

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ В ОЦЕНКЕ РИСКА СУИЦИДА

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Актуальность вопроса об использовании адекватных диагностических инструментов для оценки риска суицида в научных исследованиях, а также в практике современного клинициста обусловлена высокой распространенностью суицида в популяции лиц, страдающих психическими расстройствами вследствие высокой уязвимости последних к известным факторам риска. В статье приводится обзор существующих психометрических инструментов (шкал), используемых для оценки риска суицида как в психиатрической, так и в общемедицинской практике.

Ключевые слова: суицид, риск суицида, психические расстройства.

A. P. Gelda, A. N. Nestsiarovich

DIAGNOSTIC SCALE IN ASSESSING SUICIDE RISK

The problem of adequate diagnostic tools use for suicide risk assessment in medical research and practice is of extreme importance because of the high incidence of suicide in the population of psychiatric patients and the high vulnerability of the latter to the known risk factors. The article provides an overview of the existing psychometric instruments (scales) used to assess the risk of suicide in psychiatry as well as in general medicine.

Key words: suicide, suicide risk, mental disorders.

Согласно данным Всемирной Организации здравоохранения, суицид (самоубийство; умышленное лишение индивидом себя жизни) входит в число 20 наиболее распространенных причин смерти для всех возрастных групп; ежегодно около миллиона человек умирают вследствие совершения суицида. Самоубийства входят в тройку ведущих причин смертности в возрасте 15–44 лет и в число двух ведущих причин смерти в возрастной группе от 10 до 24 лет. Глобальная частота самоубийств оценивается 16 на 100 000 населения [48].

Оценка риска суицида является одной из наиболее важных и трудных задач современной превентивной медицины и касается не только специалистов в области психиатрии, но и врачей первичного звена системы оказания медицинской помощи, так как известно, что многие индивиды посещали врачей общей практики за месяц до совершения суицидального акта [43].

Оценка вероятности совершения суицида затрудняется тем, что распространенность факторов риска суицида (психологические, социальные, экономические,

культурные, ситуационные и др.) достаточно высока в общей популяции, однако данные факторы неспецифические, и некоторые лица, совершившие суицид, не относились ни к одной из известных групп риска. Тем не менее, в сфере оказания психиатрической помощи «весомость» факторов риска значительно возрастает. Так, известно, что около 90% всех лиц, совершивших суицид либо попытку суицида, страдали психическими расстройствами [4]; риск совершения самоубийства в популяции психиатрически больных составляет от 15 до 50% [12].

Несмотря на широкую распространенность, суицидальность не всегда клинически очевидна, что подразумевает необходимость использования специальных инструментальных методов оценки суицидального риска.

Существующие инструменты скрининговой диагностики направлены на выявление лиц, относящихся к группе повышенного риска суицида, и составлены таким образом, что склонны переоценивать вероятность суицидального поведения индивида в будущем. Кроме того, скрининговые шкалы зачастую разрабатываются

на основе научных исследований, субъектами которых являются лица, совершившие попытки самоубийства (парасуицид), либо отмечающие суицидальное мышление, при этом профиль факторов риска у таких лиц может значительно отличаться от такового у индивидов, умерших вследствие суицида, а количество проспективных исследований в этой области чрезвычайно мало [17]. Тем не менее, большая частота ложно положительных результатов неизбежна, если значительно более важным является избежать ложно отрицательного результата.

Среди преимуществ скрининговых шкал для оценки риска суицида выделяют следующие:

- быстрота, простота и эффективность в использовании;

- возможность получить доступ к информации, которую затруднительно получить путем наблюдения за поведением пациента и в процессе интервью, в том числе потому, что индивиду зачастую легче изложить истинные переживания на бумагу либо компьютеру, чем рассказать реальному человеку;

- возможность проводить количественное измерение показателей относительно условной «нормы» и мониторировать состояние пациента в динамике, сравнивая результаты обследования в различные промежутки времени;

- отдельные пункты опросников, свидетельствующие о психологическом неблагополучии могут являться предметом прицельной оценки и дискуссии в процессе психотерапевтической беседы с пациентом (клиентом).

На сегодняшний день не получено убедительных данных касательно того, что вопрос о суицидальных мыслях или планах сам по себе провоцирует суицидальное поведение опрашиваемого [38].

К недостаткам скрининговых шкал относят следующие:

- соблазн исследователя принимать ответы обследуемого без их критического осмысления;

- возможность того, что терапевт или клиент будет воспринимать диагностический инструмент как замену построению полноценных терапевтических отношений;

- вероятность того, что состояние пациента и соответствующий риск суицида будет восприниматься врачом (или психологом) как нечто статичное и неизменное, в то время как чрезвычайно важно оценивать изменения в динамике [38].

Существует множество инструментов диагностики риска суицида, в исследовании L. Range и E. Knott из 20 проанализированных инструментов рекомендовано использовать следующие: Шкала для оценки Суицидального Мышления (Scale for Suicidal Ideation), Шкала Linehana и Suicidal Behaviour Questionnaire [34].

