

# МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ

**А.Ю. РАЗВАЛЯЕВА**

Институт психологии Российской академии наук  
(ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-3411>,  
e-mail: [annraz@yandex.ru](mailto:annraz@yandex.ru)

**Н.А. ПОЛЬСКАЯ**

Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), Научно-практический центр психического  
здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ  
(ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>,  
e-mail: [polskayana@yandex.ru](mailto:polskayana@yandex.ru)

**А.Я. БАСОВА**

Научно-практический центр психического здоровья детей  
и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП  
им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»), Российский национальный  
исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова  
Минздрава России (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5001-8554>,  
e-mail: [dr.anna.basova@gmail.com](mailto:dr.anna.basova@gmail.com)

**Актуальность.** Один из важных инструментов предотвращения суицидов — выявление групп риска, особенно среди подростков, что достигается с помощью проведения скрининга. Разработка протоколов скри-

нингов и других превентивных мер осложняется недостаточными и противоречивыми данными о методиках, которые могут применяться в подростковых выборках. **Цель.** Данный систематический обзор систематических обзоров был проведен для выявления методик оценки суицидального риска, обладающих хорошей прогностической валидностью на подростковых выборках. Дополнительно выделялись рекомендации авторов систематических обзоров по проведению скринингов. **Метод.** Поиск литературы проводился по базам PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, EBSCO Academic Search Premier, EBSCO Health Source: Nursing and Academic Edition, Elibrary. Было включено 10 статей, удовлетворявших критериям (систематические обзоры, содержащие данные о методиках, которые предъявлялись детям и подросткам для диагностики риска суицидального поведения). **Результаты.** Включенные в обзор статьи обладали удовлетворительным качеством. Прогностическая валидность сообщалась для 18 методик, 16 из которых представляли собой самоотчет пациентов, а 2 были компьютеризированными тестами имплицитных ассоциаций. Было показано, что компьютеризированные тесты обладают низкой прогностической валидностью, а методики самоотчета (включая отдельные скрининговые вопросы) — более высокой. **Заключение.** Требуется больше исследований прогностической валидности методик на подростковых выборках, а решение о включении методики в скрининг должно приниматься в зависимости от практических возможностей медицинского персонала.

**Ключевые слова:** систематический обзор, суицидальное поведение, методики, оценка риска, скрининг, прогностическая валидность.

**Для цитаты:** Развальева А.Ю., Польская Н.А., Басова А.Я. Методики оценки риска суицидального поведения в подростковом возрасте: систематический обзор систематических обзоров // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 33—67. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310202>

## DIAGNOSTICS OF SUICIDAL RISK IN ADOLESCENTS: SYSTEMATIC REVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS

ANNA YU. RAZVALIAEVA

Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-3411>,

e-mail: annraz@rambler.ru

## NATALIA A. POLSKAYA

Moscow State University of Psychology & Education; Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>,

e-mail: [polskayana@yandex.ru](mailto:polskayana@yandex.ru)

## ANNA Y. BASOVA

Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva;

Pirogov Russian National Research Medical University  
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5001-8554>,

e-mail: [dr.anna.basova@gmail.com](mailto:dr.anna.basova@gmail.com)

**Study relevance.** Revealing groups of people at high risk of suicide is important for suicide prevention, especially among adolescents, and the practical way of achieving it is screening adolescents for suicide risk. A major obstacle to the development of screening protocols and other preventive procedures is lack of data or conflicting data on measures that can be used in adolescent samples. **Objective.** The current systematic review of systematic reviews was carried out to discover measures of suicide risk with a good predictive validity on adolescent samples. Recommendations for screening implementation were also narratively reviewed. **Method.** Literature search was carried out in PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, EBSCO Academic Search Premier, EBSCO Health Source: Nursing and Academic Edition, and Elibrary. 10 papers that satisfied all inclusion criteria (systematic reviews of measures assessing the risk of suicide in children and adolescents) were included in the study. **Results.** The reviews included in the study were of satisfactory quality. Predictive validity was reported for 18 measures, 16 of them were self-report, and 2 were versions of the Implicit Associative Test. Computerized tests showed relatively low predictive validity coefficients, while self-report measures (including screening questions) had higher predictive validity. **Conclusion.** More studies of predictive validity of the suicide screening measures on adolescent samples are needed. The decision to use a measure in the screening protocol should be also based on practical considerations and resources available to medical workers on site.

**Keywords:** systematic review, suicidal behavior, measures, risk assessment, screening, predictive validity.

**For citation:** Razvaliaeva A.Yu., Polskaya N.A., Basova A.Y. Diagnostics of Suicidal Risk in Adolescents: Systematic Review of Systematic Reviews. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 2, pp. 33–67. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310202> (In Russ.).

