает суицид воспринимаемым немедленным выходом из невыносимого состояния (Miller, Prinstein, 2019). Одним из подходов к преодолению этой проблемы является использование модели «от мыслей – к действиям» (ideation – to – action framework), в рамках которой были разработаны следующие интегративные теории: межличностная теория суицида (Joiner, 2009); интегративная мотивационно-волевая модель (O'Connor, Kintley, 2018); теория изменчивой уязвимости (fluid vulnerability theory, FVT, Rudd, 2006), Трехшаговая теория суицида (3pt model, Klonsky et al., 2018). Перечисленные модели основаны на представлении, что для совершения суицидальных действий необходимо сочетание: (1) эмоциональных переживаний, способствующих актуализации суицидальных мыслей и (2) способности (как психологической готовности, так и физической доступности летальных средств) к нанесению самому себе тяжкого физического вреда.

Временной аспект также крайне важен. Биологические исследования подчеркивают, что риск суицидального поведения у подростков с историей НССП может быть особенно высок в течение определенного периода после последнего эпизода самоповреждения, что требует внимания к недавней динамике поведения, а не только к отдаленным факторам (Kaess et al., 2021).

Согласно первой из интегративных моделей - межличностной теории суицида [Joiner, Van Orden, 2009] - основными факторами суицидальной идеации являются восприятие себя бременем для других и нарушенное чувство принадлежности. Однако, даже при актуализации этих болезненных переживаний, для перехода от мыслей к суицидальным действиям необходимо наличие еще одного компонента: приобретенной способности к суициду. Способность к

самоубийству формируется под воздействием негативных жизненных событий, сопровождающихся возникновением чувства боли и страха. Повторяющиеся болезненные переживания способствуют привыканию к переживаемой боли, подавлению стремления к самосохранению и формированию бесстрашия в ситуациях, угрожающих жизни (Польская и др., 2024). Среди прочих, к подобным негативным жизненным событиям относятся пережитое насилие, столкновение со смертью, намеренное голодание, связанное с анорексией и самоповреждающее поведение (Klonsky et al., 2018).

В интегрированной мотивационно-волевой модели (O'Connor, Kintley, 2018), факторы суицидальных действий также разделены на два этапа (фазы) – мотивационный и волевой. На мотивационном этапе, то есть этапе формирования суицидального намерения, различные негативные жизненные события могут приводить к переживаниям поражения/унижения, которые в сочетании некоторыми личностными характеристиками могут приводить к формированию ощущения «ловушки». Ощущение «ловушки», в свою очередь, связываясь с другими психологическими факторами суицидального риска (негативное представление о будущем, а также переживаниями обременения окружающих, потери связи с близкими) может приводить человека к восприятию суицида как единственно верного решения. На втором, Волевом этапе, рассматриваются факторы способности непосредственно нанести себе физический вред, в том числе - способность к суициду, импульсивность, доступность летальных средств (оружие, медикаменты) (Klonsky et al., 2018).

В трехшаговой теории суицида (3ST, Klonsky et al., 2018), схожим образом, суицидальный процесс разделен на три этапа (нежелание жить -> желание умереть -> готовность к совершению суицидальных действий). Первый шаг формирования суицидального поведения – это пассивные суицидальные мысли (нежелание жить), обусловленные сочетанием душевной боли и безнадежности. Возникновению суицидального желания способствует не душевная боль сама по себе, но отсутствие надежды на лучшее в будущем. На втором шаге переживание боли усиливается и становится преобладающим над чувством связи (общности, единения) с другими – членами семьи, друзьями, разными сообществами, поддерживающими идентичность, значимость и самооценку личности, что ведет к появлению активных суицидальных мыслей (желание умереть). На третьем шаге сильное суицидальное желание переходит в попытку при условии, что есть возможность совершить самоубийство (готовность к суицидальным действиям). Эту возможность определяют приобретенные и диспозиционные характеристики личности

(например, низкая чувствительность к боли и отсутствие страха смерти), а также практические обстоятельства (доступность средств для нанесения себе вреда и знание, как ими воспользоваться), при которых сильное суицидальное желание переходит в попытку с риском летального исхода (Klonsky et al., 2018). Эти теоретические представления легли в основу опросника, сфокусированного на исследовании эмоционально-личностных аспектов суицидального поведения и описывающего разные причины/мотивы совершенных суицидальных попыток (May, Klonsky 2013).