Классической и наиболее распространенной шкалой для оценки суицидального риска у взрослых является **Шкала для оценки Суицидального Мышления (Scale for Suicidal Ideation; SSI)** (A. Beck et al., 1979) [6]. Шкала представлена в формате полуструктурированного интервью, состоит из 21 пункта, 19 из которых содержат высказывания, оцениваемые респондентом от 0 до 2 баллов. Сумма всех баллов (максимум 38)

определяет риск суицида на момент интервью: чем больше балл, тем выше риск. Два дополнительных пункта фиксируют случаи предшествующих попыток суицида и их количество. Шкала позволяет оценить три составляющих суицидального мышления: активное суицидальное желание, пассивное суицидальное желание и подготовительные действия. Клинически значимым «порогом» суицидального риска в исследованиях на взрослых принято считать 6 баллов и более [41]. Время заполнения шкалы составляет около 10 минут. SSI стандартизирована как для лиц, госпитализированных в психиатрический стационар, так и для амбулаторных пациентов; она апробирована в сети учреждений первичного звена системы медицинской помощи, в отделениях неотложной помощи, в реабилитационных программах и в частной практике.

Шкала имеет высокий показатель внутренней согласованности (коэффициент $\alpha = 0,89^1$), свидетельствующий о высокой степени надежности. В многочисленных исследованиях подтверждена высокая валидность инструмента: общий балл SSI значимо коррелировал с баллами Опросника Депрессии Бека (Beck Depression Inventory; BDI) и Рейтинговой шкалы Депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression; HRSD) [6, 11, 23]. Общий балл SSI также проявил достоверную ассоциацию с количеством предыдущих суицидальных попыток и выраженностью депрессии [11]. В других исследованиях шкала SSI позволила достоверно дифференцировать суицидальных пациентов, госпитализированных в стационар от депрессивных пациентов, наблюдающихся амбулаторно [6], а также лиц, совершивших парасуицид, от лиц, не имеющих подобного эпизода в анамнезе [47]. Кроме того, общий балл SSI проявил значимую положительную корреляцию с интенсивностью суицидального мышления, ежедневно мониторируемого самим индивидом [13]. Предикторная валидность SSI в отношении завершеного суицида установлена для пациентов, обращающихся за помощью в сети амбулаторных учреждений психиатрического профиля [36, 42]. В частности, пациенты, относившиеся к более высокой категории риска суицида, согласно полученным баллам (общий балл SSI больше 2), имели приблизительно в 7 раз более высокую вероятность умереть вследствие самоубийства, чем другие пациенты [36].

Модифицированная Шкала для оценки Суицидального Мышления в худшем состоянии (Scale for Suicide Ideation – Worst; SSI-W) [11] позволяет оценить те же факторы риска суицида, но за период времени, когда индивид был наиболее предрасположен (имел на-

¹ Внутренняя согласованность (непротиворечивость) (internal consistency) – статистическая величина, отражающая корреляционные отношения между несколькими субшкалами (пунктами) одной психометрической шкалы и показывающая, дают ли субшкалы, направленные на оценку одного и того же показателя, схожие баллы. Измеряется альфа-коэффициентом Кронбаха (Cronbach's α) (от минус бесконечности до 1): $\alpha \geq 0,9$ – согласованность отличная, $0,9 > \alpha \geq 0,8$ – хорошая, $0,8 > \alpha \geq 0,7$ – приемлемая, $0,7 > \alpha \geq 0,6$ – сомнительная, $0,6 > \alpha \geq 0,5$ – слабая, $0,5 > \alpha$ – неприемлемая (прим. авторов).

ибо более сильное желание) совершить суицид. Для SSI-W определена хорошая степень внутренней согласованности (Cronbach's alpha = 0,88) [11]. Общий балл SSI-W оказался значимо ассоциирован с баллами других психометрических шкал, измеряющих суицидальное мышление, в том числе SSI, BDI и HRSD (см. ниже) [11]. Кроме того, по сравнению со шкалой SSI общий балл SSI-W оказался в большей степени ассоциирован с количеством парасуицидов в анамнезе, опытом психотерапии, эпизодами госпитализации в психиатрический стационар и с семейной психопатологией, отягченнойностью [11]. Так же как и для SSI, факторный анализ SSI-W выявил в структуре опросника два фактора: «подготовка» (9 пунктов) и «мотивация» (8 пунктов) [11]. В проспективном исследовании А. Т. Века с соавт. (1999), проведенном на выборке пациентов с установленным психиатрическим диагнозом, показано, что лица, набравшие большее количество баллов по шкале SSI-W (общий балл более 14) имели в 14 раз больший риск совершения суицида, чем другие пациенты [42].

