

АДАПТАЦИЯ «ОПРОСНИКА СУИЦИДАЛЬНОГО КРИЗИСА» (SCI-2) НА РОССИЙСКОЙ ИНТЕРНЕТ-ВЫБОРКЕ ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ COVID-19

*К.А. Чистопольская, М.Л. Rogers, С.Н. Ениколопов, Е.Л. Николаев,
Н.А. Кравцова, В.С. Садовнича, С.Э. Дровосеков*

ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» ДЗМ, г. Москва, Россия
Медицинский центр «Mount Sinai Beth Israel», Нью-Йорк, США
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Владивосток, Россия
ФГБОУ ВО «Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия
ГБОУ «СОШ № 619», г. Санкт-Петербург, Россия

ADAPTATION OF THE SUICIDE CRISIS INVENTORY (SCI-2) IN A RUSSIAN INTERNET SAMPLE DURING THE COVID-19 EPIDEMIC

*K.A. Chistopolskaya, M.L. Rogers,
S.N. Enikolopov, E.L. Nikolaev,
N.A. Kravtsova, V.S. Sadovnichaya,
S.E. Drovosekov*

Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia
Mount Sinai Beth Israel, New York, USA
Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
Secondary General School no. 619, Saint-Petersburg, Russia

Информация об авторах:

Чистопольская Ксения Анатольевна – клинический психолог (SPIN-код: 3641-3550; Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Место работы и должность: медицинский психолог Психиатрического отделения №2 ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» ДЗМ. Адрес: Россия, 129327, г. Москва, ул. Ленская, 15. Электронный адрес: ktchist@gmail.com

Rogers Megan L. – кандидат психологических наук (Researcher ID: AAC-1894-2021; ORCID iD: 0000-0002-4969-7035). Место работы и должность: Постдок, Медицинский центр Маунт-Синай. Адрес: 1-9 Nathan D Perlman Place, Нью-Йорк, 10003, США. Электронный адрес: megan.l.rogers4@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор (SPIN-код: 6911-9855; Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34. Электронный адрес: enikolopov@mail.ru

Николаев Евгений Львович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6574-0189; Researcher ID: P-8907-2016; ORCID iD: 0000-0001-8976-715X). Место работы и должность: заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, д. 15. Электронный адрес: pzdorovie@bk.ru

Кравцова Наталья Александровна – доктор психологических наук, доцент (SPIN-код: 5518-0541; Researcher ID: F-4465-2019; ORCID iD: 0000-0003-2841-4144). Место работы и должность: заведующая кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток, Россия. Адрес: Россия, 690002, Владивосток, пр. Острякова, 2. Электронный адрес: kranatali@yandex.ru

Садовнича Вероника Сергеевна – клинический психолог (SPIN-код: 6775-7202; Researcher ID: AAC-1598-2021; ORCID iD: 0000-0002-3244-658X). Место работы и должность: студентка факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова». Адрес: Россия, 125009, г. Москва, ул. Моховая, 11, стр. 9. Электронный адрес: veronika.sadovnichaya13@gmail.com

Дровосеков Сергей Эдуардович – психолог (SPIN-код: 2723-2966; Researcher ID: AAG-8704-2020; ORCID iD: 0000-0002-6739-4804). Место работы и должность: педагог-психолог ГБОУ СОШ № 619. Адрес: Россия, 195265, г. Санкт-Петербург, ул. Черкасова, 7, корп. 2. Электронный адрес: sergo.nevsky@yandex.ru

Information about the authors:

Chistopolskaya Ksenia A. – clinical psychologist (Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Place of work and position: clinical psychologist Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital. Address: Russia, 129327, Moscow, Lenskaya st., 15. Email: ktchist@gmail.com

Rogers Megan L. – PhD in Clinical Psychology (Researcher ID: AAC-1894-2021; ORCID iD: 0000-0002-4969-7035). Place of work and position: Postdoctoral Fellow, Mount Sinai Beth Israel. Address: 1-9 Nathan D Perlman Place, New York, New York, 10003, USA. Email: megan.l.rogers4@gmail.com

Enikolopov Sergey N. – PhD in Clinical Psychology, Professor (Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Place of work and position: head of clinical psychology department, Mental Health Research Centre. Address: Russia, 115522, Moscow, Kashirskoe highway, 34. Email: enikolopov@mail.ru

Nikolaev Evgeni L. – DSc in Medicine, Professor (Researcher ID: P-8907-2016; ORCID iD: 0000-0001-8976-715X). Place of work and position: Head of the Chair of Social and Clinical psychology, Ulianov Chuvash State University. Address: Russia, 428015, Cheboksary, Moskovsky prospect, 15. Email: pzdorovie@bk.ru

Kravtsova Natalia A. – DSc in Psychology, Associated Professor (Researcher ID: F-4465-2019; ORCID iD: 0000-0003-2841-4144). Place of work and position: head of clinical psychology department, Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia. Address: Russia, 690002, Vladivostok, prospect Ostryakova, 2. Email: kranatali@yandex.ru

Sadovnichaya Veronika S. – psychology student (Researcher ID: AAC-1598-2021; ORCID iD: 0000-0002-3244-658X). Place of study: Student, Psychology Department, Lomonosov Moscow State University. Address: Russia, 125009, Moscow, Mokhovaya st., 11/9. Email: veronika.sadovnichaya13@gmail.com

Drovoisekov Sergei E. – psychologist (Researcher ID: AAG-8704-2020; ORCID iD: 0000-0002-6739-4804). Place of work and position: pedagogue-psychologist, Secondary General School no. 619. Address: Russia, 195265, Saint Petersburg, ul. Cherkasova, 7, build. 2. Email: sergo.nevsky@yandex.ru

В статье представлена новая диагностическая категория, синдром суицидального кризиса (ССК), предложенная в следующую версию диагностического и статистического руководства по психиатрии (DSM). *Цель исследования:* адаптация «Опросника суицидального кризиса» (ОСК) на российской выборке. *Участники:* было использовано 618 ответов на интернет-исследование, проходившее с 16 июня 2020 года по 26 апреля 2021 года. *Возраст участников:* от 18 до 99 лет ($M=26,9$; $SD=12,8$). *Пол:* 451 женщина (74,2%), 135 мужчин (22,2%), 32 участника (3,6%) предпочли не отвечать или указали иную гендерную идентичность. *Методики:* «Опросник суицидального кризиса», «Опросник суицидального нарратива», «Опросник стрессовых событий», «Колумбийская шкала самоотчёта оценки суицидальной тяжести», ответы на вопросы о суицидальных действиях. *Результаты:* конфирматорный факторный анализ подтвердил пятифакторную ($\chi^2[1420]=5003,56$; $p<0,001$; CFI=0,99; TLI=0,99; RMSEA=0,07; SRMR=0,06) и однофакторную ($\chi^2[1430]=9847,34$; $p<0,001$; CFI=0,98; TLI=0,98; RMSEA=0,10; SRMR=0,07) структуру опросника, отдав предпочтение пятифакторной модели ($\Delta\chi^2[10]=4843,78$; $p<0,001$). На основе ретроспективных данных (самоотчёты респондентов о суицидальных попытках за последний месяц) ОСК показал хорошую диагностическую точность (AUC=0,85; 95% CI [0,72; 0,97]). Был выделен пороговый балл (80), который свидетельствует о наличии актуального суицидального риска. *Выводы:* адаптация «Опросника суицидального кризиса» прошла хорошо, инструмент готов к использованию в рамках стационарных и популяционных исследований.

Ключевые слова: суицид, суицидальная идеация, синдром суицидального кризиса, опросник суицидального кризиса, модель нарративного суицидального кризиса, COVID-19

Феномен суицида представляет собой проблему здравоохранения во всём мире [1], и пандемия COVID-19 усугубляет эту ситуацию [2, 3, 4]. Так, российские исследования показывают, что на фоне эпидемии наблюдается рост числа суицидальных идеаций [5], отчасти вызванный усугублением чувства одиночества в периоды самоизоляции [6].

Диагностика краткосрочных рисков суицида на сегодняшний день затруднена, так как в общепринятой практике специалисты опираются преимущественно на сообщение человеком суицидальных мыслей, хотя исследования показывают, что вероятность ложноотрицательных ответов на вопрос о наличии суицидальных мыслей составляет около 60% и доходит до 80% в неклинической популяции [7]. Это происходит по разным причинам: во-первых, суицид может случиться нежизненно.

The phenomenon of suicide poses a mental health problem around the world [1], and COVID-19 pandemic worsens this situation [2-4]. For example, Russian studies show an increase in suicidal ideation during the epidemic [5], partly provoked by an amplified feeling of loneliness in periods of lockdown [6].

Nowadays, diagnostics of short-term suicide risks is insufficient, as it is a common practice to rely primarily on self-reports of suicidal ideation, though research shows that the probability of false negative answers about suicidal thoughts is approximately 60% and reaches 80% in non-clinical population [7]. This is due to various reasons: first-

данно для самого человека, и суицидальные мысли возникают за несколько мгновений до совершения суицидальных действий (импульсивные суициды); во-вторых, человек может скрывать суицидальную идеацию, поскольку не желает сталкиваться с психиатрической системой, чувствует стыд, не верит, что ему могут помочь, или потому что намерен выполнить задуманное [8, 9]. Кроме того, существует проблема определения острого суицидального кризиса в популяции пациентов с изначальным суицидальным риском: сообщение или несообщение о суицидальной идеации оказывается недостаточным критерием для принятия клинических решений [10].