## Введение

Предотвращение самоубийств, одна из важнейших проблем современного общества, становится еще более актуальной в тех случаях, когда речь идет о детях и подростках, поскольку самоубийство считается второй по значимости причиной смерти в возрасте 10—14 лет [6]. Подростки редко самостоятельно обращаются за помощью в случае суицидального и самоповреждающего поведения [30], а взрослые, в том числе медицинские работники и психологи, могут недооценивать тяжесть и опасность состояния ребенка.

Считается, что проведение скринингов суицидальных намерений может помочь выявить подростков с риском самоубийства и своевременно оказать им помощь [4]. Однако, несмотря на высокий запрос специалистов на методики психиатрической и психологической диагностики суицидального риска, сохраняется дефицит в этой области. Трудности, связанные с этим, во многом обусловлены методологическими проблемами суицидологической диагностики, в частности, большим количеством шкал и опросников с неясной прогностической валидностью и размытостью формулировок, которые используются в исследованиях [28]. Таким образом, встает проблема систематизации характеристик разных методик, в первую очередь, для выявления их прогностической валидности на детских и подростковых выборках.

Данное исследование представляет собой метаобзор, или систематический обзор систематических обзоров. Выбор этого типа обзора объясняется тем, что за предыдущие десятилетия было проведено достаточно много систематических обзоров методик в области диагностики суицидального поведения.

*Цель исследования* — выделить методики, эффективно оценивающие суицидальный риск у подростков, а также сравнить рекомендации по проведению скринингов и барьеры к их осуществлению на практике.

## Метод

При проведении систематического обзора мы ориентировались на руководство PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) [25], а также на рекомендации по проведению систематических обзоров систематических обзоров [35] и методических систематических обзоров [18]. В случае последних проблема систематического обзора выдвигается не по стандартной схеме (PICO — выборка, лечение, группа сравнения, исход), а по схеме PIRD — популяция, методика, референтный метод оценки, диагноз [18].

Таким образом, проблема текущего обзора была сформулирована следующим образом: какие методики позволяют наиболее эффективно оценить риск суицидального поведения у детей и подростков (по сравнению друг с другом и с оценкой врачом, основанной на результатах клинической беседы)?

**Критерии отбора источников литературы.** Отбирались систематические обзоры и/или мета-анализы, содержащие информацию о методиках оценки риска суицидального поведения у детей и/или подростков, включая суицидальную идеацию, суицидальные попытки и причинение себе намеренного вреда. Причинение себе намеренного вреда (self-harm) включалось в исследование, так как к этому понятию относятся самоповреждающие действия вне зависимости от мотивации, а значит, и суицидальные самоповреждения. Поиск «серой» литературы (тезисы в сборниках конференций, диссертации) не проводился, так как данная литература редко описывает результаты систематических обзоров. Исключались:

— эмпирические или методологические исследования, нарративные обзоры, методические рекомендации (если они не содержали систематический обзор как доказательную базу, на которой основывались рекомендации);

— систематические обзоры, не включавшие детей и подростков, или не позволяющие выделить отдельно результаты по данным возрастным категориям;

— систематические обзоры распространенности, факторов риска или прогностических моделей суицидального или самоповреждающего поведения, не включающие диагностических методик;

— статьи, не имеющие англоязычной версии (для зарубежных баз данных).

В силу того, что было найдено небольшое количество статей, автоматической проверки и удаления дубликатов не потребовалось.

**Оценка качества статей** проводилась с помощью Чек-листа для систематических обзоров Института Джоанны Бриггс (JBI Check-List for Systematic Reviews) [1]. Чек-лист предполагает оценку исследования по 11 критериям; возможные варианты ответа — «да», «нет», «не знаю», «неприменимо к данному исследованию». Более известная методика оценки качества систематических обзоров AMSTAR не была использована, так как она предполагает классическую схему со сравнением разных групп, которая не соблюдалась в отобранных нами обзорах методик.

Отбор литературы и оценка качества статей проводились двумя авторами, решения в случае разногласия принимались в результате обсуждения с третьим автором.

**Синтез (обобщение) данных.** В каждом систематическом обзоре выделялись следующие данные:

— характеристики выборки, если они приводились в обзоре (пол, возраст, клиническая/неклиническая);

— методики оценки риска суицидального или самоповреждающего поведения (название, тип — структурированное интервью, опросник, компьютеризированный тест);

— характеристики прогностической валидности методики, которые приводились в систематическом обзоре (чувствительность, специфичность);

— какой тип поведения оценивался (суицидальные попытки или мысли, преднамеренный вред себе).