Разработаны иные модифицированные версии SSI. **Шкала SSI-M/MSSI** (L. Miller et al., 1986) [45] представляет собой полуструктурированное интервью – как для профессионалов, так и для парапрофессионалов – и содержит 18 пунктов, из которых 13 взяты из оригинальной версии шкалы, а 5 являются новыми и оценивают интенсивность суицидального мышления, решимость и компетентность относительно совершения суицида, разговоры и записи о смерти. Каждый пункт оценивается за весь предшествующий интервью год по шкале от 0 до 3 баллов (максимальный балл 54). Данная модификация продемонстрировала более высокие показатели надежности и валидности. Также разработана **self-report версия шкалы (самоотчет) – SSI-SR** (A. Beck et al. 1988) [7] для самооценки аналогичных параметров респондентом в письменной либо компьютеризированной форме. В исследовании А. Века с соавт. отмечено, что компьютеризированная версия self-reported шкалы имеет достоверно более высокий общий балл, по сравнению с оценкой, проведенной клиницистом [7], что подтверждает тезис о том, что зачастую пациенту легче изложить истинные мысли компьютеру, чем врачу.

Шкала для оценки Суицидального Мышления Бека (The Beck Scale for Suicide Ideation; BSSI) (A. T. Beck & R. A. Steer, 1991) [9] представляет собой аналог SSI, предназначенный для заполнения самим пациентом (клиентом) и не требующий проведения интервью клиницистом. Факторный анализ параметров шкалы [24] у лиц, госпитализированных в психиатрический стационар, позволил выявить три измерения оцениваемой суицидальности: «желание умереть» (5 пунктов), «подготовка к суициду» (7 пунктов), «актуальное суицидальное желание» (4 пункта). BSI имеет высокую степень внутренней согласованности (альфа-коэффициент Кронбаха от 0,87 до 0,97 [8–9, 24]. Общий балл BSSI обнаружил высокую корреляцию с баллами SSI ($r = 0,90$ для лиц, госпитализированных в психиатрический стационар, $0,94$ для амбулаторных пациентов), а также умеренную корреляцию с баллами Опросника

Депрессии Бека (BDI) ($r = 0,58–0,75$) и Шкалой Безнадежности Бека (Beck Hopelessness Scale; BHS) ($r = 0,53–0,62$) [8].

Широко используется в психиатрической практике и **Шкала Оценки Риска Суицида (The Sad Persons Scale; ШОРС в русскоязычной транскрипции)** (G. E. Patterson et al., 1983) [27], содержащая 10 пунктов, характеризующих факторы риска суицида и оцениваемых клиницистом как 0 (отсутствует) либо 1 (присутствует). Общий балл от 0 до 2 свидетельствует о низком риске суицида и предполагает возможность амбулаторного наблюдения пациента (клиента); общий балл 3–4 свидетельствует о среднем риске суицида и говорит о необходимости частых встреч клинициста с обследуемым (1–3 раза в неделю) в случае амбулаторного наблюдения, либо о рассмотрении варианта госпитализации; балл 5–6 говорит о высоком риске суицида и предполагает госпитализацию пациента (клиента), если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении; балл 7 и выше означает очень высокий риск суицида и требует обязательной госпитализации (в том числе и принудительной) [1].

Шкала Вероятности Суицида (The Suicide Probability Scale; SPS) (J. G. Cull & W. S. Gill, 1988) [16] представляет собой самоотчет, содержащий 36 пунктов, позволяющих оценить текущее суицидальное мышление, чувство безнадежности, негативную самооценку и враждебность индивида, соответствующие четырем одноименным субшкалам. Респонденты дают оценку каждого пункта от 1 («никогда, очень редко») до 4 баллов («большую часть времени»), при этом подсчитываются три суммарных балла: бал вероятности суицида (Suicide Probability Score), общий взвешенный балл (total weighted score) и нормализованный T-балл (normalized T-score). Время заполнения шкалы составляет около 10 минут. Шкала стандартизирована на выборках подростков и взрослых – как общей популяции, так и пациентов психиатрических клиник. Факторный анализ позволил выявить 6-ти факторную структуру опросника: «суицидальное мышление» (6 пунктов), «безнадежность» (12 пунктов), «позитивный взгляд на мир» (positive outlook) (6 пунктов), «близость в межличностных отношениях» (3 пункта), «враждебность» (7 пунктов), «злая импульсивность» (2 пункта); данная структура оказалась неоднократно воспроизводима в исследованиях на различных клинических выборках [16]. Шкала имеет высокую внутреннюю согласованность (Cronbach alpha = 0,93) и высокую test-retest надежность за период 3 недели ($r = 0,92$) [16]. SPS позволяет дифференцировать здоровых лиц, пациентов психиатрических стационаров и лиц, совершивших парасуициды [16]. Общий балл SPS и баллы отдельных его субшкал положительно коррелировали с выраженностью таких субшкал Миннесотского многопрофильного личностного опросника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI) (С. Хетуэй и Дж. Маккинли, 1941) как депрессия ($r_s = 0,44–0,73$), психопатическое отклонение ($r_s = 0,48–0,63$), паранойя ($r_s = 0,47–0,61$), шизофрения ($r_s = 0,56–0,68$) [16]. Общий балл шкалы проявил умеренную корреляцию ($r_s = 0,67–0,71$) с баллом Шка-

лы Опасности Суицида (Suicide Threat Scale; STS), разработанной для MMPI [20]. Вероятность суицида по результатам SPS также коррелировала с иррациональными убеждениями респондента [14]. Общий балл SPS оказался достоверно ассоциированным с баллами таких психометрических инструментов, как Шкала Решения Социальных Проблем (Social Problem Solving Scale; SPSS), Шкала безнадежности Бека (BHS), Опросник депрессии Бека (BDI) [39]. Шкала проявила высокую чувствительность к изменениям суицидальности в динамике в рандомизированном клиническом испытании на выборке амбулаторных пациентов службы психиатрической помощи, имеющих высокий риск суицида [19]. Что касается предикторной валидности данного опросника, то на сегодняшний день имеется мало работ, исследовавших данный аспект [21].