По сравнению с этим, новая диагностическая единица, синдром суицидального кризиса (ССК), предложенная И. Галынкером [11], способна помочь клиницисту в распознавании острого суицидального состояния пациента, а опросник самоотчёта, составленный с учётом главных симптомов этого синдрома, может применяться для различных клинических задач: диагностики, самодиагностики, научных исследований. Важная отличительная черта этого синдрома – суицидальная идеация не является его обязательным компонентом. Этим ССК отличается от другой концептуализации острого суицидального кризиса – острого суицидального аффективного расстройства (*acute suicidal affective disturbance, ASAD*), диагностической категории, предложенной группой Т. Джойнера [12].

ССК был сформулирован на основе исследований суицидального триггерного состояния, для определения которого была создана Шкала суицидальных триггеров (*suicide trigger scale*) [10, 13, 14]. Изначально в шкалу входили 2 субшкалы: шкала предпсихотической соматизации и руминативного затопления, и шкала отчаянной безнадёжности. Предполагалось, что мысли о смерти у таких пациентов могут быть эго-дистонными и выражаться, в том числе, в панических атаках. Исследование показало, что повышенные (90-й перцентиль), а также чрезмерно пониженные баллы (10-й перцентиль) по опроснику перед выпиской предсказывали последующие суицидальные попытки в течение 1-2 месяцев, и предположительно формировали группы импульсивных и спланированных суицидальных попыток [10].

В настоящее время ССК состоит из 5 компонентов, разделённых на два критерия. В критерий А входит чувство западни или жизненного тупика, безысходности («отчаянная безнадёжность»), острое желание избежать непереносимой ситуации, а критерий Б сочетает в себе аффективные нарушения, потерю когнитивного контроля, перевозбуждение и социальное отчуждение.

ly, suicide may occur unexpectedly even for the person at risk, and suicidal thoughts become conscious in few moments before the suicidal actions (*impulsive suicides*); secondly, a person may conceal suicidal ideation, not wanting to contact mental health services, experiencing shame, not believing that they can be helped, or because they intend to fulfill their plans [8; 9]. Besides, there is a problem of identifying acute suicidal risk in a population of inpatients with baseline suicidality: a report or non-report of suicidal ideation becomes an insufficient criterion for clinical decision-making [10].

In contrast to that, a new diagnostic category, *Suicide Crisis Syndrome (SCS)*, proposed by I. Galynker [11], can help a clinician to detect acute suicidal state, and a self-report questionnaire, composed with consideration of the main symptoms of the syndrome, may be used for various clinical and scientific purposes, such as diagnostics, self-diagnostics, and research. An important distinguishing feature of this syndrome is that suicidal ideation is not considered an obligatory component of it. In this, SCS differs from another conceptualization of an acute suicide crisis – *Acute Suicidal Affective Disturbance, ASAD*, a diagnostic category, proposed by T. Joiner team [12].

SCS was formulated during the research on suicide trigger state, which was studied with the *Suicide Trigger Scale* [10; 13; 14]. At first, the scale had two subscales: *near-psychotic somatization and ruminative flooding*, and *frantic hopelessness*. It was supposed that death thoughts in such patients could be ego-dystonic and manifest in panic attacks. Studies showed that elevated (90th percentile), as well as excessively lowered scores (10th percentile) on the STS before the discharge predicted suicide attempts during next 1-2 months, and presumably formed groups of impulsive and planned suicide attempts [10].

Currently, SCS consists of 5 components, combined into 2 criteria. Criterion A is presented by entrapment ('frantic hopelessness') and acute need to es-

Предполагается, что такое состояние пациента представляет риск суицидальных действий от нескольких часов до месяца [15]. Данная концептуализация была предложена в следующую версию диагностического и статистического руководства по психиатрии (DSM) [11]. Все 5 компонентов должны присутствовать для постановки диагноза.

Обзор литературы показал [16], что для данного состояния могут быть характерны многочисленные психофизиологические сдвиги. Нарушения работы гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и уровня кортизола могут быть характерны для чувства загнанности и переживания тупика. Для аффективных нарушений и переживаний душевной боли свойственны изменения в дофаминэргической системе и выработке эндогенных опиоидов. Потеря когнитивного контроля является следствием ослабления исполнительных функций, внимания и принятия решений. Сверхбдительность (перевозбуждение) связана с нарушениями регуляции автономной нервной системы, что можно обнаружить при измерении вариабельности сердечного ритма и кожно - гальванической реакции. Социальное отчуждение может проявляться в снижении уровня окситоцина. Все это также свидетельствует в пользу выделения отдельной диагностической категории.

ССК – последняя ступень Модели нарративного суицидального кризиса. Ему предшествуют часто встречающиеся у суицидентов черты личности и уязвимости (например, импульсивность, перфекционизм, наличие детской травмы и ненадёжного стиля привязанности), которые под воздействием стрессового события преобразуются в суицидальный нарратив (ощущение тупика, чувство личного поражения, воспринимаемая обременительность себя для близких, нарушенная принадлежность, унижение, неспособность переключаться с недостижимых целей на достижимые) и в итоге приводят синдрому острого суицидального кризиса [17, 18, 19].

Исследование

Наше исследование было проведено в течение первого года обнаружения COVID-19 в мире и на территории России, с 16 июня 2020 г. по 26 апреля 2021 г., как часть крупного международного исследования суицидального риска в период пандемии COVID-19. Одна из целей исследования заключалась в адаптации методик, которые отражают модель нарративного суицидального кризиса, точнее, две её главные составляющие: опросники суицидального нарратива и суицидального кризиса.

В данной статье изложены результаты адаптации «Опросника суицидального кризиса» (Suicidal Crisis

cape unbearable situation, while Criterion B combines affective disturbances, loss of cognitive control, hyperarousal, and social withdrawal. It is assumed that such a state in an inpatient poses a risk of suicidal actions from several hours to a month [15]. This conceptualization was proposed for the next version of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) [11]. All 5 components must be present for establishing this diagnosis.

Literature review [16] showed that various psychophysiological changes might accompany this state. Disturbances in the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and cortisol levels may be characteristic of the experience of entrapment. Affective disturbances and psychache may be mediated by changes in dopaminergic circuits and reward / anti-reward systems with production of endogenous opioids. Loss of cognitive control may be linked to weakened executive function, attention, and decision-making. Hypervigilance (hyperarousal) may be associated with autonomic dysregulation, which can be registered by heart rate variability and galvanic skin response. Social withdrawal may manifest itself in lowered oxytocin levels. All this also speaks for establishing a new diagnostic category.

SCS is the last step of the Narrative-Crisis Model of Suicide. It is preceded by the personality traits and vulnerabilities that are often present in suicidal persons (such as impulsivity, perfectionism, childhood trauma and insecure attachment), which, under the influence of a stressful life event, are transformed into suicidal narrative (entrapment, feeling of personal defeat, perceived burdensomeness, thwarted belongingness, humiliation, inability to disengage from unattainable goals and reengage in attainable goals), and in the end lead to Suicide Crisis Syndrome [17-19].

The Study

Our study was conducted during the first year of COVID-19 pandemic in the world and in Russia, from June 16, 2020 to April 26, 2021, as a part of a larger international survey on suicide risk dur-

Inventory-2 [20]). Гипотезы исследования: русская версия «Опросника суицидального кризиса» покажет хорошее соответствие пяти- и однофакторной модели, то есть обнаружит чёткое разделение на пять симптомов, которые составляют единый синдром. Кроме того, его субшкалы также будут верно коррелировать с главными компонентами нарративной модели суицидального кризиса, а также с суицидальными мыслями и действиями (на протяжении последнего месяца – больше, в течение жизни – меньше).

Материалы и методы

Характеристика выборки

Исследование проводилось с 16 июня 2020 года по 26 апреля 2021 года, за все время в нём приняли участие 1068 человек, однако полностью прошли опрос 618 человек (57,9%), что отчасти связано с его трудоёмкостью. Среднее время заполнения составляло 51 минуту.

Возраст участников – от 18 до 99 лет ($M=26,9$; $SD=12,8$). Женщин было большинство – 74,2% ($n=451$), мужчин – 22,2% ($n=135$), трансгендеров – 1,9% ($n=12$), отказались отвечать на вопрос о половой принадлежности – 1,7% ($n=10$), ещё 10 человек пропустили этот вопрос, так как он не являлся обязательным. По регионам страны респонденты распределились следующим образом: из Чувашской республики опрос полностью заполнили 245 человек (39,6%), Москвы и Московской области – 139 (22,5%), Приморья – 72 (11,7%), Санкт-Петербурга и Ленинградской области – 26 (4,2%), остальные 22% пришлось на другие регионы России.