Дополнительно собирались сведения о характеристиках методик (количество и содержание пунктов, шкала оценки, шкалы и субшкалы). В силу того, что в систематических обзорах эти данные чаще всего не приводятся, мы обращались к первоисточникам адаптации интересующих нас методик. Из анализа исключались методики, в которых отсутствовали данные по прогностической валидности (оценка будущего суицидального поведения).

В силу высокой гетерогенности исследований (разные методики оценки риска суицидального поведения, разные показатели, по которым сравнивались методики), данные не могли быть обобщены с помощью методов мета-анализа, поэтому проводился их нарративный синтез.

## Результаты

**Характеристики отобранных статей.** Поиск литературы проводился в реферативных базах PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, EBSCO Academic Search Premier и EBSCO Health Source: Nursing and Academic Edition с 27.02.2023 по 6.04.2023. Поисковые термины включали оценку суицидального поведения, риск будущего суицида или преднамеренного самоповреждения и тип статьи — систематический обзор или мета-анализ. Поисковые запросы приведены в Приложении 1. Дополнительно был проведен поиск статей в русскоязычной наукометрической базе Elibrary.

Было отобрано 10 систематических обзоров (рис. 1): 3 из них фокусировались на проблеме оценки суицидального поведения (в том числе преднамеренного самоповреждения) у детей и подростков; 7 — включали также другие выборки или типы психопатологии, однако было возможно выделить результаты, относящиеся к детям.

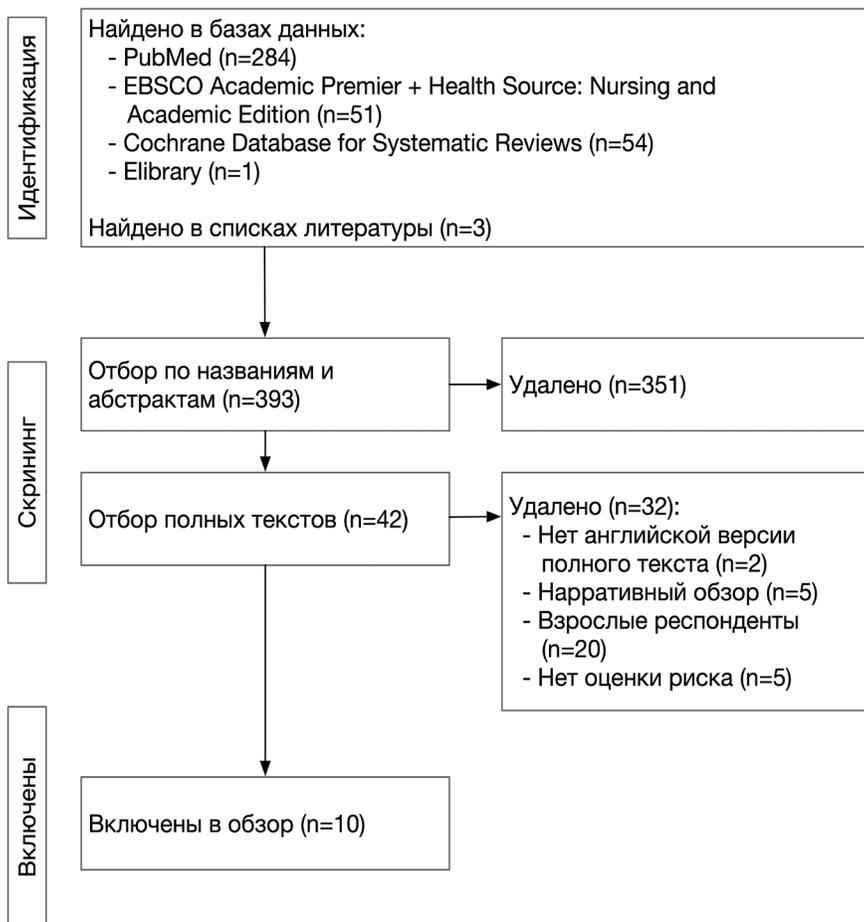


Рис. 1. Схема отбора источников литературы

Оценка качества источников (Приложение 2) показала, что ни в одном из систематических обзоров не проводилась оценка эффекта «архивного ящика» — систематического искажения, когда значимые результаты публикуются чаще, чем незначимые (для этого могут использоваться разные методы, например, воронковые диаграммы). Многие авторы ссылались при этом на чрезмерно высокую вариативность данных, что приводило к выделению слишком малочисленных групп оригинальных эмпирических исследований после их разбивки по используемым методикам.