Опросник Позитивного и Негативного Суицидального Мышления (The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory; PANSI) (A. Osman et al., 1998) [46] состоит из 20 пунктов, позволяющих количественно измерить интенсивность позитивных и негативных мыслей индивида, относящихся к суициду. Оценка соответствующих мыслей производится респондентом за период последних двух недель с помощью 5-пунктовой шкалы Likert от 1 балла («никогда») до 5 баллов («большую часть времени»). Опросник состоит из 2-х шкал – «Позитивное мышление» и «Негативное мышление», и его заполнение занимает около 5 минут. PANSI стандартизирован на выборке студентов колледжа, средний возраст которых составил 20 лет [46]. Факторный анализ, как логично ожидать, выделил в структуре опросника два фактора [46]. Коэффициент Кронбаха показал высокую степень внутренней согласованности шкалы (coefficient $\alpha = 0,80-0,93$) [46]. Общий балл Шкалы Позитивного Мышления умеренно и негативно коррелировал с баллами Шкалы Вероятности Суицида (SPS) ($r = -0,47$) и отдельных субшкал Опросника Суицидального Поведения (Suicide Behaviors Questionnaire, SBQ) (r от $-0,21$ до $-0,45$). Общий балл Шкалы Негативного Мышления с этими же инструментами (общим суммарным баллом) проявил умеренную положительную корреляцию (соответственно, для SBS $r = 0,59$ и для SBQ $r = 0,39-0,61$) [46].

Оценочный Лист Суицида (Suicide Assessment Checklist; SAC) (A. Rogers et al., 2002) [41] содержит 21 пункт, заполняемый клиницистом. Экспертом оцениваются предыдущие суицидальные попытки индивида, имеющиеся факторы риска очередного возможного суицида, текущие суицидальные мысли и планы пациента (клиента), а также «защитные» факторы. Общий балл может составлять от 11 до 108. Для шкалы подтверждена хорошая внутренняя согласованность (коэффициент $\alpha = 0,88$) и 4-х недельная тест-ретест корреляция. Валидность шкалы подтверждается тем, что в исследовании Т. Р. Сокеро с соавт. [41] пациенты, госпитализированные принудительно, имели большее количество баллов по SAC, чем госпитализированные добровольно, а те в свою очередь имели больше баллов, чем выписавшиеся домой. Кроме того, общий балл SAC положительно и достоверно коррелировал с выраженностью сим-

птомов депрессии. Опросник разработан главным образом для волонтеров службы кризисной помощи.

Форма суицидального статуса (Suicide status form; SSF) (D. A. Jobes et al., 1997) [3]. Шкала включает 6 пунктов, оцениваемых как респондентом, так и клиницистом по 5-балльной шкале: психологическая боль, внешнее давление (стрессоры), волнение (эмоциональная подавленность), чувство безнадежности, низкая самооценка; дополнительно оценивается общий риск суицида. Тест разработан для рутинного предъявления любым пациентам, отмечавшим суицидальные мысли, чувства либо соответствующее поведение в прошлом, и требует всего 5–10 минут для заполнения. Поскольку в данном опроснике не предусмотрено суммирование баллов, он имеет относительно низкую надежность, по сравнению с другими шкалами, а также показал низкую тест-ретест корреляцию за период 2-х недель ((корреляция от 0,35 (чувство безнадежности) до 0,69 (психологическая боль)), по этой причине шкала редко используется в научных исследованиях. Тем не менее, SSF показала высокую валидность: суицидальные студенты имели больше баллов по данной шкале по сравнению с группой контроля. Общие баллы пунктов SSF проявили положительную корреляцию с выраженностью чувства безнадежности и негативную корреляцию с баллами Шкалы Причины к Жизни (пункт риск суицида) (Reasons for Living Scale; RLS), ($r = -0,42$) [21]. Важным достоинством SFF является тот факт, что опросник заполняется как клиентом (пациентом), так и клиницистом, что позволяет сопоставлять оценки и анализировать имеющиеся расхождения. С. L. Eddins и D. A. Jobes в своем исследовании продемонстрировали высокий уровень совпадения между баллами, отмеченными самим респондентом и клиницистом [18]. Кроме того, в исследованиях на суицидальных студентах [3] показана хорошая чувствительность SFF к изменениям состояния респондентов в процессе лечения, что делает его хорошим инструментом для оценки динамики изменений в процессе терапии.