Опросники

1. «Опросник суицидального кризиса» (ОСК) – в окончательной англоязычной версии опросник состоит из 61 пункта и 5 субшкал, оцениваемых по 5-балльной шкале ликертовского типа (от 0 – «совсем нет», до 4 – «крайне выражено») с предваряющей фразой «Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о том, как вы чувствовали себя в течение последней недели. В течение этого времени, когда вы чувствовали себя хуже всего...» [20]. Опросник был переведён профессиональным психологом - переводчиком, результат был отредактирован носителем английского и русского языка из команды авторов методики.

Субшкалы:

– Чувство западни (10 пунктов, пример: «Вы чувствовали, что выхода нет?»).

– Аффективные нарушения (18 пунктов), включая тематические вопросы, посвященные *душевной боли* (5 пунктов, пример: «Вы ощущали неотступную, мучительную душевную боль?»); *резким всплескам негативных эмоций* (2 пункта, пример: «Вы чувствовали необы-

ing COVID-19. One of the objectives of the study was to adapt the questionnaires that capture the Narrative-Crisis Model of Suicide, or, specifically, its two main components: Suicidal Narrative Inventory, and Suicide Crisis Inventory-2. The article presents the results of adaptation of Suicide Crisis Inventory-2 [20]. We hypothesize that the Russian version of Suicide Crisis Inventory-2 will show good fit to 5- and 1-factor models, i.e. will clearly distinguish 5 symptoms, which comprise a single syndrome. Besides, its subscales will correlate accordingly to the main components of Narrative-Crisis Model of Suicide, as well as with suicidal ideation and actions (higher with past month ideation and actions, lower with lifetime ideation and actions).

Materials and Methods

Characteristics of the Sample

The study was conducted from June 16, 2020 to April 26, 2021, during this period 1068 people took part in the study, but full responses were registered for 618 persons (57.9% response rate), in part, it was due to laboriousness of the survey. Mean response time was 51 minutes.

Age of the respondents differed from 18 to 99 ($M = 26.9$; $SD = 12.8$). The majority were females (451, 74.2%), there were 135 males (22.2%), 12 transgender persons (1.9%), 10 people refused to answer the question about gender (1.7%), and 10 people omitted this question as it was not obligatory. In Chuvash Republic, 245 respondents (39.6%) answered the survey in full, in Moscow and Moscow Region, 139 respondents (22.5%), in Primorie, 72 respondents (11.7%), in Saint Petersburg and Leningrad Region, 26 people (4.2%), other 22% were distributed among other regions of Russia.

Instruments

1. Suicide Crisis Inventory (SCI-2): in its current English version the inventory consists of 61 items, comprising 5 subscales, which are estimated by a 5-point Likert-type scale (from 0 – *not at all* to 4 – *extremely*) with the entering phrase *Please answer the following questions about the way you were feel-*

чайно сильные или крайне негативные эмоции или перепады настроения, связанные с представлениями о себе?»; *острой тревоге* (7 пунктов, пример: «Вы чувствовали, как кровь пульсирует в ваших венах?»); *острой ангедонии* (4 пункта, пример: «Вы чувствовали, что потеряли интерес к другим людям?»).

– Потеря когнитивного контроля (15 пунктов), включая тематические вопросы, посвящённые *руминации* (4 пункта, пример: «Вам докучали бессмысленные мысли?»); *когнитивной ригидности* (4 пункта, пример: «Вы чувствовали, что можете передумать после того, как уже пришли к какому-то решению?» (обратный вопрос)); *руминативному затоплению* (4 пункта, пример: «Вы замечали сниженную способность мыслить, сосредотачиваться или принимать решения, вследствие чрезмерного количества мыслей?»); *нарушению механизма вытеснения мыслей* (3 пункта, пример: «Вы хотели, чтобы беспокоящие вас мысли прекратились, но они не уходили?»).

– перевозбуждение (13 пунктов), включая тематические вопросы, посвящённые *ажитации* (5 пунктов, пример: «Вы чувствовали сильные эмоции, которые вызывали неприятные ощущения в животе?»); *сверхбдительности* (3 пункта, пример: «Вам казалось, что если вы не будете бдительным (-ой), случится что-то плохое?»); *раздражительности* (2 пункта, пример: «У вас наблюдались вспышки гнева, которые вы не могли контролировать?»); *бессоннице* (2 пункта, пример: «Вы просыпались уставшим и не отдохнувшим?»).

– Социальное отчуждение (5 пунктов, пример: «Вы отталкивали людей, которые заботятся о вас?»).

2. «Опросник суицидального нарратива» (ОСН) – шкала, состоящая из 38 пунктов, которые оцениваются по 5-балльной шкале ликертовского типа (от 1 – «абсолютно неверно», до 5 – «крайне верно»), включает 8 субшкал в соответствии с ведущими теориями суицидального риска, в том числе Модели нарративного суицидального кризиса. Субшкалы: «Воспринимаемая обременительность», «Нарушенная принадлежность», «Перфекционизм», «Отказ от цели», «Смена цели», «Поражение», «Западня», «Страх унижения» [17, 19].

3. «Опросник стрессовых событий» (ОСС) – опросник из 21 пункта, на которые предполагается ответ «да/нет», с вводным предложением «Случались ли с вами в последнее время следующие события?» Необходимо было указывать события, произошедшие на *последней неделе* и *за последние 3 месяца*, при этом ответы не должны пересекаться (если что-то случилось на последней неделе, не следовало включать это в последние три месяца, и наоборот – указание об этом давалось

ing over the last several days. During this time when you were feeling your worst... [20].

A professional psychologist-translator translated the inventory, and a native English and Russian speaker (bilingual person) from the team of the developers of the scale edited the translation and produced the final version. Subscales are:

– Entrapment (10 items, ex.: *Did you feel there was no exit?*).

– Affective Disturbances (18 items), including thematic questions about *psychache* (5 items, ex.: *Did you feel relentless, agonizing emotional pain?*); *rapid spikes of negative emotions* (2 items, ex.: *Did you feel any unusually intense or deep negative feelings or mood swings directed towards someone else?*); *acute anxiety* (7 items, ex.: *Did you feel blood rushing through your veins?*); *acute anhedonia* (4 items, ex.: *Did you feel you had lost your interest in other people?*).

– Loss of Cognitive Control (15 items), including thematic questions about *ruminations* (4 items, ex.: *Did you feel bothered by thoughts that did not make sense?*); *cognitive rigidity* (4 items, ex.: *Did you feel you could change your mind once you've come to a conclusion? Reverse-scored*); *ruminative flooding* (4 items, ex.: *Did you have a decreased ability to think, concentrate or make decisions, due to many thoughts?*); *failed thought suppression* (3 items, ex.: *Did you want your troubling thoughts to go away, but they wouldn't?*).

– Hyperarousal (13 items), including thematic questions about *agitation* (5 items, ex.: *Did you feel a lot of emotional turmoil in your gut?*); *hypervigilance* (3 items, ex.: *Did you feel if you didn't stay alert and watchful, something bad would happen?*); *irritability* (2 items, ex.: *Did you feel temper outbursts that you could not control?*); *insomnia* (2 items, ex.: *Did you wake up from sleep tired and not refreshed?*).

– Social Withdrawal (5 items, ex.: *Did you push away people who care about you?*).

респонденту). В стрессовые события входили смерть, серьёзная болезнь или травма близкого человека или питомца, стресс отношений, угроза «Я» (роли или идентичности), угроза «Я» (личной безопасности). Для нужд данного анализа (проверка конвергентной валидности русской версии ОСК) мы использовали общий балл ОСК для последней недели и для последних 3 месяцев.

4. Оценка суицидальной идеации в течение последнего месяца – использовалась Колумбийская шкала самоотчёта оценки суицидальной тяжести [21] из 5 пунктов, предполагавших ответы «да/нет», использовался суммарный балл по шкале.

5. Оценка наличия суицидальных попыток в течение жизни («Вы когда-нибудь пытались покончить с собой?») и в течение последнего месяца («Вы пытались покончить с собой за последний месяц?»), вопросы предполагали ответ «да/нет».

Анализ данных

Вначале данные были проверены с использованием критерия адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина (КМО) [22] и теста сферичности Бартлетта [23], чтобы подтвердить, что данные пригодны для проведения факторного анализа. Затем был проведён подтверждающий факторный анализ для проверки однофакторной и пятифакторной структуры ОСК на соответствие оригинальной английской версии опросника. В однофакторной модели все пункты нагружались на один фактор. В пятифакторной модели пункты распределялись по субшкалам «чувство западни», «аффективные нарушения», «потеря когнитивного контроля», «перевозбуждение», «социальное отчуждение». Поскольку пункты относились к порядковой шкале (ранжировались по пятибалльной шкале ликертовского типа), мы использовали метод взвешенных наименьших квадратов с использованием только диагональных элементов матрицы весов (WLS). Соответствие модели эмпирическим данным оценивалось с помощью статистики хи-квадрат (χ^2), сравнительного индекса согласия Бентлера (CFI), индекса Такера-Льюиса (TLI), корень среднеквадратичной ошибки аппроксимации (RMSEA) и стандартизованного корня среднеквадратичного остатка (SRMR), в соответствии с рекомендациями [24]. Хорошее соответствие модели эмпирическим данным принималось в случае незначимой статистики χ^2 , CFI $\geq 0,95$; TLI $\geq 0,95$; RMSEA $\leq 0,08$ и SRMR $\leq 0,06$. Сравнение однофакторной и пятифакторной моделей подсчитывалось при помощи робастного варианта теста отношения правдоподобий χ^2 -квадрат.