Обобщение данных с помощью статистических методов (мета-анализ) проводилось только в трех исследованиях [10; 31; 37]. Чаще всего обобщались показатели внутренней согласованности шкал и прогностической валидности; все остальные исследования представляли собой систематические обзоры.

Пять систематических обзоров из 10, вошедших в данный метаобзор, фокусировались на выборках детей и подростков; остальные включали исследования, выполненные на взрослых выборках (табл. 1). Три исследования [7; 19; 33] выполнялись на выборках детей и подростков, поступивших в отделения неотложной помощи; еще 3 исследования были выполнены Рабочей группой по профилактике заболеваний США (U.S. Preventive Services Task Force) [12; 23; 37]. Во всех этих исследованиях ставилась цель — обосновать рекомендации по проведению массовых (универсальных) скринингов суицидального поведения врачами неотложной помощи или общей практики — т. е., скринингов даже при отсутствии жалоб на проблемы с психическим здоровьем. В остальных исследованиях ограничений по месту обследования не было, и отбирались разнообразные клинические и неклинические выборки.

**Синтез данных.** Из отобранных систематических обзоров были извлечены данные о 18 методиках, которые имели оценки прогностической валидности.

Были выделены следующие **показатели прогностической валидности.**

1. **Чувствительность** (sensitivity), **специфичность** (specificity), **положительные и отрицательные предиктивные значения** (positive and negative predictive values). Каждый из этих показателей имеет значение от 0 до 1 (для удобства понимания приводятся после умножения на 100 — от 0 до 100%). Чувствительность — процент правильно определяемых по методике положительных значений (т. е., пациентов с высоким суицидальным риском). Специфичность — процент правильно выделяемых отрицательных значений (пациентов с низким риском). Положительное предиктивное значение — сколько пациентов, у которых был диагностирован риск суицида, совершили попытку в будущем. Отрицательное предиктивное значение — сколько пациентов, у которых не был диагностирован риск, не совершили суицидальную попытку после диагностики [13]. Хотя общепринятых норм для чувствительности и специфичности нет, Рунесон с коллегами использовали значения чувствительности > 80% и специфичности > 50% [31].

2. **Отношение риска и отношение правдоподобия** (odds ratio and likelihood ratio). Указывают на отношения между воздействием и его последствиями. Отношение риска > 1 указывает на то, что воздействие является фактором риска, < 1 — протективный фактор, около 1 — незначимое воздействие. Отношение правдоподобия указывает на вероятность по-

Таблица 1  
 Характеристики выборок, представленных в систематических обзорах

Источник	k	Выборка				Характеристики	Цель скрининга
		N	Пол	Возраст	Возраст		
*Cervantes et al., 2022 [7]	11	21726	42±7% — мальчики	8—24	Отделения неотложной помощи (психиатрические и непсихиатрические)	Суицидальные попытки	
Erford et al., 2017 [10]	5 из 83	1612	Не указан	8—20	4 клинические и 1 популяционная выборки	Риск суицида и суицидальные попытки в проспективных когортах	
Faura-Garcia et al., 2021 [11]	1 из 53	100	71% — девочки	12—17	Клиническая выборка (пациенты, находящиеся в психиатрической клинике или на амбулаторном лечении)	Повторное несуйцидальное самоповреждающее поведение	
Gaynes et al., 2004 [12]	1 из 252	144	54% — девочки	11—16 (13,6±2,48)	Пациенты отделения неотложной помощи (целевая выборка обзора — пациенты, обращающиеся к врачу общей практики)	Риск суицида	
*Harris et al., 2019 [13]	11	2254	Не указан	10—24	Пациенты психиатрических стационаров и отделений неотложной помощи (1 исследование — обследование на дому после передозировки)	Суицидальные попытки (k=8) и повторные самоповреждения (k=3)	
*Newton et al., 2017 [19]	7 из 14	1110	50% — 71,8% — девочки	10—24 (15,75)	Пациенты с непсихиатрическими и психиатрическими жалобами	Риск суицида	

Источник	k	Выборка				Характеристики	Цель скрининга
		N	Пол	Возраст			
O'Connor et al., 2013 [23]	2 из 56	799	Не указан	13—20	Пациенты, проходящие амбулаторное лечение в психиатрической клинике; школьники под угрозой отчисления	Риск суицида	
Rimeson et al., 2017 [31]	2 из 21	964	Не указан	8—18	Пациенты психиатрической клиники (суицидальные попытки, другие психиатрические проблемы, деликventные подростки, подростки из неблагополучных семей)	Суицидальные попытки	
*Scudder et al., 2022 [33]	43	305754	39—73% — девочки	4—24	Отделения неотложной помощи (k=5), неотложная помощь для детей (k=33), психиатрическая скорая помощь (k=3)	Риск суицида	
*Viswanathan et al., 2022 [37]	1 из 54	580	Не указан	14—20	Школьники под угрозой отчисления	Риск суицида	

Примечание: k — количество исследований, включенных в систематический обзор, N — общая выборка; «\*» — систематические обзоры, фокусирующиеся на детских и подростковых выборках.