Описание опросника IMSA (Inventory of Motivations for Suicide Attempts – Опросник мотивов суицидальных попыток)

Опросник мотивов суицидальных попыток IMSA (Inventory of Motivations for Suicide Attempts), был разработан А. Мау и Е. Клонски (2013) на основе трехступенчатой модели самоубийств и других интегративных моделей, как инструмент измерения многофакторной структуры мотивов суицидального поведения. Важно отметить, что IMSA оценивает мотивы, актуальные **перед** или **во время** конкретной суицидальной попытки, что соответствует современному подходу к оценке проксимальных, а не дистальных факторов риска (Miller, Prinstein, 2019). Необходимо отметить, что опросник применим только для респондентов, которые хотя бы раз совершали суицидальную попытку. Респондентов просят вспомнить свою последнюю попытку и оценить, насколько выделенные суицидальные мотивы были важны для них по шкале от 0 (совсем не важно) до 4 (очень важно). В англоязычной версии методика содержит 54 пункта объединенных в 10 шкал (за исключением четырех пунктов, которые рассматриваются индивидуально).

На основе первичной психометрической проверки опросника на выборке взрослых, восемь шкал были объединены в два фактора «высшего порядка»: 1) Внутренние (внутриличностные) мотивы суицидальной попытки («Безнадежность», «Душевная боль», «Бегство», «Восприятие себя как обузы», «Чувство брошенности», «Бесстрашие») и 2) коммуникативные (межличностные) мотивы («Поиск помощи», «Межличностное влияние»), и еще две шкалы не вошли в двухфакторную структуру и рассматриваются отдельно - «Решение проблем», «Импульсивность» (Мау, 2020).

В клинической подростковой выборке проверка психометрических характеристик опросника показала схожую структуру, за исключением шкалы Решения проблем (была исключена авторами из-за неудовлетворительных показателей в рамках факторного анализа). Как и в выборке взрослых, к внутриличностному фактору были отнесены шкалы «Безнадежность», «Душевная боль», «Бегство», «Восприятие себя как обузы», «Чувство брошенности», «Бесстрашие», к коммуникативному – Поиск помощи и Межличностное влияние. Шкала Импульсивности рассматривается отдельно (Мау et al., 2016).

Авторы подчеркивают, что выделенные шкалы призваны уловить самые разнообразные мотивы суицида и не равны в своей индивидуальной клинической значимости в контексте риска повторения попытки – например, в то время, как мотива «Безнадежности» может быть достаточно

как для развития суицидальных мыслей, так и для перехода к воплощению этих мыслей в действия, мотив «Бесстрашия» (отсутствия страха перед смертью) сам по себе не ведет к развитию суицидальных мыслей, но может способствовать выбору суицидального поведения в сочетании с другими мотивами, приводящими к развитию/повторной актуализации мыслей о смерти (May, Klonsky, 2013). Применение опросника в выборках взрослых (как сразу после суицидальной попытки, так и через несколько лет после попытки) показало, что наиболее часто (более 90% случаев) респонденты указывают мотивы Безднадежности и Душевной боли, реже всего – Межличностное влияние (May et al., 2020). Схожим образом, среди подростков наиболее значимые мотивы – Безднадежность, Душевная боль и Бегство (May et al., 2016). Как среди взрослых, так и среди подростков, внутриличностные мотивы суицидальной попытки были связаны с более выраженным желанием умереть вследствие совершенных суицидальных действий (May, Klonsky, 2013; May et al., 2016).

Русскоязычная адаптация Опросника мотивов суицидальных попыток»

Международные адаптации опросника мотивов суицидальных попыток немногочисленны - до российской работы описывалась лишь единичная персидская версия IMSA (сокращённая до 43 пунктов и 9 шкал) (Bagiyan Koulemarz et al., 2019), что подчёркивает новизну и значимость представленной русскоязычной валидации для практики и исследований.