Внутренняя согласованность общего балла по шка-

2. Suicidal Narrative Inventory (SNI) is a scale of 38 items, which are estimated by a 5-point Likert-type scale (from 1 – *absolutely untrue* to 5 – *extremely true*), comprised of 8 subscales, according to the leading theories of suicidal risk, including Narrative-Crisis Model of Suicide. The subscales are Perceived Burdensomeness, Thwarted Belongingness, Perfectionism, Goal Disengagement, Goal Re-Engagement, Defeat, Entrapment, Fear of Humiliation [17; 19].

3. Stressful Life Events Questionnaire (SLE) is a questionnaire of 21 items, which suppose the answer *yes* or *no*, with the entering sentence: *Have any of the following life events below happened to you recently?* It was specified that the events referred to *last week* or *last 3 months*, and the answers should not overlap (if something happened last week, it need not to include it in the last 3 months, end vice versa – it was also clarified for the respondent). The stressful life events included death, grave illness or trauma of one's relative, close person or pet; relationships stress; threat to self (role or identity), threat to self (personal safety). For the purposes of the present analysis (exploration of the convergent validity of the Russian version of SCI-2), we used SLE general score for the last week and for the last 3 months.

4. The assessment of suicidal ideation during the past month: the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, [21]) was used. It consists of 5 items, which suppose answers *yes* or *no*, and the total score was implemented.

5. The assessment of lifetime (*Have you ever attempted suicide / tried to kill yourself?*) and past month suicidal attempts (*Have you attempted suicide / tried to kill yourself in the past month?*) with the answers *yes* or *no*.

Data Analysis

Data were first screened using the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy [22] and Bartlett's test of sphericity [23] to establish that these data were suitable to undergo factor analysis. We then conducted con-

ле ОСК и отдельных субшкал оценивалась с использованием альфы Кронбаха. Конвергентная и текущая валидность с другими шкалами исследовалась с помощью двумерных корреляций между общим баллом ОСК и баллами по субшкалам с другими опросниками.

Наконец, была проанализирована кривая ошибок (ROC) для определения оптимального порогового балла для ОСК на материале сообщений о суицидальных попытках за последний месяц. Была подсчитана площадь под кривой ошибок (AUC) для измерения диагностических характеристик шкалы, оптимальный пороговый балл был определён с помощью максимального значения индекса Юдена, который рассчитывает балл, при котором чувствительность и специфичность шкалы максимальна [25].

Все измерения выполнены в R с помощью пакетов lavaan [26], semTools [27], psych [28], ROCit [29] и OptimalCutoffs [30].

Результаты исследования

Конфирматорный факторный анализ «Опросника суицидального кризиса»

Статистика КМО (0,97) и тест сферичности Барлетта ($\chi^2[1830] = 27205,03; p < 0,001$) показали, что данные имеют достаточно значимых корреляций для использования в факторном анализе. Результаты однофакторного КФА русской версии ОСК показали адекватное, хотя и не вполне оптимальное соответствие модели эмпирическим данным ($\chi^2[1769]=11905,06, p < 0,001; CFI=0,98; TLI=0,98; RMSEA=0,10; SRMR=0,08$). Исследование факторных нагрузок и индексов модификации позволили предположить, что два пункта, оценивающие ангедонию (пункты 56 «Вы находили удовольствие в своих хобби и других занятиях?» и 57 «Вам нравилось проводить время с семьёй или близкими друзьями?», обратные) и четыре пункта, оценивающие когнитивную ригидность (пункты 63 «Вы часто меняли свои решения?», 64 «Вы чувствовали, что можете легко изменить свои решения о жизненной ситуации, которая вас беспокоит?», 65 «Вы чувствовали, что можете передумать после того, как уже пришли к какому-то решению?», обратные, и 66 «Вы чувствовали, что ваши взгляды постоянны на протяжении долгого времени?», прямой) не нагружаются значимо на фактор, как ожидалось, и были удалены. Предположительно, с фактором когнитивной ригидности интерферировала чрезмерная когнитивная лабильность, когда человек в дистрессе слишком часто меняет свои решения и действует хаотически. Что касается пунктов, оценивающих ангедонию, возможно, в интернет-выборке, в отличие от клинической выборки (на которой проводилась разработка англоязычного

firmatory factor analyses (CFAs) to test the proposed one-factor and five-factor structures of the SCI-2 and to examine its consistency with the original English version of the SCI-2. All items were set to load onto a single factor in the one-factor model. In the five-factor model, items were set to load onto their respective subscale factors: entrapment, affective disturbance, loss of cognitive control, hyperarousal, and social withdrawal. Because items were ordinal (i.e., rated on a 5-point Likert-type scale), we utilized diagonally weighted least squares (WLS) estimation. Model fit was evaluated using the chi-square statistic (χ^2), comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI), root mean squared error of approximation (RMSEA), and standardized root mean residual (SRMR), per recommended guidelines [24]. Specifically, good model fit was indicated by a non-significant χ^2 statistic, $CFI \geq .95$, $TLI \geq .95$, $RMSEA \leq .08$, and $SRMR \leq .06$. Comparison of the one-factor and five-factor models was computed using the robust chi-square difference test.

Internal consistency of the SCI-2 total and subscales was assessed using Cronbach's alpha. Convergent and concurrent validity with other related scales was examined by conducting bivariate correlations between the SCI-2 total / subscale scores and all other measures.

Finally, Receiver Operating Characteristics (ROC) analyses were conducted to determine an optimal threshold/cutoff score for the SCI-2 in relation to past-month suicide attempts. Area under the curve (AUC) was calculated to measure diagnostic test performance, and cutoff scores were determined by the maximum Youden's index value, which calculates the value at which the sum of both sensitivity and specificity is maximized [25].

All analyses were conducted in R using the lavaan [26], semTools [27], psych [28], ROCit [29], and OptimalCutoffs [30] packages.

Results

Confirmatory Factor Analysis of the Russian Version of SCI-2

The KMO statistics (.97) and Bart-

опросника), больше доля людей, которые способны отвлечься от кризисных переживаний и вернуться в повседневное функционирование.

Обновленная однофакторная модель показала адекватное соответствие данным ($\chi^2[1430] = 9847,34$; $p < 0,001$; CFI=0,98; TLI=0,98; RMSEA=0,10; SRMR=0,07). Также, результаты пятифакторной модели КФА этой версии ОСК, исключаяющей пункты 56, 57, 63, 64, 65 и 66, показали превосходное соответствие модели эмпирическим данным ($\chi^2[1420] = 5003,56$, $p < 0,001$; CFI=0,99; TLI=0,99; RMSEA=0,07; SRMR=0,06). Сравнение однофакторной и пятифакторной модели показало, что пятифакторная модель демонстрирует лучшее соответствие эмпирическим данным ($\Delta\chi^2[10] = 4843,78$, $p < 0,001$). Это свидетельствует о том, что выделенные факторы-симптомы действительно составляют единый синдром (ССК).

Стандартизированные факторные нагрузки и ковариации между латентными факторами представлены в Таблицах 1 и 2, соответственно. Все пункты показали значимые нагрузки на соответствующие факторы. Все латентные факторы в пятифакторной модели значимо коррелировали друг с другом на уровне $p < 0,001$.

Таблица / Table 1

Стандартизированные факторные нагрузки пунктов окончательной русскоязычной версии «Опросника суицидального кризиса»¹ (55 пунктов) / Standardized factor loadings of the final Russian version of the SCI-2 (55 items)

Фактор Factor	Пункт, № Item, no.	1-факторная модель 1-factor model	5-факторная модель 5-factor model
Чувство западни Entrapment	4	0,81	0,86
	12	0,87	0,92
	13	0,86	0,90
	17	0,72	0,78
	29	0,77	0,82
	30	0,84	0,88
	35	0,86	0,91
	42	0,77	0,82
	44	0,86	0,90
Аффективные нарушения Affective Disturbances	49	0,81	0,86
	5	0,48	0,50
	6	0,54	0,56
	7	0,82	0,84
	9	0,59	0,61
	19	0,85	0,87
	20	0,72	0,83
22	0,64	0,66	

¹ Пункты взяты из расширенного пула вопросов (77 утверждений), в анализе участвовали утверждения, входящие в окончательную версию англоязычного опросника (61 пункт), однако нумерация 77 пунктов была сохранена / Items were drawn from the larger pool of questions (77 items), but only items, which comprised the final version of the English scale, were used for the analysis (61 items), though the numbering of 77 items was saved.

lett's test of sphericity ($\chi^2[1830] = 27205.03$, $p < .001$) each indicated that there were sufficient significant correlations in the data for its use in factor analysis. Results of the one-factor CFA of the Russian version of the SCI-2 resulted in adequate, though less than optimal, model fit ($\chi^2[1769] = 11905.06$, $p < .001$, CFI = .98, TLI = .98, RMSEA = .10, SRMR = .08). Examination of factor loadings and modification indices suggested that two items assessing anhedonia (i.e., Items 56, *Did you find pleasure in your hobbies and pastimes?* and 57, *Did you enjoy being with your family or close friends*, which were each reverse-coded), and four items assessing cognitive rigidity (i.e., Items 63, *Did you often change your mind?* 64, *Did you feel you could easily change your mind over things that bother you?* 65, *Did you feel you could change your mind once you've come to a conclusion?*, which were reverse-coded, and 66, *Did you feel your views were very consistent over time?*, straight), did not significantly load onto the factor as expected; these items were subsequently removed. Supposedly, excessive cognitive lability interfered with the factor of cognitive rigidity, when a person in distress changes his decisions too often and acts chaotically. Concerning items, which measured anhedonia, it was possible that in the internet sample, as opposed to a clinical one (which was used for development of the English version of the inventory), there were more people who were able to distract themselves from crisis and return to everyday functioning.