становки диагноза; значения  $> 5$  указывают на умеренную вероятность заболевания, а  $< 2$  — пренебрежимо малая вероятность заболевания [19].

3. **Площадь под кривой** (area under the curve). Принимает значения от 0 до 1; значения 0,8—1 указывают на хорошую предсказательную валидность опросника; ниже 0,5 — опросник не имеет прогностической валидности [19].

Нарративное обобщение данных по отобранным методикам представлено в табл. 2.

**Прогностическая валидность разных типов методик.** Для прогноза суицидального риска использовались следующие типы методик: структурированные интервью и крупные методики самоотчета (5 методик), краткие методики самоотчета с менее чем 10 вопросами (4 методики), скрининговые вопросы (3 методики), опросники депрессии (2 методики), 1 компьютеризированный тест на скорость реакции. Для диагностики риска будущего самоповреждающего поведения (с несуйцидальными или суйцидальными намерениями) использовались 2 оригинальных методики самоотчета, 1 тест на суйцидальную идеацию и 1 компьютеризированный тест.

**Структурированные интервью и крупные методики** включали: Колумбийскую шкалу тяжести суйцида, Опросник суйцидальной идеации, Колумбийский скрининг суйцидов, Шкалу вероятности суйцида и Компьютеризированный адаптивный скрининг суйцидов у молодежи. Количество пунктов в методиках варьировало от 11 до 72. Одной из лучших методик по показателям чувствительности и специфичности выступила Колумбийская шкала тяжести суйцида (на клинических подростковых выборках точность предсказания истинных суйцидальных попыток достигает 100%), а по показателю площади под кривой — Компьютеризированный адаптивный скрининг суйцидов у молодежи. Опросник суйцидальной идеации имел слишком большой разброс в чувствительности и специфичности в зависимости от выборки и используемого критического значения (балла, выше которого риск характеризуется как высокий). Колумбийский скрининг суйцидов и Шкала вероятности суйцида хорошо выделяют группу с низким риском, но плохо — с высоким.

**Краткие методики самоотчета** включали скрининговый тест «Спроси про суйцид», Опросник риска суйцида, Скрининг риска суйцида, Шкалу самооценки ожидаемого суйцидального риска. Общее количество пунктов в них варьировало от 3 до 7. Методики «Спроси про суйцид» и Опросник риска суйцида достигали самых высоких показателей чувствительности (до 97—98%), однако их специфичность была невысокой, а также их показатели прогностической валидности слишком сильно варьировали. Скрининг риска суйцида показал более устойчи-

вую чувствительность (при несколько невысокой специфичности), а наилучший баланс чувствительности и специфичности был достигнут авторами Шкалы самооценки ожидаемого суицидального риска, предлагающей прямую оценку будущих действий, связанных с суицидом.

Количество **скрининговых вопросов**, которые использовались для диагностики суицидального риска, варьировало от 1 до 3. Наилучшая прогностическая валидность была получена для скрининга с двумя вопросами [32], направленными на оценку чувства печали/подавленности и отсутствия интереса к жизни. В целом, эти методики также страдают от дисбаланса чувствительности и специфичности: положительные ответы на вопросы ведут либо к переоценке риска, либо к его недооценке.

**Опросники на депрессию** часто используются при диагностике суицидальности, но их прогностические значения были выделены только в одном систематическом обзоре [13]. Обе методики — Шкала безнадежности Бека и Шкала оценки депрессии у детей — показали невысокую, но значимую ценность полученных данных в оценке суицидального риска.

**Опросники для диагностики риска самоповреждений** включали Интервью о самоповреждающих мыслях и поведении, Опросник суицидальной идеации и Опросник самоповреждения. Количество пунктов в них варьировало от 15 до 169. Опросник суицидальной идеации не подходил для оценки самоповреждений (крайне низкая чувствительность), а Опросник самоповреждения, наоборот, имел низкую специфичность. Интервью о самоповреждающих мыслях и поведении вносило значимый вклад в оценку будущих самоповреждений.