Шкала Суицидальных Намерений (Suicide Intent Scale; SIS) (A. T. Beck et al., 1974) [5] представляет собой опросник, предъявляемый в форме интервью и предназначенный для измерения серьезности намерений совершить самоубийство у пациентов, ранее совершавших парасуицид. Состоит из 15 пунктов, отражающих по шкале от 0 до 2 вербальное и невербальное поведение индивида непосредственно перед совершением последней попытки суицида, а также в процессе данного акта. Общий балл колеблется от 0 до 30. Первая часть опросника (1–8 пункты) охватывает объективные обстоятельства, сопутствующие парасуициду и включает пункты, касающиеся подготовительных мероприятий, способа парасуицида, а также намеки индивида, которые могли помочь окружающим распознать его намерения. Вторая часть опросника (9–15 пункты) отражает представления респондента о летальности выбранного метода ухода из жизни, ожидания относительно возможности спасения (вмешательства) извне, степень преднамеренности и декларируемую им цель парасуицида. Время заполнения опросника составляет

около 10 минут. В различных исследованиях факторный анализ SIS выявил от 2 до 6 факторов в структуре опросника [21]. Разработана версия шкалы для самостоятельного заполнения респондентом – Опросник суицидальных намерений (Suicide Intent Questionnaire; SIQ) (M. M. Linehan, 1982) [29].

Опросник Суицидального Поведения (Suicide Behavioral Questionnaire; SBQ) (M. M. Linehan 1981) [28] и его модифицированная версия **Suicidal Behaviors Questionnaire Revised; SBQ-14** (M. M. Linehan, 1996) [30]. Данные шкалы предусматривают заполнение респондентом до 34 пунктов, в зависимости от наличия или отсутствия суицидального поведения в прошлом, настоящем или ожидаемом будущем. SBQ-14 измеряет следующие поведенческие домены: суицидальное поведение в прошлом, суицидальные мысли о будущем, угрозы суицида в прошлом, предполагаемые попытки суицида в будущем и вероятность смерти от суицида в будущем. Каждый из пунктов ранжируется респондентом количественно за разные временные периоды – в последние несколько дней (включая текущий день), за последний месяц, за последние 4 месяца, за последний год и в течение всей жизни. Девять дополнительных разделов оценивают степень выраженности суицидального поведения в течение всей жизни, текущий план суицида, доступность метода самоубийства, социальные факторы, удерживающие от суицида, отношение к суицидальному поведению и толерантность к стрессу. При подсчете общего суммарного балла используются 10 из 14 пунктов. Факторный анализ выявил единую дименсию опросника SBQ-14 [2]. Опросник показал высокую степень внутренней согласованности (коэффициент α для SBQ-14 от 0,73 до 0,92) [2]. Четыре из 5 субшкал SBQ-14 положительно коррелировали с баллами Шкалы Суицидального Мышления (SSI) и Интервью Суицидального Копинга (Suicide Coping Interview; SCI) ($r_s = 0,36-0,51$). Общий балл шкалы также положительно коррелировал с баллами Шкалы Суицидального Мышления (SSI) ($r_s = 0,55-0,62$), Опросника Депрессии Бека (BDI) и Шкалы Безнадежности Бека (BHS), и негативно коррелировал ($r = -0,46$) с баллами Опросника Причин к Жизни (RLI). В 1988 году опросник был трансформирован в 4 коротких вопроса, ответ на которые занимает всего 5 минут, однако для научных исследований и применения в практическом здравоохранении рекомендуется использовать полную версию опросника SBQ-14 с 34 вопросами для более детального понимания состояния респондента [21].

Шкала Суицидального Мышления (Suicide Ideation Scale; SIS) (M. D. Rudd, 1989) [37] состоит из 10 пунктов, оцениваемых респондентом за последний год от 1 балла («никогда») до 5 баллов («практически всегда»). Общий балл колеблется от 10 до 50. Как и другие шкалы, опросник показал высокий уровень внутренней согласованности (Cronbach alpha = 0,86); кроме того, общий балл SIS умеренно коррелировал с баллами Шкалы Депрессии (Depression scale, Center for Epidemiologic Studies) ($r = 0,55$) и Шкалы Безнадежности Бека (BHS) ($r = 0,49$). Студенты, совершившие попытку суицида, насчитывали большее количество баллов по шкале SIS,

чем студенты, не имевшие подобных эпизодов в анамнезе [37].

Среди кратких скрининговых шкал, позволяющих оценить риск суицида, можно назвать следующие.