The revised one-factor model exhibited adequate model fit ($\chi^2[1430] = 9847.34$, $p < .001$, CFI = .98, TLI = .98, RMSEA = .10, SRMR = .07). On the other hand, results of the five-factor CFA of the Russian version of the SCI-2, excluding Items 56, 57, 63, 64, 65, and 66, exhibited excellent model fit ($\chi^2[1420] = 5003.56$, $p < .001$, CFI = .99,

	32	0,61	0,63
	38	0,84	0,87
	41	0,87	0,90
	48	0,81	0,84
	51	0,79	0,82
	52	0,69	0,71
	53	0,80	0,83
	54	0,82	0,84
	55	0,69	0,71
Потеря когнитивного контроля Loss of Cognitive Control	3	0,61	0,66
	8	0,72	0,77
	11	0,81	0,88
	14	0,74	0,80
	24	0,71	0,76
	26	0,66	0,71
	34	0,78	0,84
	39	0,81	0,86
	40	0,84	0,90
	45	0,76	0,82
	47	0,74	0,79
Перевозбуждение Hyperarousal	1	0,59	0,64
	15	0,65	0,71
	58	0,79	0,86
	59	0,71	0,77
	60	0,77	0,83
	61	0,74	0,79
	62	0,70	0,76
	67	0,55	0,60
	68	0,73	0,79
	69	0,55	0,60
	70	0,64	0,69
	71	0,57	0,62
72	0,67	0,73	
Социальное отчуждение Social withdrawal	73	0,60	0,74
	74	0,65	0,80
	75	0,74	0,93
	76	0,78	0,92
	77	0,75	0,88

Внутренняя согласованность общего балла ОСК и субшкал достаточно высока: для общего балла $\alpha=0,97$, по специфическим факторам показатель колеблется от 0,87 до 0,95 (см. Табл. 2 по диагонали).

Конвергентная и текущая валидность «Опросника суицидального кризиса»

Корреляции между субшкалами ОСК (табл. 2) показывают, что наиболее связаны между собой первые четыре субшкалы («чувство западни», «аффективные нарушения», «потеря когнитивного контроля», «перевозбуждение»), шкала «социальное отчуждение» имеет чуть меньшие показатели корреляций, предположительно это связано с тем, что изменения в сфере социального общения вторичны по отношению к психическому состоянию острого суицидального кризиса.

TLI = .99, RMSEA = .07, SRMR = .06). Comparison of the one-factor and five-factor models indicated that the five-factor model demonstrated superior model fit ($\Delta\chi^2[10] = 4843.78, p < .001$). This points to the fact that the extracted factors aka symptoms comprise the single syndrome (SCS).

Standardized factor loadings and covariances among latent factors are presented in Tables 1 and 2, respectively.

All items loaded significantly onto their respective factors. All latent factors in the five-factor model were significantly correlated with each other ($ps < .001$).

Internal consistencies of the SCI-2 total score and its proposed subscales were all good to high: total score ($\alpha = .97$), and the indices for the specific factors ranged from .87 to .95 (Table 2, diagonal).

Correlations between the subscale scores (Table 2) show that the first 4 factors are linked more closely (entrapment, affective disturbances, loss of cognitive control, hyperarousal), while the social withdrawal subscale has somewhat lower correlation coefficients, supposedly, because changes in socializing are secondary to the psychic state of acute suicidal crisis. But, the overall level of correlations are high enough to include this factor into the syndrome (SCS).

Correlations between the SCI-2 total and subscale score with the subscales of Suicidal Narrative Inventory, Stressful Life Events Questionnaire, and the variables ‘past-month suicidal ideation’ and ‘lifetime suicide attempts’, are presented in Table 3.

The total and subscale scores on SCI-2 were positively associated with all the subscales of Suicidal Narrative Inventory, except for perfectionism and goal disengagement. The lack of these correlations corresponds to the results of adaptation of the latter Inventory [19], specifically, the need to work further on aforementioned subscales, or to use full versions of the scales, from which the items were extracted.

Таблица / Table 2

Стандартизованные ковариации между латентными факторами ОСК (в скобках по диагонали – показатели альфы Кронбаха для соответствующих факторов) / Standardized covariances between latent factors of SCI-2 (diagonally in parentheses are the Cronbach's alpha indices for the corresponding factors)

Переменная / Variable	1	2	3	4	5
1. Чувство западни / Entrapment	(0,95)	0,89	0,81	0,78	0,67
2. Аффективные нарушения / Affective Disturbances		(0,91)	0,89	0,89	0,73
3. Потеря когнитивного контроля / Loss of Cognitive Control			(0,93)	0,85	0,65
4. перевозбуждение / Hyperarousal				(0,90)	0,71
5. Социальное отчуждение / Social Withdrawal					(0,87)

Примечание: Все коэффициенты корреляций значимы на уровне $p < 0,001$
 Note: All coefficients are significant at level $p < 0.001$

Однако уровень корреляций достаточно высок, чтобы этот фактор можно было включить в синдром (ССК).

Корреляции между субшкалами и общим баллом ОСК и субшкалами опросников суицидального нарратива, стрессовых событий, переменными «суицидальные мысли на протяжении последнего месяца» и «суицидальные попытки на протяжении жизни» представлены в таблице 3.

Общий балл и баллы по субшкалам ОСК были положительно связаны со всеми конструктами суицидального нарратива, за исключением субшкал перфекционизма и отказа от цели. Отсутствие данных корреляций соответствует результатам адаптации «Опросника суицидального нарратива» [19], а именно необходимости доработки опросников, из которых были взяты пункты.

Кроме того, общий балл и баллы по субшкалам ОСК значимо коррелировали с показателями «Опросника стрессовых событий», причём корреляции с показателями за последние три месяца были выше, за последнюю неделю – ниже. Это косвенно свидетельствует о том, что суицидальный кризис – результат длительного развития кризисного ответа на тяжёлую жизненную ситуацию, который, в соответствии с Моделью нарративного суицидального кризиса, опосредуется концептуализацией этой ситуации (суицидальным нарративом).

Общий балл и баллы по субшкалам ОСК значимо коррелировали с переменными «недавняя суицидальная идеация» (выше) и «суицидальные попытки на протяжении жизни» (ниже). Это свидетельствует о том, что ОСК больше соответствует острому суицидальному кризису, нежели чем наличию суицидальных действий в прошлом.

The SCI-2 total score and all subscale scores correlated positively with Stressful Life Events subscales, so that the correlations were higher for stressful events occurred 3 months before, and lower for those occurred last week.

This indirectly indicates that suicidal crisis is the result of a long developing process, a crisis response to a difficult life situation, which, according to the Narrative-Crisis Model of Suicide, is mediated by a conceptualization of this situation (a suicidal narrative).

The SCI-2 total and subscale score correlated significantly with the variables of past-month suicidal ideation (higher) and lifetime suicide attempts (lower). This shows that SCI-2 corresponds more to acute suicide crisis and less to occurrence of suicidal actions in the past.

Diagnostic test performance of the Russian version of SCI-2 and the threshold / cutoff score for suicidal risk

Finally, ROC analyses indicated that the SCI-2 exhibited good diagnostic test performance in determining who reported a past-month suicide attempt (AUC = .85, 95% CI [.72, .97]) (Fig. 1). The optimal cutoff for identifying at-risk individuals was 80, based on Youden's index ($J = .609$, sensitivity = 1.00, specificity = .61, PPV = .02, NPV = 1.00). However, this cutoff should be interpreted in light of the retrospective nature of the analysis, as well as the low proportion of participants who reported past-month suicide attempts ($n = 6$).