Разрешение на русскоязычную адаптацию опросника было получено Д. Клонского. Прямой и обратный перевод был проведен членами исследовательской группы, окончательные формулировки пунктов были выверены с учетом психологических, лингвистических и культурных аспектов перевода психометрических шкал (Орёл, Сенин, 2008). Исследование психометрических характеристик русскоязычной версии было проведено на клинической выборке 522 подростков в возрасте от 12 до 17 лет (425 девочек и 97 мальчиков), находящихся на стационарном психиатрическом лечении с суицидальной попыткой в анамнезе (Польская и др., 2025). Наиболее часто способом суицидальной попытки в этой выборке становилось отравление (46,6%); порезы и удары ножом (24,6%); а также падение с высоты, прыжки под поезд или автомобиль (21,2%) (табл. 1).

Таблица 1. Клинические характеристики выборки

Параметр	<i>n</i>	%
Госпитализация		
Первичная*	430	82,4
Повторная	92	17,6
Диагноз		
Депрессивный эпизод средней тяжести (F32)	230	44,1
Смешанные расстройства поведения и эмоций (F92)	149	28,5
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43)	115	22
Другие тревожные расстройства (F41)	11	2,1
Биполярное аффективное расстройство (F31)	7	1,3
Рекуррентное депрессивное расстройство (F33)	3	0,6
Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)	1	0,2
Другие расстройства** (F98)	6	1,2
Тип суицидального поведения в текущую госпитализацию		
Суицидальные намерения	70	13,4

Суицидальные попытки	406	77,8
Текущие суицидальные мысли (суицидальные попытки в анамнезе)	46	8,8
Способ суицидальной попытки		
Отравление	189	46,6
Порезы и удары ножом	100	24,6
Падение с высоты, прыжки под поезд, автомобиль	86	21,2
Удушение	16	3,9
Утопление	4	1
Сочетание нескольких способов	11	2,7

Примечание: *n* — число пациентов. * Первично госпитализированные подростки. ** Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

Результаты конфирматорного анализа показали, что оригинальная 10-факторная структура не воспроизводится на российской подростковой выборке; после статистически обоснованных модификаций было выделено 9 шкал (42 пункта):

1. Безднадёжность — ощущение отсутствия будущего и невозможности изменить ситуацию.
2. Душевная боль — интенсивные эмоциональные переживания, воспринимаемые как невыносимые.
3. Бегство — стремление уйти от себя, своих чувств или обстоятельств.
4. Восприятие себя как обузы — убеждение, что человек причиняет страдания или неудобства окружающим.
5. Чувство брошенности — чувство одиночества, социальной изоляции, утраты поддержки.
6. Бесстрашие — снижение страха смерти и боли, готовность к саморазрушительным действиям.
7. Решение проблем — восприятие самоубийства как способа решить неразрешимую ситуацию.
8. Межличностные мотивы — коммуникативные цели поведения (поиск помощи, межличностное влияние).
9. Внутриличностные мотивы – объединяет первые семь шкал.

Все шкалы продемонстрировали приемлемую внутреннюю и ретестовую надёжность, была подтверждена конвергентная и дискриминантная валидность русскоязычной версии IMSA, показатели опросника были значимо связаны со шкалами «Опросника межличностной чувствительности» П. Бойса и Г. Паркера (Boyce, Parker, 1989; Разваляева, Польская, 2021) и

«Опросника межличностных потребностей» Т. Джойнера (Joiner et al., 2009; Меньшикова и др., 2016) (наиболее сильные связи со шкалой внутриличностных мотивов и ее субшкал – табл. 2).

Таблица 2. Связи шкал «Опросника мотивов суицидальных попыток» со шкалами опросников межличностных потребностей, межличностной чувствительности, ясности Я-концепции и возрастом

Шкалы	Опросник мотивов суицидальных попыток								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Опросник межличностных потребностей									
Восприятие себя как обузы	0,50***	0,40***	0,56***	0,67***	0,60***	0,52***	0,25***	0,49***	0,65***
Чувство брошенности	0,24***	0,20***	0,30***	0,21***	0,41***	0,27***	0,07	0,17**	0,30***
Опросник межличностной чувствительности									
Зависимость от оценок окружающих	0,53***	0,46***	0,57***	0,47***	0,51***	0,45***	0,32***	0,48***	0,59***
Страх отвержения	0,53***	0,52***	0,61***	0,56***	0,61***	0,55***	0,25***	0,48***	0,66***
Беспокойство в межличностных отношениях	0,43***	0,40***	0,45***	0,42***	0,41***	0,36***	0,27***	0,41***	0,50***
Межличностная чувствительность	0,58***	0,53***	0,63***	0,55***	0,58***	0,52***	0,32***	0,53***	0,67***
Шкала ясности Я-концепции									
Ясность Я-концепции	-0,45***	-0,41***	-0,41***	-0,32**	-0,34**	-0,27*	-0,10	-0,24	-0,41***
Возраст									
Возраст	0,15*	0,14*	0,11	0,05	0,02	0,04	-0,05	0,06	-0,02

Примечание. *** – $p < 0.001$.