Шкала Суицидальности Пейкеля (Paykel Suicide Items; PSI) (E. S. Paykel et al., 1974) [40] включает в себя всего пять вопросов, задаваемых в ходе интервью с возрастающей степенью «суицидального» содержания: (1) Чувствовали ли Вы когда-либо, что жизнь не стоит того, чтобы жить? (2) Желали ли Вы когда-нибудь умереть, – например, уснуть и не проснуться? (3) Думали ли Вы когда-либо о том, чтобы лишиться себя жизни, даже если никогда бы не сделали этого? (4) Достигали ли Вы когда-нибудь такой точки, когда Вы серьезно рассматривали возможность лишиться себя жизни, либо составляли планы каким образом сделать это? (5) Предпринимали ли Вы когда-либо попытку лишиться себя жизни? Данные вопросы могут применяться для оценки суицидальности за разные временные периоды – за последние неделю, месяц, год или всю жизнь. На каждый вопрос респондент отвечает «да» или «нет». Несмотря на то, что изначально опросник не планировался к использованию в качестве шкалы, в исследовании W. V. Meneese и B. A. Yutrzhenka [32] суммировались баллы от 1 до 5 (1 балл за каждый положительный ответ). Субъекты, обнаружившие по результатам опросника суицидальные чувства в течение последнего года, имели большее количество психиатрических симптомов, чаще находились в социальной изоляции, предъявляли больше соматических жалоб и имели большее количество негативных событий в жизни в течение последнего года по сравнению с группой контроля. Кроме того, такие респонденты чаще госпитализировались в связи с эмоциональными проблемами в психиатрический стационар и чаще принимали транквилизаторы в течение прошедшего года [40].

Скрининговый опросник суицидального мышления (The Suicidal Ideation Screening Questionnaire; SIS-Q) (L. Cooper-Patrick et al., 1994) [15] состоит из четырех вопросов, предъявляемых клиницистом, оценивающие нарушения сна, расстройство настроения, чувство вины и безнадежности в течение последнего года. Данные вопросы получены из других опросников (Diagnostic Interview Schedule) с помощью пошаговой логистической регрессии на основании силы ассоциации каждого из пунктов с суицидальным поведением и мышлением. SIS-Q позволила корректно идентифицировать 84% пациентов общемедицинской практики, отмечавших суицидальное мышление в течение последнего года [21].

Рейтинговая шкала Гамильтона для депрессии (пункт суицидальность) (Hamilton Rating Scale for Depression, Suicide Item; HRSD) (M. Hamilton, 1960) [22] широко используется для измерения выраженности симптомов депрессии. Пункт суицидальность оценивается количественно от 0 до 4 баллов (0 – отсутствует, 1 – присутствуют мысли о бессмысленности жизни, либо о возможности лишиться себя жизни, 2 – желание умереть, 3 – суицидальные планы или предпринимаемые действия, 4 – попытка суицида). Баллы HRSD высоко

коррелировали с баллами других опросников, оценивающих риск суицида: Опросник Суицидального Мышления для Взрослых (Adult Suicide Ideation Questionnaire; ASIQ) (W. M. Reynolds, 1991) [35], Шкала Суицидального Мышления (SSI) [19], Опросник Депрессии Бека (BDI) [11]). В проспективном исследовании [36], исследовавшем предикторную валидность HRSD, показано, что пациенты, насчитывавшие 2 и более баллов по данной шкале имели в 4,9 раз (95% ДИ: 2,7–9,0) большую вероятность совершить суицид, чем остальные пациенты.

Опросник Депрессии Бека (пункт суицидальность) (Beck Depression Inventory, Suicide Item; BDI). Обе версии шкалы – Beck Depression Inventory (BDI) (A. Beck et al., 1988) [7] и Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (A. Beck et al., 1996) [10] представляют собой опросники, состоящие из 21 пункта, оцениваемые самим респондентом по 4-х балльной шкале: 1 балл («у меня нет мыслей убить себя»), 2 балла («у меня есть такие мысли, но я бы не смог их осуществить»), 3 балла («я бы хотел убить себя») и 4 балла («я бы убил себя, если бы имел возможность»). Пункт суицидальность BDI показал умеренную корреляцию ($r = 0,56-0,58$) с баллами Шкалы Суицидального Мышления Бека (BSSI) [9].

В проспективном исследовании предикторной валидности данного пункта BDI для оценки риска суицида, проведенном на выборке пациентов амбулаторной психиатрической службы, показано, что пациенты, насчитывавшие 2 балла и более, имели в 6,9 раз большую вероятность совершения суицида (95% ДИ: 3,7–12,6) по сравнению с остальными пациентами [23].

Опросник Симптомы Безнадежности и Депрессии (Hopelessness Depression Symptom Questionnaire, HDSQ) (G. Metalsky & T. Joiner, 1997) [33] содержит 32 пункта, позволяющих оценить выраженность симптомов безнадежности и депрессии от 0 до 3 баллов и включает 8 субшкал: недостаток мотивации, зависимость от межличностных отношений, психомоторная заторможенность, анергия, апатия/ангедония, бессонница, трудности связанные с концентрацией внимания и суицидальность. Шкала показала высокие значения внутренней согласованности (для субшкалы суицидальность коэффициент $\alpha = 0,86-0,01$ [25], для других субшкал коэффициент $\alpha = 0,70-0,86$ [33]), что говорит о хорошей ее надежности. Кроме того, для HDSQ показана хорошая валидность. Так, факторный анализ позволил выявить 8 факторов, проявивших высокое соответствие симптомам безнадежности и депрессии ($r = 0,986$) [33].