Таблица / Table 3

Описательные статистики и двумерные корреляции между общим баллом ОСК, субшкалами ОСК и другими конструктами / Descriptive statistics and bivariate correlations between SCI-2 total and subscale scores and other relevant constructs

Показатель Indicator	Общий балл ОСК SCI-2 total score	Чувство западни Entrapment	Аффективные нарушения Affective Disturbances	Потеря когнитивного контроля Loss of Cog- nitive Control	Пере- возбуждение Hyperarousal	Социальное отчуждение Social Withdrawal
ОСН: нарушенная принадлежность SNI: Thwarted Belongingness	0,34***	0,34***	0,34***	0,21***	0,25***	0,37***
ОСН: воспринимаемая обременительность SNI: Perceived Burdensomeness	0,48***	0,49***	0,49***	0,37***	0,40***	0,38***
ОСН: страх унижения SNI: Fear of Humiliation	0,42***	0,40***	0,39***	0,35***	0,36***	0,35***
ОСН: поражение SNI: Defeat	0,64***	0,68***	0,62***	0,52***	0,49***	0,49***
ОСН: смена цели SNI: Goal Reengagement	0,18***	0,20***	0,18***	0,11**	0,12**	0,17***
ОСН: отказ от цели SNI: Goal Disengagement	-0,01	-0,03	-0,01	-0,01	0,02	-0,09*
ОСН: западня SNI: Entrapment	0,66***	0,71***	0,63***	0,53***	0,51***	0,53***
ОСН: перфекционизм SNI: Perfectionism	0,06	0,04	0,06	0,06	0,06	-0,01
ОСС: на прошлой неделе Past Week SLE	0,28***	0,25***	0,29***	0,18***	0,26***	0,24***
ОСС: 3 месяца назад SLE 3 months ago	0,41***	0,36***	0,42***	0,34***	0,37***	0,33***
Суицидальные мысли: прошлый месяц / Past Month Suicidal Ideation	0,46***	0,47***	0,47***	0,35***	0,40***	0,35***
Суицидальные попытки: на протяжении жизни Lifetime Suicide Attempts	0,29***	0,29***	0,30***	0,24***	0,23***	0,24***
Среднее Mean	69,49	12,42	21,52	15,08	17,73	6,35
Стандартное отклонение Standard Deviation	45,59	10,52	14,23	10,66	10,86	4,95
Разброс Range	0-211	0-40	0-70	0-43	0-50	0-20
Асимметрия Skewness	0,35	0,68	0,55	0,38	0,32	0,55
Экцесс Kurtosis	-0,66	-0,44	-0,45	-0,66	-0,58	-0,42

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. ОСК – Опросник суицидального кризиса, ОСН – Опросник суицидального нарратива, ОСС – Опросник стрессовых событий. Точечно-бисериальная корреляция была использована для проверки связей с переменной «суицидальные попытки на протяжении жизни», поскольку она была дихотомической / Note: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. SNI = Suicide Narrative Inventory; TB = Thwarted Belongingness; PB = Perceived Burdensomeness; GD = Goal Disengagement; GR = Goal Reengagement; SLE = Stressful Life Events; SI = Suicidal Ideation; SA = Suicide Attempt; SCI-2 = Suicide Crisis Inventory-2. Point biserial correlations were conducted when examining lifetime suicide attempts, given that this variable was dichotomous.

Диагностическая точность «Опросника суицидального кризиса» и определение оптимального порогового балла, указывающего на суицидальный риск респондента

Анализ кривой ошибок (ROC) показал, что ОСК демонстрирует хорошую диагностическую точность, верно определяя тех, кто сообщил о недавней суицидальной попытке (AUC=0,85, 95% CI [0,72; 0,97]) (Рис. 1). На основании индекса Юдена, оптимальный пороговый балл для определения людей с суицидальным риском – 80 ($J=0,609$, чувствительность = 1,00, специфичность = 0,61, PPV (положительная предсказательная значимость) = 0,02, NPV (отрицательная предсказательная значимость) = 1,00). Однако следует учитывать, что этот балл был рассчитан на основе ретроспективных данных, а также при низкой доле участников, сообщивших о суицидальной попытке за последний месяц (6 человек).

Обсуждение, перспективы и ограничения исследования

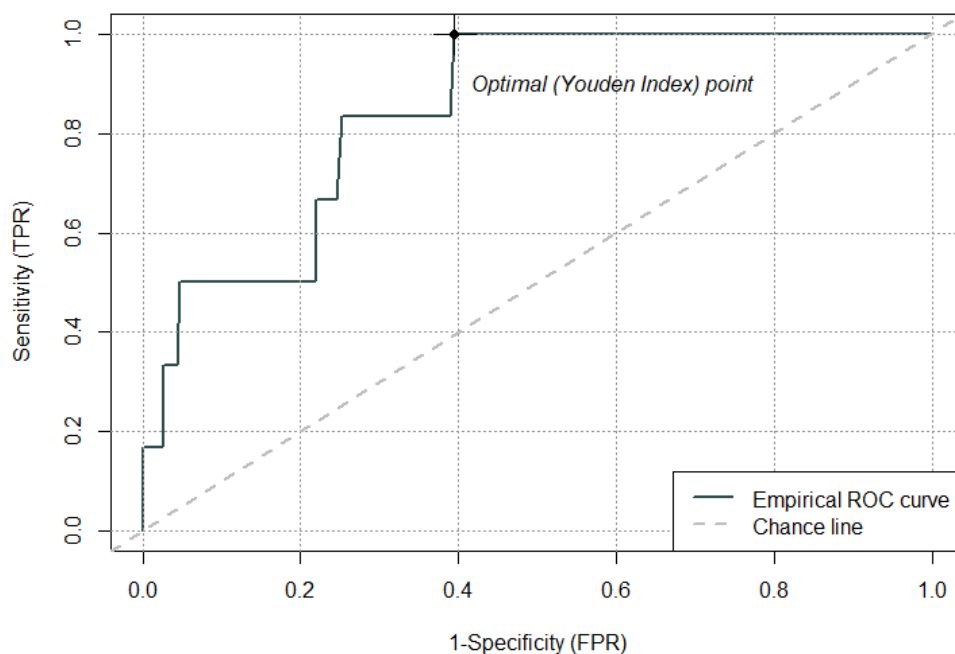
Адаптация русской версии «Опросника суицидального кризиса» прошла хорошо. Сохранились 55 пунктов из 61 оригинального пункта, вошедшего в окончательную версию англоязычного опросника. Конфирматорный факторный анализ показал хорошее соответствие теоретической модели эмпирическим данным.

Discussion, Study Limitations and Research Perspectives

Adaptation of the Russian version of the SCI-2 went well. Fifty-five items out of 61 original items, which comprised the final English version of the SCI-2, were retained. Confirmatory factor analyses showed good fit, 5-factor solution of the inventory demonstrated superior model fit to the 1-factor solution, i.e. all 5 subscales were taken into account in the Russian version, they showed good consistency and reliability.

Convergent and concurrent validity with Suicidal Narrative Inventory (SNI) confirmed problems of SNI questionnaire, its subscales Perfectionism and Goal Disengagement, as was found in our paper on adaptation of SNI [19].

Higher correlation coefficients of SCI-2 with the Stressful Life Events Questionnaire subscale ‘last 3 months’ in comparison with the subscale ‘last week’ indirectly indicate that suicidal process ripens gradually: it does not appear immediately after the stressful event, but develops with time, after suicidal narrative forms.



Легенда:

Sensitivity (TPR) – чувствительность (доля истинно положительных ответов)

Specificity (FPR) – специфичность (доля ложноположительных ответов)

Optimal (Youden Index) point – оптимальное значение (индекс Юдена)

Empirical ROC curve – эмпирическая кривая ошибок

Chance line – линия случайного угадывания

Рис. / Fig. 1. Кривая ошибок ROC, показывающая способность общего балла ОСК определять респондентов, сообщивших о суицидальной попытке за последний месяц" / Receiver Operating Characteristics (ROC) curve examining ability of the SCI-2 total score to classify those who reported Past-Month Suicide Attempts.

Пятифакторная структура опросника показала преимущество перед однофакторным решением, то есть все 5 субшкал были учтены в русскоязычной версии, они продемонстрировали хорошую внутреннюю согласованность и надёжность.

Конвергентная и текущая валидность с «Опросником суицидального нарратива» (ОСН) подтвердила проблемы опросника ОСН, его субшкал «Перфекционизм» и «Отказ от цели», выявленные в работе по адаптации данной методики [19].

Более высокие корреляции ОСК с субшкалой «Опросника стрессовых событий» «3 месяца назад» по сравнению с корреляциями с субшкалой «на прошлой неделе» косвенно свидетельствуют о постепенном вызревании суицидального кризиса – он возникает не сразу после стрессового события, а спустя некоторое время, после формирования суицидального нарратива. Однако в данной работе мы не проверяли причинно-следственные и временные связи, постулируемые Моделью нарративного суицидального кризиса, поскольку этого не позволял дизайн исследования.

Более высокие корреляции субшкал и общего балла ОСК с показателем недавней суицидальной идеации по сравнению с показателем наличия суицидальных попыток в прошлом свидетельствует о том, что методика больше отражает состояние острого суицидального кризиса, как и было задумано, чем хроническую суицидальность.

Наконец, в работе была предварительно оценена диагностическая точность ОСК: на основе ретроспективных данных о числе суицидальных попыток респондентов за последний месяц (6 человек) был получен оптимальный пороговый балл (80) по общей шкале ОСК, который свидетельствует о суицидальном кризисе. Дальнейшие исследования в данной парадигме должны использовать проспективные данные для определения оптимального порогового балла, поскольку ценность опросника заключается в том, что потенциально он способен определять склонность к совершению суицидальных действий в ближайшем будущем, а не просто регистрировать суицидальный кризис или недавно совершённые суицидальные действия. Методика была создана именно для определения близкого суицидального риска в популяции суицидальных пациентов.