Среди российских госпитализированных подростков с суицидальными попытками, наиболее значимыми мотивами суицидального поведения выступили душевная боль (49% ответов), безнадежность (48%), бегство (40%) и решение проблем (38%). У подростков с депрессивным эпизодом были выявлены значимо более высокие показатели безнадежности и бесстрашия (перед смертью) в сравнении с больными других нозологий (смешанные расстройства поведения и эмоций, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации) (табл. 3.1); у девочек выявлялись более высокие значения по шкалам восприятия себя как обузы и внутриличностных мотивов по сравнению с мальчиками (табл. 3.2).

Таблица 3. 1. Значимые различия мотивов суицидального поведения в группах, выделенных по полу

Шкалы IMSA	Девочки (n=425)		Мальчики (n=97)		U	p adjusted
	M	SD	M	SD		
Восприятие себя как обузы	1,70	1,29	1,21	1,11	24 394,0	0,013
Внутриличностные мотивы	1,85	1,02	1,54	0,94	23 957,0	0,036

Примечание: IMSA (The Inventory of Motivations for Suicide Attempts) — «Опросник мотивов суицидальных попыток»; p adjusted — уровень значимости после поправки Холма–Бонферронни; U — статистика Манна–Уитни.

Таблица 3. 2. Значимые различия мотивов суицидального поведения в группах, выделенных по диагнозу

Шкалы IMSA	Диагноз						χ^2	p adjusted	p для попарного сравнения (критерий Данна)		
	F32 (n=230)		F92 (n=149)		F43 (n=115)				F32/F92	F32/F43	F92/F43
	M	SD	M	SD	M	SD					
Безнадежность	2,41	1,14	1,99	1,33	1,96	1,40	11,44	0,029	0,002	0,003	0,479
Бесстрашие	1,50	1,11	1,20	1,22	1,18	1,12	11,83	0,027	0,001	0,004	0,440

Примечание: IMSA (The Inventory of Motivations for Suicide Attempts) — «Опросник мотивов суицидальных попыток»; p adjusted — уровень значимости после поправки Холма–Бонферронни; χ^2 — статистика Красскела–Уоллиса. Диагнозы: F32 — «депрессивный эпизод средней тяжести»; F92 — «смешанные расстройства поведения и эмоций»; F43 — «реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации».

Заключение

Проблема суицидального поведения среди подростков продолжает оставаться актуальной, что подчеркивает необходимость разработки и внедрения в практику современных, валидных и надежных диагностических инструментов. В условиях дефицита методик, направленных на развернутый анализ причин и мотивов суицида, русскоязычная адаптация Опросника мотивов суицидальных попыток (IMSA) является значимым вкладом в развитие диагностики и профилактики суицидального поведения.

Проведенное исследование подтвердило надежность и валидность адаптированной версии опросника на репрезентативной клинической выборке подростков. Выявленная в ходе конфирматорного анализа девятифакторная структура методики, хотя и не полностью повторяющая оригинальную, отражает ключевые теоретические конструкты современных моделей суицидального поведения (таких как трехшаговая теория), демонстрируя ее чувствительность к культурному и возрастному контексту. Установленные тесные связи шкал IMSA с показателями межличностной чувствительности, восприятия себя обузой и переживания брошенности свидетельствуют о высокой конвергентной валидности и подтверждают ее теоретическую обоснованность.

Клиническая значимость методики была продемонстрирована через выявление наиболее частых мотивов суицидальных попыток у российских подростков — душевной боли, безнадежности, бегства и стремления решить проблемы, — что согласуется с данными международных исследований.