Среди других шкал, позволяющих оценить суицидальность «в комплексе» с симптомами депрессии, можно назвать **Опросник Симптомы Депрессии (субшкала суицидальности) (Depression Symptom Inventory; DSI-SS)** (T. Joiner et al., 2002) [26]. Шкала состоит из 4-х пунктов, каждый из которых позволяет оценить частоту и интенсивность суицидальных мыслей и импульсивных действий в последние 2 недели от 0 до 3-х баллов; таким образом, общий балл колеблется от 0 до 12. «Порогом» суицидального риска принято считать 3 балла. В исследовании T. Joiner с соавт. [26] выявлено, что среди 2000 австралийских молодых людей большинство (73,8%) имело 0 баллов по шкале DSI-SS, т. е. не имели риска суицида. Валидность шкалы была доказана путем

факторного анализа, выявившего всего один фактор; кроме того, общий балл DSI-SS проявил умеренную корреляцию с выраженностью депрессии ($r = 0,6$). Также показано, что пациенты, предъявляющие врачу общей практики преимущественно жалобы психологического характера, имели достоверно большее количество баллов по данной шкале, чем пациенты, жалующиеся на физические симптомы [26]. Данный опросник оценивается в качестве идеального инструмента оценки риска суицида для амбулаторных пациентов [31].

Опросник отношения к жизни (Life Attitudes Schedule; LAS) (P. Lewinsohn et al., 1996) [44] содержит 96 высказываний, оценка которых респондентом производится в формате «правда» – «не правда». LAS содержит 4 поведенческие субшкалы: отношение к смерти, отношение к здоровью, отношение к самоповреждению и отношение к себе. Максимальный общий балл может составлять 96, при этом «порог» суицидального риска достигается после 10 баллов. Укороченный вариант, применяемый преимущественно для категории школьников, содержит 24 пункта (LAS-HS). Для шкалы подтверждена хорошая внутренняя согласованность (коэффициент $\alpha = 0,72-0,97$), значительная тест-ретест корреляция в течение месяца [44]. О валидности опросника свидетельствует тот факт, что общий балл LAS проявил корреляцию с числом намеренных самоповреждений и суицидальных попыток в анамнезе [44]. Недостатками опросника являются большое количество вопросов, формат «правда» – «неправда»; некоторые авторы отмечают, что шкала имеет в большей степени теоретическое, чем прикладное значение [31].

Таким образом, вне зависимости от того, какие диагностические психометрические инструменты (шкалы) для оценки риска суицида будут использоваться в практическом здравоохранении, их применение рекомендуется для вычленения из общего массива пациентов общемедицинской и психиатрической сети системы здравоохранения контингента с потенциально высоким риском совершения суицидальных актов с целью их своевременного включения в антисуицидальные программы и оказания специализированной медико-психологической и реабилитационной помощи и профилактики вследствие этого вероятного самопокушения на собственную жизнь.

Литература

1. Ласый, Е. В. Оценка Суицидального риска и профилактика суицидального поведения. Инструкция по применению (для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, психологов здравоохранения) / Е. В. Ласый, И. И. Хвостова. – Минск, 2009.
2. Addis, M. Predicting suicidal behavior: Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire / M. Addis, M. M. Linehan // Poster presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. – Washington DC., 1989.
3. Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center / D. A. Jobes [et al.] // J. Couns. Psychol. – 1997. – Vol. 44 (4). – P. 368–377.
4. Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders / M. Pompili [et al.] // Exp. Rev. Neurother. – 2009. – Vol. 9 (1). – P. 109–136.