Рассмотрим отдельно две **компьютеризированные методики риска суицидального и самоповреждающего поведения** — ИмPLICITный тест самоповреждающего поведения и ИмPLICITный ассоциативный тест о смерти. Данные методики применяются для преодоления проблемы неискренности пациента и желания скрыть суицидальную идеацию и намерения. Они основываются на представлении о возможности оценки неосознаваемых ассоциаций с помощью времени реакции. Однако, как показывают результаты, на подростковых выборках ИмPLICITный тест самоповреждающего поведения не обладает прогностической валидностью, а ИмPLICITный ассоциативный тест о смерти имеет худшие показатели, чем методики самоотчета.

**Рекомендации авторов систематических обзоров.** В каждом систематическом обзоре, вошедшем в мета-обзор, были выделены рекомендации по проведению скринингов, барьеры, стоящие перед клиницистами, и направления будущих исследований / рекомендации для исследователей (табл. 3).

Клиницистам рекомендуется:

— проводить универсальный скрининг суицидальной идеации [7; 19];

— разработать подробные протоколы действий при выявлении подростков с высоким риском [7; 33];

— не полагаться только на скрининговые методики, проводить комплексную диагностику факторов суицидального риска [10].

В ряде случаев исследователи не выделили достаточно данных для рекомендаций в области скрининга [12; 23; 37] или указывали на крайне низкую ценность диагностических инструментов [11; 13; 31].

При оценке барьеров, стоящих на пути применения скринингов на практике, были выделены:

— методические трудности (методики неудобно использовать, они не учитывают неискренность пациента, их сложно интерпретировать, они требуют специального образования и могут быть предъявлены только клиническим психологом или психиатром, недостаточная валидность методик, большое количество ложноположительных результатов);

— ограниченность информации о группах, на которых проводятся скрининги;

— отсутствие протоколов, регламентирующих действия медицинского персонала.

Будущим исследователям рекомендуют проводить больше исследований на подростках из редко представленных в научных публикациях групп, выделять отдельно разные возрастные группы (что актуально и для подростковых выборок, но особенно — для смешанных выборок старших подростков и взрослых), подробнее описывать различные показатели валидности методики и оценивать проксимальные факторы риска.

Т а б л и ц а 2

**Прогностическая валидность методик оценки суицидального и самоповреждающего поведения**

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
<b>Прогноз суицидального риска (попытки и повторные обращения в больницу)</b>		
1. Спроси про суицид (Ask Suicide-Screening Questions; Horowitz et al., 2012) [14]	Предназначена для возраста 10—21 год. Содержит 4 основных вопроса и 1 дополнительный (задается, если был хотя бы один ответ «да»). Ответ дается по шкале: «да», «нет», «нет ответа».	<b>Cervantes et al., 2022 (k=2):</b> Чувствительность — 60—96,9%; специфичность — 70—87,6%; ППЗ — 3,9—71,3%, ОПЗ — 99%.
	<b>Scudder et al., 2022 (k=15).</b> В психиатрических популяциях определяет 36—66% пациентов, в непсихиатрических — 3—10%	<b>Harris et al., 2019 (k=1).</b> Чувствительность — 95,8%, специфичность — 5,8%, ППЗ —

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
		<p>16,8%, ОПЗ — 87,5% (попытки через 6 мес.).</p> <p><b>Scudder et al., 2022 (k=15).</b> Чувствительность — 60—93%, специфичность — 43—92%.</p> <p><b>Newton et al., 2017 (k=1).</b> На выборке пациентов детского психиатрического отделения неотложной помощи: чувствительность — 98%, специфичность — 66%. На выборке пациентов детского общего отделения неотложной помощи: чувствительность — 97%, специфичность — 88%. У подростков с положительным ответом хотя бы на один вопрос риск суицида в 3 раза выше (положительное отношение правдоподобия — 2,8)</p>
<p>2. Колумбийская шкала тяжести суицида (Columbia-Suicide Severity Rating Scale; Posner et al., 2011) [26]</p>	<p>Версия для скрининга включает до 7 вопросов о суицидальной идеации и поведении: риск оценивается как ответ «да» на любой из них. Полная версия включает также оценку типа суицидального поведения, его летальность, интенсивность, частоту, продолжительность, контролируемость и причины.</p> <p><b>Newton et al., 2017 (k=1).</b> Внутренняя надежность шкалы — высокая (<math>\alpha=0,81</math> для шкалы интенсивности).</p>	<p><b>Harris et al., 2019 (k=4).</b> Отношение рисков — 1,15—1,51 для повышения общего балла на 1.</p> <p><b>Scudder et al., 2019 (k=12).</b> Интенсивность и степень тяжести суицидальной идеации значимо связаны с повторными обращениями в больницу из-за суицидальных попыток.</p>