Таким образом, русскоязычная версия IMSA является валидным и клинически информативным инструментом, который рекомендуется к использованию в работе клинических психологов, психотерапевтов и психиатров. Его применение позволяет перейти от констатации суицидального риска к пониманию индивидуальной мотивационной структуры суицидального поведения конкретного подростка, что является важным для разработки персонализированных программ психотерапевтического вмешательства, направленных на проработку ключевых переживаний и снижение вероятности рецидивов суицидального поведения.

Приложение 1. Русскоязычная версия «Опросника мотивов суицидальных попыток» (The Inventory of Motivations for Suicide Attempts, IMSA)

Инструкция

Пожалуйста, подумай немного о своей прошлой, самой близкой по времени попытке самоубийства. Укажи ее дату: _____.

Со временем мнение человека о некоторых ситуациях в его жизни может измениться. Чтобы ответить на эти вопросы, мы просим тебя указать причины, которые были важны для тебя перед совершением прошлой попытки самоубийства, даже если сегодня твои мысли и чувства уже другие. Отвечая на эти вопросы, представь, что ты вернулся обратно в эту ситуацию, и вспомни, о каких причинах ты тогда думал.

Ниже приведены некоторые распространенные причины, из-за которых люди пытаются совершить самоубийство. Пожалуйста, оцени, насколько каждая из этих причин была важна для тебя в момент твоей последней попытки самоубийства.

Для оценки используй следующую шкалу:

Совсем не важно	Отчасти важно	Важно	Очень важно	Самое важное
0	1	2	3	4

№	Я СОВЕРШИЛ ПОПЫТКУ САМОУБИЙСТВА, ПОТОМУ ЧТО Я...	Ответ
1	...неудачник и хотел сбежать от самого себя	
2	...чувствовал, что все безнадежно	
3	...уже пробовал покончить с собой за несколько дней или недель до этого, но на этот раз мне не было страшно	
4	...подумал, что для моей семьи так будет лучше	
5	...хотел, чтобы мне кто-нибудь помог	
6	...потерял всякую надежду на то, что в будущем что-то может измениться к лучшему	
7	...не мог больше выносить все свои эмоции	
8	...не уверен, есть ли хоть кто-то, кому я не безразличен	

9	...мое душевное состояние было невыносимым	
10	...не принадлежал ни к одному сообществу	
11	...хотел заставить людей жалеть об их отношении ко мне	
12	...хотел найти выход из невыносимой ситуации	
13	...своим существованием я портил окружающим жизнь	
14	...хотел убедить кого-то сменить его или ее точку зрения	
15	...устал от собственных неудач	
16	...думал об этом уже некоторое время и, наконец, решился	
17	...так сильно себя ненавидел	
18	...мои чувства поглощали меня	
19	...думал, что это лучший способ решить свои проблемы (например, личные, финансовые)	
20	...хотел показать другим людям, в каком отчаянии я нахожусь	
21	...больше не боялся совершить попытку самоубийства	
22	...доставлял слишком много проблем окружающим	
23	...думал, что меня никто не любит	
24	...давно это обдумывал и, наконец, осуществил	
25	...не хотел быть обузой для окружающих	
26	...хотел заглушить душевную боль	
27	...хотел напугать окружающих	
28	...мое будущее казалось мне безнадежным, черным	
29	...нигде не мог приспособиться	
30	...хотел заставить других людей чувствовать вину за то, что они не помогли мне	
31	...не мог больше выносить свои мысли	
32	...думал, что это поможет решить некоторые серьезные практические задачи моей семьи/друзей	
33	...не думал, что что-то может измениться к лучшему, что бы я ни делал	
34	...чувствовал такую сильную безнадежность, как никогда раньше	
35	...не мог больше выносить свою душевную боль	
36	...думал о себе так плохо, что смерть казалась облегчением	
37	...думал, что это поможет решить некоторые личные проблемы	
38	...только истощал своих близких	
39	...чувствовал себя оторванным от всех	
40	...стал меньше бояться физической боли, чем раньше	

41	...надеялся повлиять на действия окружающих меня людей	
42	...хотел, чтобы другие осознали, насколько мне было больно	