5. Beck, A. T. Development of suicidal intent scales / A. T. Beck, D. Schuyler, I. Herman // *The prediction of suicide* / A. T. Beck, H. L. P. Resaik, D. J. Lettice (Eds.). – Bowie, MD: Charles Press, 1974.
6. Beck, A. T. Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicide Ideation / A. T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1979. – Vol. 47 (2). – P. 343–352.
7. Beck, A. T. Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version // A. T. Beck, R. Steer, W. Ranieri // *J. Clin. Psychol.* – 1988. – Vol. 44. – P. 499–505.
8. Beck, A. T. Manual for the Beck Hopelessness Scale / A. T. Beck, R. A. Steer. – San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1988.
9. Beck, A. T. Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation / A. T. Beck, R. A. Steer. – San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1991.
10. Beck, A. T. Manual for the Beck Depression Inventory-II / A. T. Beck, R. A. Steer, G. K. Brown. – San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
11. Beck, A. T. Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients / A. T. Beck, G. K. Brown, R. A. Steer // *Behav. Res. Ther.* – 1997. – Vol. 35 (11). – P. 1039–1046.
12. Classification trees distinguish suicide attempters in major psychiatric disorders: a model of clinical decision making / J. J. Mann [et al.] // *J. Clin. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 69 (1). – P. 23–31.
13. Clum, G. A. Validity and reactivity of a system of self-monitoring suicide ideation / G. A. Clum, L. Curtin // *J. Psychopathol. Behav. Asses.* – 1993. – Vol. 15 (4). – P. 375–385.
14. Cognitive variables related to suicidal contemplation in adolescents with implications for long-range prevention / P. J. Woods [et al.] // *J. Rat. Emot. Cogn. Behav. Ther.* – 1991. – Vol. 9. – P. 215–245.
15. Cooper-Patrick, L. Identifying suicidal ideation in general medical patients / L. Cooper-Patrick, R. M. Crum, D. E. Ford // *J. Am. Med. Assoc.* – 1994. – Vol. 272 (22). – P. 1757–1762.
16. Cull, J. G. Suicide Probability Scale Manual / J. G. Cull, W. S. Gill. – Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.
17. Daigle, M. S. MMPI inmate profiles: suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls / M. S. Daigle // *Behav. Scien. Law.* – 2004. – Vol. 22 (6). – P. 833–842.
18. Eddins, C. L. Do you see what I see? Patient and clinician perceptions of underlying dimensions of suicidality / C. L. Eddins, D. A. Jobes // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1994. – Vol. 24. – P. 170–173.
19. Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results / M. D. Rudd [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1996. – Vol. 64. – P. 179–190.
20. Farberow, N. L. An item differentiation analysis of MMPIs of suicidal neuropsychiatric hospital patients / N. L. Farberow, A. G. Devries // *Psychol. Repor.* – 1967. – Vol. 20. – P. 607–617.
21. Gregory, K. Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults / K. Gregory, Ph. D. Brown // Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania – Pennsylvania, PA: Charles Press, 2003. – 57 p.
22. Hamilton, M. A rating scale for depression / M. Hamilton // *J. Neurol. Neuros. Psychiatry.* – 1960. – Vol. 23. – P. 56–62.
23. Hawton, K. Assessment of suicide risk / M. Hamilton // *Brit. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 150. – P. 145–153.
24. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression / A. T. Beck [et al.] // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1993. – Vol. 23. – P. 139–145.
25. Joiner, T. E. Negative attributional style for interpersonal events and the occurrence of severe interpersonal disruptions as predictors of self-reported suicidal ideation / T. E. Joiner, M. Rudd // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1995. – Vol. 25. – P. 297–304.
26. Joiner, T. E. A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: Reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project / T. E. Joiner, J. Pfaff, J. Acres // *Behavi. Res. Ther.* – 2002. – Vol. 40. – P. 471–481.
27. Juhnke, G. E. SAD PERSONS scale review / G. E. Juhnke // *Meas. Eval. Couns. Devel.* – 1994. – Vol. 27. – P. 325–328.
28. Linehan, M. M. Suicidal behaviors questionnaire / M. M. Linehan // Unpublished inventory, University of Washington. – Seattle, Washington, 1981.
29. Linehan, M. M. Suicide Intent Scale: Self-Report Form / M. M. Linehan // Unpublished inventory, University of Washington. – Seattle, Washington, 1982.
30. Linehan, M. M. Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) / M. M. Linehan // Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Washington. – Seattle, WA, 1996.
31. Lillian, M. The Family of Instruments That Assess Suicide Risk / M. Lillian, L. Range // *J. Psychopathol. Behav. Asses.* – 2005. – Vol. 27, No. 2.
32. Meneese, W. B. Correlates of suicidal ideation among rural adolescents / W. B. Meneese, B. A. Yutrzenka // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1990. – Vol. 20. – P. 206–212.
33. Metalsky, G. The Hopelessness Depression Symptom Questionnaire / G. Metalsky, T. Joiner // *Cogn. Ther. Res.* – 1997. – Vol. 21. – P. 359–384.
34. Range, L. M. Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations / L. M. Range, E. C. Knott // *Death Studies.* – 1997. – Vol. 21. – P. 25–58.
35. Reynolds, W. M. Adult Suicide Ideation Questionnaire: Professional manual / W. M. Reynolds. – Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1991.
36. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study / G. K. Brown [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2000. – Vol. 68. – P. 371–377.
37. Rudd, M. D. The prevalence of suicidal ideation among college students / M. D. Rudd // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1989. – Vol. 19 (2). – P. 173–183.
38. Shea, S. The practical art of suicide assessment / S. Shea. – New York: Wiley, 1999.
39. Social problem solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients / T. J. D'Zurilla [et al.] // *J. Clin. Psychol.* – 1998. – Vol. 54. – P. 1091–1107.
40. Suicidal feelings in the general population: A prevalence study / E. S. Paykel [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 1974. – Vol. 124. – P. 460–469.
41. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder / T. P. Sokero [et al.] // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64. – P. 1094–1100.
42. Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients / A. T. Beck [et al.] // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1999. – Vol. 29. – P. 1–9.
43. Suicide prevention strategies: a systematic review / J. J. Mann [et al.] // *JAMA.* – 2005. – Vol. 294. – P. 2064–2074.
44. The Life Attitudes Schedule: A scale to assess adolescent life-enhancing and life-threatening behavior / P. Lewinsohn [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 181–189.
45. The Modified Scale for Suicide Ideation: Reliability and validity / I. Miller [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1986. – Vol. 54. – P. 724–725.
46. The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and validation / A. Osman [et al.] // *Psychol. Repor.* – 1998. – Vol. 82. – P. 783–793.
47. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients / J. J. Mann [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 156. – P. 181–189.
48. WHO mortality database. <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/>.

Поступила 14.03.2014 г.