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
	<p><b>Erford et al., 2017 (k=3).</b> Средняя надежность по подросткам и взрослым — <math>\alpha=0,84</math>, наивысшая — <math>\alpha=0,95</math> — у подростков, совершивших суицидальные попытки.</p> <p><b>Scudder et al., 2019 (k=12).</b> В психиатрических популяциях частота риска — 66—86%</p>	<p><b>Newton et al., 2017 (k=1).</b> Предикторы повторных обращений за медицинской помощью в связи с суицидальной попыткой — шкала интенсивности (отношение рисков — 1,09) и продолжительность суицидальной идеиции (отношение рисков — 1,80).</p> <p><b>Erford et al., 2017 (k=1).</b> Чувствительность — 100%, специфичность — 96—100%. 100% предсказание прерванных и истинных попыток. Для остановленных попыток — чувствительность 99,4%, специфичность — 100%</p>
<p>3. Опросник суицидальной идеиции и Опросник суицидальной идеиции для младших подростков (Suicidal Ideation Questionnaire и Suicidal Ideation Questionnaire-Junior; Reynolds, 1988) [29]</p>	<p>Основная методика предназначена для подростков от 15 лет и включает 30 пунктов (9 критических). Версия для младших подростков может предъявляться от 10 лет и состоит из 15 пунктов (6 критических). Общий балл и критические пункты указывают на суицидальный риск. Пункты оцениваются по 7-балльной шкале.</p> <p><b>Cervantes et al., 2022 (k=3).</b> Внутренняя надежность шкалы — высокая (<math>\alpha=0,97</math>).</p> <p><b>Erford et al., 2017 (k=14).</b> Обобщенные показатели внутренней надежности: <math>\alpha=0,95</math>.</p> <p><b>Scudder et al., 2022 (k=11).</b> Частота выявления риска в психиатри-</p>	<p><b>Harris et al., 2019 (k=3).</b> Для полной шкалы: Отношение рисков — 1,01, <math>p \leq 0,05</math>, но только если в регрессию не вводились другие показатели. Для краткой шкалы: отношение рисков для отсутствия попыток в будущем — 0,93 для повышения общего балла на 1; 1,30 — для повышения на 10. Отношение рисков в многомерной модели — 1,23; <math>p=0,003</math>.</p> <p><b>Erford et al., 2017 (k=3).</b> Для полного опросника: критическое значение 30 баллов: чувствительность —</p>

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
	<p>ческих популяциях — 40—66%, в непсихиатрических медицинских — 0—10%. При универсальном скрининге частота выявления риска — 78—88%.</p>	<p>78%, специфичность — 65%, ППЗ — 73%, ОПЗ — 72%. Критическое значение — 35 баллов: чувствительность — 70%, специфичность — 65%, ППЗ — 73%, ОПЗ — 66%. Для краткой версии: критическое значение — 30 баллов (неклиническая выборка): чувствительность — 80%, специфичность — 86%, ППЗ — 27%, ОПЗ — 98%. Критическое значение — 34 балла (клиническая выборка): чувствительность — 69%, специфичность — 61%</p>
<p>4. Опросник риска суицида (Risk of Suicide Questionnaire; Horowitz et al., 2001) [15]</p>	<p>Краткая методика: 4 пункта оцениваются по шкале «да», «нет», «нет ответа». На риск указывает любой положительный (в некоторых версиях — неотрицательный) ответ.</p> <p><b>Cervantes et al., 2022 (k=2).</b> Внутренняя надежность шкалы неудовлетворительная (<math>\alpha = 0,46—0,63</math>).</p> <p><b>Newton et al., 2017 (k=2).</b> Умеренные показатели надежности (<math>\alpha = 0,64—0,65</math>). Для версии с двумя пунктами — выше, чем для версии с 4 пунктами</p>	<p><b>Scudder et al., 2022 (k=7).</b> Чувствительность — 50—98%, специфичность — 37—79%.</p> <p><b>Gaynes et al., 2004 (k=1).</b> Чувствительность — 98%, специфичность — 37%, ППЗ — 55%, ОПЗ — 97%</p>
<p>5. Колумбийский скрининг суицидов (Columbia Suicide Screen; Shaffer et al., 2004) [34]</p>	<p>Опросник включает 11 пунктов о суицидальных попытках, суицидальной идеации, негативном настроении и употреблении ПАВ. Пункты включены в более</p>	<p><b>Shaffer et al.</b> Риск определяется как суицидальная идеация/попытка + общий балл негативных эмоций <math>\geq 3</math>. При таком</p>