Ключ

Шкалы опросника мотивов суицидальных попыток	Подсчет шкал
1. Безднадежность	(п. 2 + п. 6 + п. 28 + п. 33 + п. 34) / 5
2. Душевная боль	(п. 7 + п. 9 + п. 18 + п. 26 + п. 31 + п. 35) / 6
3. Бегство	(п. 1 + п. 15 + п. 17 + п. 36) / 4
4. Восприятие себя как обузы	(п. 4 + п. 13 + п. 22 + п. 25 + п. 38) / 5
5. Чувство брошенности	(п. 8 + п. 10 + п. 23 + п. 29 + п. 39) / 5
6. Бесстрашие	(п. 3 + п. 16 + п. 21 + п. 24 + п. 40) / 5
7. Решение проблем	(п. 12 + п. 19 + п. 32 + п. 37) / 4
8. Межличностные мотивы	(п. 5 + п. 11 + п. 14 + п. 20 + п. 27 + п. 30 + п. 41 + п. 42) / 8
9. Внутрличностные мотивы	(Безднадежность + Душевная боль + Бегство + Восприятие себя как обузы + Чувство брошенности + Бесстрашие + Решение проблем) / 7

Приложение 2: Алгоритм оценки мотивов суицидального поведения с использованием IMSA

Цель: Углубленная оценка субъективных мотивов недавней суицидальной попытки для определения мишеней психотерапевтического вмешательства и стратификации индивидуального риска.

Область применения: Клинические психологи, психотерапевты, врачи-психиатры, работающие с подростками (12-17 лет) в условиях психиатрического стационара или амбулаторно, после стабилизации острого суицидального кризиса и установления терапевтического альянса.

Общие принципы:

- 1. Безопасность и доверие:** Проведение оценки только после обеспечения физической и психологической безопасности пациента, купирования острой психопатологической симптоматики и установления рабочего альянса.
- 2. Информированность:** Объяснение цели опроса (помощь в понимании пережитого для построения дальнейшей помощи), а не «расследование» или оценка «вины».
- 3. Конфиденциальность:** Четкое объяснение границ конфиденциальности.
- 4. Чувствительность:** Подготовленность специалиста к возможной эмоциональной реакции пациента.

Этап 1. Подготовка и оценка готовности пациента (стационар/амбулатория)

Время: Не ранее 3-7 дней после попытки (после стабилизации соматического и состояния в подростковом периоде психического расстройства).

Действия:

- Оценить текущее психическое состояние (отсутствие выраженного психомоторного возбуждения, острого психотического состояния, тяжелой депрессии с выраженными когнитивными нарушениями).
- Убедиться, что пациент способен к концентрации внимания на 15-20 минут.
- Обсудить с пациентом и (при согласии пациента) с семьей цели и смысл проведения диагностики.

Этап 2. Проведение опроса

Место: Спокойное, приватное помещение без отвлекающих факторов.

Инструктаж: Дать пациенту бланк опросника (Приложение 1) и зачитать стандартную инструкцию, особо акцентируя: «Мы просим тебя указать причины, которые были важны для

тебя ПЕРЕД совершением прошлой попытки самоубийства, даже если сегодня твои мысли и чувства уже другие. Представь, что ты вернулся обратно в ту ситуацию».

Поддержка: Находиться рядом, быть готовым ответить на уточняющие вопросы. Не интерпретировать и не комментировать пункты.

Этап 3. Обработка и первичный анализ результатов

Подсчет сырых баллов по ключу для каждой из 9 шкал.

Определение преобладающих мотивов (шкалы с наивысшими баллами, ≥ 3).

Качественный анализ:

- Профиль внутриличностных vs. межличностных мотивов: Высокие баллы по шкалам 1-7 и 9 указывают на переживание невыносимых внутренних состояний (боль, безнадежность). Высокие баллы по шкале 8 – на коммуникативную функцию попытки.
- Оценка тяжести: Высокие баллы по «Безнадежности», «Душевной боли», «Бесстрашию» и «Внутриличностным мотивам» в целом связаны с большим желанием умереть и требуют повышенного внимания.
- Анализ отдельных значимых ответов: Обратить внимание на пункты, оцененные как «Самое важное» (4 балла).

Этап 4. Интеграция результатов в клиническую картину и формулирование гипотез (для клинической беседы и супервизии)

Сопоставление с анамнезом и диагнозом: У подростков с депрессией чаще доминируют «Безнадежность» и «Бесстрашие»; у девочек – «Восприятие себя обузой». У лиц с реакциями на стресс – «Душевная боль» и «Бегство».