Ещё одним ограничением исследования является состав выборки (преимущественно женщины и люди молодого возраста). Женщины традиционно чаще отвечают на подобные опросы (и чаще обращаются за помощью); этот перекокс наблюдается в большинстве суицидологических исследований [31]. Что касается молодого возраста респондентов, он является значимым фактором риска суицидального поведения и манифеста психических расстройств, и в этом плане исследование отвечает вызову среды, в том числе, в ситуации пандемии [4].

However, in this paper we did not test causal relationships, postulated by the Narrative-Crisis Model of Suicide, as it was not possible with the design of the current study.

Higher correlations of the total and subscale scores of SCI-2 with the variables for recent suicidal ideation and lifetime suicide attempts demonstrates that the inventory reflects the acute suicide state more than the chronic suicidality, as supposed by the Model.

Finally, the diagnostic accuracy of the Russian version of SCI-2 was preliminary evaluated: based on the retrospective data on the number of past month suicide attempts (6 people), an optimal cutoff score (80) was found, which indicates a suicide crisis in respondents. Further studies in this framework should use prospective data for identifying the optimal threshold / cutoff score, as the value of the inventory lies in its potential ability to identify the propensity to suicidal actions in near future, and not only register suicide crisis or recently performed suicidal actions. The inventory was composed specifically for identifying imminent suicide risk in a population of suicidal inpatients.

Another limitation of the study is the sample structure (mostly women, mostly young). Women traditionally have a higher response-rate in such surveys (and more often turn for help), and this imbalance is found in most suicide studies [31]. As for the young age of the respondents, it is a significant risk factor for suicidal behavior and manifestation of psychic disorders, and in this regard, the study meets the challenge of the environment, including the situation of pandemic [4].

Литература / References:

1. Саксена Ш., Круг Э. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. 97 с. [Saxena S., Krug E. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: WHO, 2014. 97 p.]. (In Russ)
2. O'Connor R., Wetherall K., Cleare S., et al. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health and Wellbeing Study. *The British Journal of Psychiatry*. 2021; 6: 326–333. DOI: 10.1192/bjp.2020.212
3. Owens M., Townsend E., Hall E., et al. Mental health and wellbeing in young people in the UK during lockdown (COVID-19) *Environmental Research and Mental Health*. 2022; 19: 1132. DOI: 10.3390/ijerph19031132
4. Santomauro D.F., Mantilla Herrera A.M., Shadid J. et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021; 398: 1700–1712. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7
5. Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю. Анализ динамики депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 3–16. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-3-16. [Medvedeva T.I., Enikolopov S.N., Boyko O.M., Vorontsova O.Yu. The dynamics of depressive symptoms and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic in Russia. *Suicidology*. 2020; 11(3): 3-16]. (In Russ / Engl)
6. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Садовническая В.С., Дровосеков С.Э., Роджерс М., Галынкер И., Ричардс Дж., Као Э. Одиночество и суицидальность в эпидемию COVID-19 в России: Взаимодействие опосредующих факторов воспринимаемой обременительности и сочувствия к себе. *Психологические проблемы личности и общества в условиях эпидемиологической угрозы: сборник статей Всероссийской конференции с международным участием*. Под ред. И.В. Антоненко, Н.В. Калининой, И.Н. Карицкого. М.: ФГБОУ ВО «РГУ им. А.Н. Косыгина», 2021. С. 87-94. [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Sadovnichaya V.S., Drovosekov S.E., Rogers M., Galynker I., Richards J., Cao E. Loneliness and suicidality during the COVID-19 epidemic in Russia: Interplay of the mediating factors of perceived burdensomeness and self-compassion. *Psychological problems of personality and society in conditions of an epidemiological threat: proceedings of the All-Russian conference with international participation*. Eds. I.V. Antonenko, N.V. Kalinina, I.N. Karitskiy. Moscow: Kosygin Russian State University, 2021. P. 87-94]. (In Russ)
7. McHugh C.M., Corderoy A., Ryan C.J., et al. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *British Journal of Psychiatry Open*. 2019; 5(e1): 1–12. DOI: 10.1192/bjo.2018.88
8. McMullen L., Parghi N., Rogers M.L., et al. The role of suicide ideation in assessing near-term suicide risk: A machine learning approach. *Psychiatry Research*. 2021; 304: 114118. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114118
9. Чистопольская К.А., Садовническая В.С., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э., Галынкер И. Эпидемия коронавируса и суицидальность: зона риска. *Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований: Материалы международной научно-практической конференции (18-19 ноября 2020 г.)* / Под ред. Холмогоровой А.Б. и др. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2020. С. 161-164. [Chistopolskaya K.A., Sadovnichaya V.S., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Drovosekov S.E., Galynker I. COVID-19 pandemic and suicidality: zone of risk. *Zeygarnik Readings. Diagnostics and psychological help in modern clinical psychology: a problem of scientific and ethical foundations: Materials of International academic and applied conference (November 18-19, 2020)* / Ed. By Kholmogorova A.B., et al. Moscow: MSUPE, 2020. P. 161–164]. (In Russ)
10. Yaseen Z.S., Kopeykina I., Gutkovich Z., et al. Predictive validity of the Suicide Trigger Scale (STS-3) for post-discharge suicide attempt in high-risk psychiatric inpatients. *PLoS One*. 2014; 9 (1): e86768. DOI: 10.1371/journal.pone.0086768
11. Galynker I. *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. New York, NY: Oxford University Press, 2017. 328 p.
12. Stanley I.H., Rufino K.A., Rogers M.L., et al. Acute Suicidal Affective Disturbance: a confirmatory factor analysis among psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric Research*. 2016; 80: 97–104. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.06.012
13. Yaseen Z.S., Katz C., Johnson M.S., et al. Construct development: The Suicide Trigger Scale-2 (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 110. DOI: 10.1186/1471-244X-10-110
14. Yaseen Z.S., Hawes M., Barzilay S., et al. Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An acute presuicidal state. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019; 49 (4): 1124–1135. DOI: 10.1111/sltb.12495
15. Schuck A., Calati R., Barzilay S., et al. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law*. 2019; 37 (3): 223–239. DOI: 10.1002/bsl.2397
16. Calati R., Nemeroff C.B., Lopez-Castroman J., Cohen L.J., et al. Candidate biomarkers of Suicide Crisis Syndrome: What to test next? A concept paper. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2020; 23 (3): 192–205. DOI: 10.1093/ijnp/pyz063
17. Cohen L.J., Gorman B., Briggs J., et al. The suicidal narrative and its relationship to the Suicide Crisis Syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019; 49 (2): 419–422. DOI: 10.1111/sltb.12439
18. Bloch-Elkouby S., Gorman B., Loveras L., et al. How do distal and proximal risk factors combine to predict suicidal ideation and behaviors? A prospective study of the narrative crisis model of suicide. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 277: 914–926. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.088
19. Чистопольская К.А., Rogers M.L., Cao E., Галынкер И., Richards J., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Садовническая В.С., Дровосеков С.Э. Адаптация «Опросника суицидального нарратива» на российской выборке. *Суицидология*. 2020; 11 (4): 76-90. [Chistopolskaya K.A., Rogers M.L., Cao E., Galynker I., Richards J., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Sadovnichaya V.S., Drovosekov S.E. Adaptation of the Suicidal narrative inventory in a Russian sample. *Suicidology*. 2020; 11 (4): 76-90.] DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90 (In Russ / Engl)
20. Bloch-Elkouby S., Barzilay S., Gorman B., et al. The revised Suicide Crisis Inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 295: 1280-1291. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.048
21. Posner K., Brown G.K., Stanley B. et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American Journal of Psychiatry*. 2011; 168 (12): 1266–1277. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704
22. Kaiser H.F., Rice J. Little jiffy, mark IV. *Educational and Psychological Measurement*. 1974; 34: 111–117. DOI: 10.1177/001316447403400115
23. Bartlett M.S. The effect of standardization on a Chi-square approximation in factor analysis. *Biometrika*. 1951; 38: 337–344. DOI: 10.2307/2332580
24. 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; 6: 1–55. DOI: 10.1080/10705519909540118

25. Youden W.J. Index for rating diagnostic tests. *Cancer*. 1950; 3: 32–35. DOI: 10.1002/1097-0142(1950)3:1<32::aid-cncr2820030106>3.0.co;2-3
26. Rosseel Y. Lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*. 2012; 48: 1–36. DOI: 10.18637/jss.v048.i02
27. Jorgensen T.D., Pornprasertmanit S., Schoemann A.M., Rosseel Y. SemTools: Useful tools for structural equation modeling. R package version 0.5-4. 2021. <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
28. Revelle, W. *psych: Procedures for personality and psychological research*. Evanston, IL: Northwestern University. 2015.
29. Khan M.R.A., Brandenburger T. *ROCit: Performance assessment of binary classifier with visualization* (2.1.1) [Computer software]. 2020. <https://CRAN.R-project.org/package=ROCit>
30. López-Ratón M., Rodríguez-Álvarez M.X., Cadarso-Suárez C., Gude-Sampedro F. OptimalCutpoints: An R package for selecting optimal cutpoints in diagnostic tests. *Journal of Statistical Software*. 2014; 61: 1–36. DOI: 10.18637/jss.v061.i08
31. Wendt D., Shafer K. Gender and attitudes about mental health help seeking: Results from national data. *Health & Social Work*. 2016; 41: e20–e28. DOI: 10.1093/hsw/hlv089

