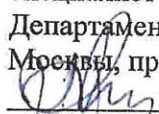


ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

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



« 18 » \_\_\_\_\_ 2022 г.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ПУТЁМ ОЦЕНКИ  
ФАКТОРОВ РЕЗИЛЕНТНОСТИ

Методические рекомендации № 95

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 Надежда 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 место 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 M. 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 безнадёжностью. При этом переход от «мысли к действию» ассоциирован со способностью совершить суицид, формирующейся тогда, когда боль, страх и мыслей 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 безнадёжности. 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 Tarrrier (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. Hanna (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 конфирматорного 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>

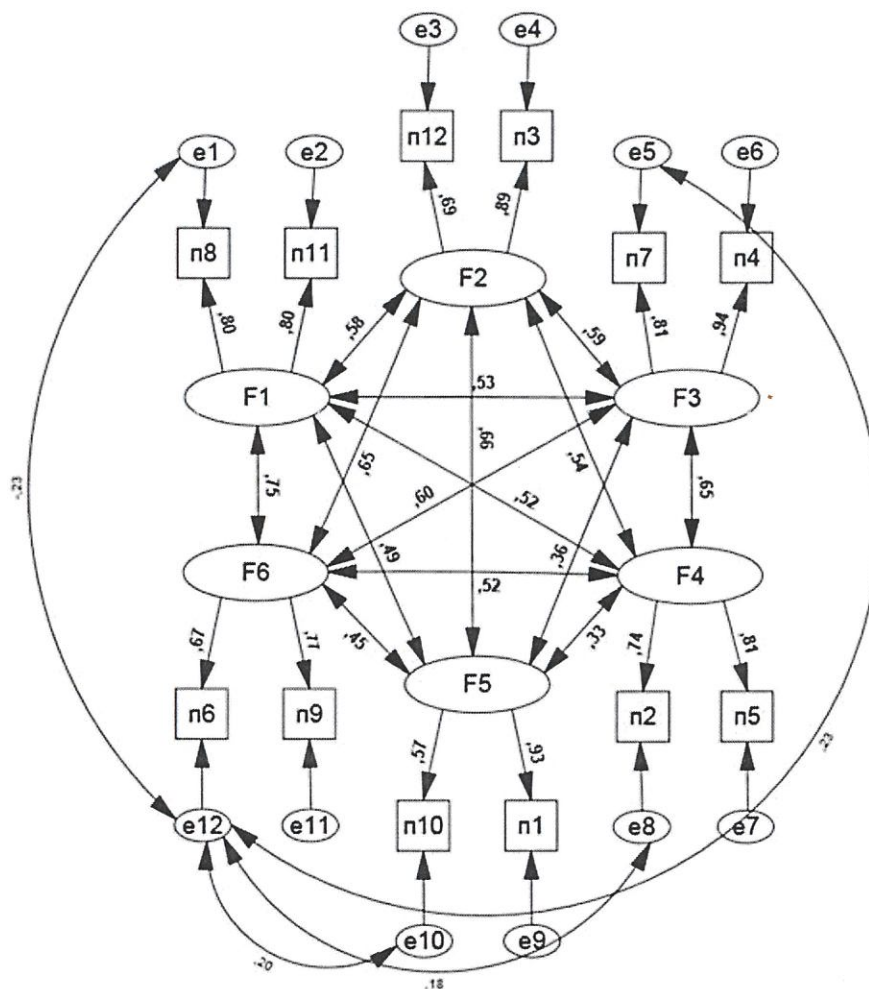
Величина полученного критического коэффициента для многомерного эксцесса (critical ratio – 6,5) свидетельствует об отклонении данных от многомерной нормальности. Полученные в результате конфирматорного факторного анализа индексы соответствия CMIN/DF – 4.15, CFI – 0.922, SRMR – 0.062, RMSEA – 0.072, PNFI – 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 bRFI, 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 надежный 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 // *ЖААС*. 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 international 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. L., Coolidge F. L. 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*

наркологи. 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. Липехап «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	2	3	4	5	6
1	Я боюсь смерти						
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  
Пашин 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