Связь с теориями: Интерпретировать профиль в рамках моделей (например, высокие «Боль»+«Безнадежность» соответствуют первому шагу 3ST; «Обуза»+«Брошенность» – межличностной теории).

Формулирование мишеней для терапии:

При доминировании «Безнадежности»: Когнитивная терапия для работы с негативными прогнозами, поведенческая активация.

При доминировании «Душевной боли» и «Бегства»: Диалектико-поведенческая терапия (ДПТ), навыки регуляции эмоций и переживания дистресса.

При доминировании «Восприятия себя обузой» и «Брошенности»: Интерперсональная терапия, работа с семейной системой, когнитивная реструктуризация.

При доминировании «Бесстрашия»: Психообразование о связи НССП и суицидального риска, развитие альтернативных стратегий регуляции, работа со страхом жизни, а не смерти.

При доминировании «Межличностных мотивов»: Работа над коммуникативными навыками, семейная терапия, прояснение неверных ожиданий от поведения.

Этап 5. Обратная связь и совместное планирование вмешательства

Обсуждение результатов с пациентом: В поддерживающей, некритичной манере. Фокус на понимании: «Тогда, в тот момент, твоими основными переживаниями были... Это помогает нам понять, над чем важно работать вместе».

Совместное определение целей: «Поскольку боль/безнадежность/чувство обузы были такими сильными, давай подумаем, какими навыками мы могли бы усилить тебя, чтобы в будущем было иначе».

Планирование: Интеграция выводов в индивидуальный план лечения, определение приоритетных психотерапевтических мишеней.

Особенности применения в амбулаторных условиях:

Особое внимание Этапу 1 (оценка готовности). Пациент может находиться в более уязвимом состоянии без круглосуточного наблюдения.

Возможно дробное предъявление опросника (по 1-2 шкалы за сессию) при высокой эмоциональной чувствительности.

Результаты IMSA должны быть интегрированы в долгосрочный амбулаторный план с привлечением семьи и, при необходимости, школы.

Библиографический список

1. Банников Г.С. Структура кризисного состояния у подростков: симптомы, связанные с высоким суицидальным риском. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2022;32(3):27–37.
2. Басова А.Я., Безменов П.В. Эпидемиология суицидального поведения у детей и подростков в мире. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(11-2):16–26. <https://doi.org/10.17116/jnevro202412411216>
3. Меньшикова А.А., Герсамя А.Г., Канаева Л.С. и др. Теория суицида Т. Джойнера: адаптация Опросника межличностных потребностей (INQ). *Российский психиатрический журнал*. 2016;(2):51–60.
4. Орёл В.Е., Сенин И.Г. Опыт адаптации зарубежного опросника: организационный и содержательный аспект. *Психология. Психофизиология*. 2008;1(33):71–77.
5. Польская Н.А., Басова А.Я., Разваляева А.Ю., Северина Ю.В. Русскоязычная адаптация «Опросника мотивов суицидальных попыток» на клинической выборке подростков. *Consortium Psychiatricum*. 2025;6(2):36–51. <https://doi.org/10.17816/CP15597>
6. Польская Н.А., Якубовская Д.К., Шарова Д.А., Басова А.Я. Роль межличностных отношений в суицидальном поведении подростков: качественный анализ результатов полуструктурированного интервью. *Клиническая и специальная психология*. 2024;13(3):141–165. <https://doi.org/10.17759/cpse.2024130307>
7. Разваляева А.Ю., Польская Н.А. Психометрические свойства русскоязычной трехфакторной версии опросника межличностной чувствительности. *Консультативная психология и психотерапия*. 2021;29(4):73–94. <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290405>
8. Семенова Н.Б., Слободская Е.Р., Резун Е.В. Анализ суицидального поведения у подростков до и во время пандемии COVID-19: гендерные и возрастные аспекты. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(6):113–120. <https://doi.org/10.17116/jnevro2023123061113>
9. Bagiyan Koulemarz M.J., Karami J., Momeni K., et al. Measuring psychometric properties of the inventory of motivations for suicide attempts (IMSA). *Health Psychology*. 2019;7(4):83–112. Persian.
10. Baryshnikov I., Isometsä E. Psychological pain and suicidal behavior: A review. *Front Psychiatry*. 2022;13:981353. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.981353>
11. Baumeister R.F. Suicide as escape from self. *Psychol Rev*. 1990;97(1):90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
12. Beck A.T., Brown G., Berchick R.J., Stewart B.L., Steer R.A. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1990;147(2):190–195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>
13. Belsher B.E., Smolenski D.J., Pruitt L.D., et al. Prediction models for suicide attempts and deaths: A systematic review and simulation. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(6):642–651. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0174>
14. Boyce P., Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Aust N Z J Psychiatry*. 1989;23(3):341–351. <https://doi.org/10.1177/000486748902300320>