ADAPTATION OF THE SUICIDE CRISIS INVENTORY (SCI-2) IN A RUSSIAN INTERNET SAMPLE DURING THE COVID-19 EPIDEMIC

K.A. Chistopolskaya¹, M.L. Rogers²,
S.N. Enikolopov³, E.L. Nikolaev⁴,
N.A. Kravtsova⁵, V.S. Sadovnichaya⁶,
S.E. Drovosekov⁷

¹Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia

²Mount Sinai Beth Israel, New York, USA

³Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

⁴Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

⁵Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia

⁶Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

⁷Secondary General School no. 619, Saint-Petersburg, Russia

Abstract:

The article presents a new diagnostic category, Suicide Crisis Syndrome (SCS), which was proposed to the next revision of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *Study objective:* Adaptation of the Suicide Crisis Inventory (SCI-2) on a Russian sample. Participants: 618 responses to an internet-survey were used, the study lasted from June 16, 2020 to April 26, 2021. Age of the participants: 18-99 (M=26.9; SD=12.8). Gender: 451 females (74.2%), 135 males (22.2%), 32 participants preferred not to answer or chose other gender identity. *Instruments:* Suicide Crisis Inventory (SCI-2), Suicidal Narrative Inventory (SNI), Stressful Life Events Questionnaire, Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), questions about recent and lifetime suicidal behavior. *Results:* Confirmatory factor analyses confirmed the five-factor ($\chi^2[1420]=5003.56, p < .001, CFI = .99, TLI = .99, RMSEA = .07, SRMR = .06$) and one-factor ($\chi^2[1430] = 9847.34, p < .001, CFI = .98, TLI = .98, RMSEA = .10, SRMR = .07$) solutions of the inventory, with five-factor as a better solution ($\Delta\chi^2[10] = 4843.78, p < .001$). Based on retrospective data (self-reports on suicidal attempts during the last month), SCI-2 showed good diagnostic qualities (AUC = .85, 95% CI [.72; .97]). The cut-off score was established (80), which indicates the presence of acute suicidal risk. *Conclusions:* Adaptation of the Suicide Crisis Inventory (SCI-2) went well, the instrument is ready for use for clinical and research purposes.

Keywords: suicide, suicidal ideation, suicide crisis syndrome, suicide crisis inventory, narrative-crisis model of suicide, COVID-19

Вклад авторов:

K.A. Чистопольская: исследования, перевод опросников, координация исследования, анализ данных, написание текста и редактирование статьи;

M.L. Rogers: анализ данных, написание статьи, редактирование статьи;

S.N. Ениколопов: дизайн исследования, редактирование перевода, редактирование статьи;

E.L. Николаев: сбор данных, редактирование статьи;

N.A. Кравцова: сбор данных, редактирование статьи;

V.S. Садовнича: сбор данных, анализ данных;

S.E. Дровосеков: сбор данных.

Authors' contributions:

K.A. Chistopolskaya: study design, survey translation, study coordination, data analysis, article writing, article editing;

M.L. Rogers: data analysis, article writing, article editing;

S.N. Enikolopov: study design, translation editing, article editing;

E.L. Nikolaev: data collection, article editing;

N.A. Kravtsova: data collection, article editing;

V.S. Sadovnichaya: data collection, data analysis;

S.E. Drovosekov: data collection.

Приложение 1

Окончательная русскоязычная версия «Опросника суицидального кризиса»

Инструкция: Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о том, как вы чувствовали себя в течение последней недели, отмечая цифру от 0 до 4, где: 0 – совсем нет, 1 – скорее нет, 2 – нечто среднее, 3 – скорее да, 4 – крайне выражено

За это время, когда Вам было особенно плохо:

1. Вы испытывали чувство душевной боли, которую требовалось прекратить?
2. Вы чувствовали, что выхода нет?
3. Вы замечали, что думаете о том, что жизненная ситуация никогда не изменится?
4. Вы замечали сниженную способность мыслить, сосредотачиваться или принимать решения вследствие чрезмерного количества мыслей?
5. Вы чувствовали внезапный испуг такой силы, что возникали физиологические симптомы или паническая атака?
6. Вы чувствовали, что постоянно выискиваете признаки беды?
7. Вы чувствовали необычайно сильные или крайне негативные эмоции или перепады настроения, связанные с другим человеком?
8. Вы чувствовали, что потеряли интерес по отношению к другим людям?
9. Вам докучали бессмысленные мысли?
10. Вы чувствовали, как кровь пульсирует в ваших венах?
11. Вы чувствовали нервозность или внутреннюю дрожь?
12. Вы чувствовали давление в голове из-за обилия мыслей?
13. Вы чувствовали себя как в ловушке?
14. Вы чувствовали, будто хотите выпрыгнуть из кожи?
15. Вы чувствовали, что вам трудно перестать беспокоиться?
16. Вы боялись, что можете умереть?
17. Вам казалось, что не существует хороших решений ваших проблем?
18. Вы чувствовали, что большинству людей нельзя доверять?
19. Вы просыпались уставшим и не отдохнувшим?
20. У вас бывали странные ощущения в теле или на коже?
21. Вы чувствовали себя отделенным от остальных?
22. Вы чувствовали, что не можете ничего изменить?
23. Вы хотели, чтобы беспокоящие вас мысли прекратились, но они не уходили?
24. Вы чувствовали себя обреченным?
25. Вам было трудно засыпать из-за мыслей, которые вы не могли контролировать?
26. Вы чувствовали, что обычные вещи выглядят странно или искаженно?
27. Вы чувствовали, что не откровенны с членами своей семьи / друзьями?
28. Вам казалось, что если вы не будете бдительным(-ой), случится что-то плохое?
29. Вы чувствовали, что мысли крутятся в вашей голове и никак не уходят?
30. Вы чувствовали безнадежность?
31. Вы чувствовали сильные эмоции, которые вызывали неприятные ощущения в животе?
32. Вы чувствовали недовольство или тоску из-за всего сразу?
33. Вы чувствовали, будто у вас нет выхода?
34. Вы отталкивали людей, которые заботятся о вас?
35. У вас наблюдались вспышки гнева, которые вы не могли контролировать?
36. Вы часто вовлекались в ссоры?
37. Вы чувствовали порыв избежать боли, который было слишком трудно контролировать?
38. У вас было ощущение душевной боли, которую слишком трудно терпеть?
39. Вы чувствовали необычайно сильные или крайне негативные эмоции или перепады настроения, связанные с представлениями о себе?
40. Вы ощущали неотступную, мучительную душевную боль?
41. Вы чувствовали напряжение, будто вы на взводе?
42. Вы чувствовали себя бессильным(-ой) остановить мысли, которые вас расстраивали?
43. Вы чувствовали такое беспокойство, что вам трудно было усидеть на месте?
44. Вы испытывали необычные физические ощущения, которых никогда прежде не было?
45. Вы чувствовали, что мысли проносятся в вашей голове с огромной скоростью?
46. Вы меньше общались с людьми, которые заботятся о вас?
47. Вы чувствовали, что вас легко задеть или рассердить?
48. Вы чувствовали, что ваша душевная боль невыносима?
49. Вы избегали общения с людьми, которые заботятся о вас?
50. Вы чувствовали, что не можете выйти из ситуации?
51. Вы ощущали головную боль из-за обилия мыслей?
52. Вы чувствовали, будто все навалилось на вас разом?
53. Вы чувствовали, что ваша голова вот-вот взорвется от обилия мыслей?
54. Вы чувствовали такую взбудораженность, что хотелось кричать?
55. У вас было много мыслей в голове?

Приложение 2

Ключи к «Опроснику суицидального кризиса»

Чувство западни: 2, 3, 13, 17, 22, 24, 30, 33, 50, 52 (10 пунктов)

Аффективные нарушения: 1, 5, 7, 8, 10, 11, 16, 20, 26, 32, 37, 38, 39, 40, 44, 48 (16 пунктов)

Потеря когнитивного контроля: 4, 9, 12, 15, 23, 29, 42, 45, 51, 53, 55 (11 пунктов)

Перевозбуждение: 6, 14, 18, 19, 25, 28, 31, 35, 36, 41, 43, 47, 54 (13 пунктов)

Социальное отчуждение: 21, 27, 34, 46, 49 (5 пунктов)

Все пункты опросника прямые.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 12.01.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 03.03.2022.

Для цитирования: Чистопольская К.А., Rogers M.L., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Кравцова Н.А., Садовническая В.С., Дровосеков С.Э. Адаптация «Опросника суицидального кризиса» (SCI-2) на российской интернет-выборке во время эпидемии COVID-19. *Суицидология*. 2022; 13 (1): 88-104. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-88-104

For citation: Chistopolskaya K.A., Rogers M.L., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Kravtsova N.A., Sadovnichaya V.S., Drovoskov S.E. Adaptation of the Suicide Crisis Inventory (SCI-2) in a Russian internet sample during the COVID-19 epidemic. *Suicidology*. 2022; 13 (1): 88-104. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-88-104 (In Russ / Engl)