15. Díaz-Oliván J., Porrás-Segovia A., Barrigón M.L., et al. Theoretical models of suicidal behaviour: A systematic review and narrative synthesis. *Eur J Psychiatry*. 2021;35(3):—. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2021.02.002>
16. Glenn C.R., Kleiman E.M., Kellerman J., et al. Annual research review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(3):294–308. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>
17. Hawton K., Zahl D., Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. 2003;182:537–542. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.537>
18. Horwitz A.G., Czyz E.K., King C.A. Predicting future suicide attempts among adolescent and emerging adult psychiatric emergency patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015;44(5):751–761. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.910789>
19. Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K., et al. Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(3):634–646. <https://doi.org/10.1037/a0016500>
20. Kim S., Park J., Lee H., et al. Global public concern of childhood and adolescence suicide: a new perspective and new strategies for suicide prevention in the post-pandemic era. *World J Pediatr*. 2024;20(9):872–900. <https://doi.org/10.1007/s12519-024-00828-9>
21. Klonsky E.D., May A.M. The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the ideation-to-action framework. *Int J Cogn Ther*. 2015;8(2):114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
22. Klonsky E.D., Pachkowski M.C., Shahnaz A., et al. The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Prev Med*. 2021;152:106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>
23. Klonsky E.D., Qiu T., Saffer B.Y. Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(1):15–20. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000294>
24. Klonsky E.D., Saffer B.Y., Bryan C.J. Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. *Curr Opin Psychol*. 2018;22:38–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
25. Kochanski K.M., Lee-Tauler S.Y., Brown G.K., et al. Single versus multiple suicide attempts: A prospective examination of psychiatric factors and wish to die/wish to live index among military and civilian psychiatrically admitted patients. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(8):657–661. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000851>
26. Macleod E., Nada-Raja S., Beautrais A., Shave R., Jordan V. Primary prevention of suicide and suicidal behaviour for adolescents in school settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;12:CD007322. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007322.pub3>
27. May A.M., Klonsky E.D. Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2013;43(5):532–546. <https://doi.org/10.1111/sltb.12037>
28. May A.M., O'Brien K.H., Liu R.T., et al. Descriptive and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA) in an inpatient adolescent sample. *Arch Suicide Res*. 2016;20(3):476–482. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1095688>

29. May A.M., Pachkowski M.C., Klonsky E.D. Motivations for suicide: converging evidence from clinical and community samples. *J Psychiatr Res.* 2020;123:171–177. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.010>
30. Miller AB, & Prinstein MJ (2019). Adolescent suicide as a failure of acute stress-response systems. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 425. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095625>
31. Nadeem Parpio Y., Nuruddin R., Ali T.S., et al. Suicide prevention program on suicidal behaviors and mental wellbeing among school aged adolescents: a scoping review. *Front Public Health.* 2025;13:1506321. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1506321>
32. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J., et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry.* 2008;192(2):98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
33. O'Connor R.C., Kirtley O.J. The integrated motivational–volitional model of suicidal behavior. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2018;373(1754):20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
34. Rudd M.D. Fluid Vulnerability Theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In: Ellis T.E. (ed.). *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy.* Washington, DC: American Psychological Association; 2006. p. 355–368. <https://doi.org/10.1037/11377-016>
35. Shneidman E.S. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis.* 1993;181(3):145–147. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
36. Stewart S.E., Manion I.G., Davidson S., Cloutier P. Suicidal children and adolescents with first emergency room presentations: predictors of six-month outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(5):580–587. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00018>
37. Vally Z., Helmy M. The prevalence of suicidal behaviour and its associated risk factors among school-going adolescents resident in the United Arab Emirates. *Sci Rep.* 2023;13:19937. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-47305-3>