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
	широкий опросник, содержащий 32 вопроса о здоровье и 4 — о взаимоотношениях в семье. Ответы даются по визуальной 5-балльной шкале	определении ППЗ — 16%, ОПЗ — 99%
6. Шкала вероятности суицида (Suicide Probability Scale; Cull, Gill, 1992) [2; 8]	Состоит из 36 вопросов с оценкой по 4-балльной шкале. Кроме общей шкалы вероятности суицида, измеряет безнадежность, суицидальную идеацию, негативную самооценку и враждебность.  <b>Erford et al., 2017 (k=10)</b> . Показатели внутренней надежности на смешанных выборках — $\alpha=0,91$	<b>Runeson et al., 2017 (k=1)</b> . Чувствительность — 48%, специфичность — 80%.  <b>Erford et al., 2017 (k=2/38)</b> . Чувствительность — 28—65%, специфичность — 64—90% (более высокие значения, если критический балл — 78)
7. Скрининг риска суицида (Suicide Risk Screen; Thompson, Eggert, 1999) [36]	Содержит 7 пунктов, основывающихся на факторах риска суицида (суицидальное поведение, депрессия и употребление ПАВ). Вопросы замаскированы с помощью включения в Опросник для старшей школы (High School Questionnaire), измеряющий другие факторы риска. Надежность — $\alpha=0,81$	<b>O'Connor et al., 2013 (k=1)</b> и <b>Viswanathan et al., 2022 (k=1)</b> . Чувствительность — 87—91%, специфичность 60%, ППЗ — 37,8%, ОПЗ — 94,4%
8. ИмPLICITный ассоциативный тест о смерти (Death Implicit Association Test; Nock et al., 2010; Brent et al., 2021) [8; 22]	Содержит 7 блоков, 3 из которых — тренировочные. В блоках 3 и 6 по 20 проб, в блоках 4 и 7 — по 40. Пробы делятся на конгруэнтные (я и жизнь/не я и смерть) и неконгруэнтные (я и смерть/не я и жизнь). По результатам скорости классификации стимулов рассчитывается показатель D, указывающий на силу ассоциации между жизнью и собой	<b>Scudder et al., 2022 (k=1)</b> . Предсказывает попытки в течение трех месяцев (область под кривой в группе риска — 0,59; в общей клинической группе — 0,67)
9. Шкала самооценки ожидаемого суицидального риска (Self-	Три пункта (уверенность в том, что попытка суицида не будет совершена в будущем — обратный пункт; уверенность в том, что	<b>Scudder et al., 2022 (k=1)</b> и <b>Harris et al., 2019 (k=1)</b> . Площадь под кривой — 0,79; чувстви-

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
Assessed Expectations of Suicide Risk Scale; Czyz et al., 2016) [9]	можно будет удержаться от суицида, даже если есть суицидальные мысли; уверенность в том, что респондент расскажет кому-то о суицидальных мыслях). Оценка по шкале от «0» до «10», где «5» — «в какой-то степени уверен». Можно было выбрать ответ «не уверен»	тельность — 79%, специфичность — 76%
10. Компьютеризированный адаптивный скрининг суицидов у молодежи (Computerized Adaptive Screen for Suicidal Youth; King et al., 2021) [17]	Включает 72 пункта из разных методик, оценивающих суицидальное поведение, несуицидальное самоповреждение, безнадежность, депрессию, отношения в семье и с ровесниками, травлю, контроль веса и нарушения пищевого поведения, сон, импульсивное поведение, социальную тревогу, агитацию, позитивные эмоции, употребление ПАВ, травматические события, мысли об убийстве, сексуальное и физическое насилие, расставание родителей, импульсивную агрессию	<b>Scudder et al., 2022 (k=1)</b> . Площадь под кривой — 0,87—0,89
<b>Скрининговые вопросы на оценку суицидального риска</b>		
11. Три вопроса для оценки суицидального риска [King et al., 2015] [16]	3 вопроса с выбором ответов да/нет (желание умереть, суицидальные мысли, суицидальная попытка за месяц). Риск — положительный ответ на вопросы № 2 или № 3	<b>Cervantes et al., 2022 (k=1)</b> . Чувствительность — 67—73%, специфичность — 48%. Чувствительность более высокая, если оцениваются только попытки, без учета другого суицидального поведения (планов и т. д.)
12. Скрининг с одним вопросом (Single-Question Screen; Rutman et al., 2008) [32]	Вопрос направлен на оценку чувства печали или подавленности и предполагает дихотомический ответ (да/нет)	<b>Newton et al., 2017 (k=1)</b> . Чувствительность — 56%, специфичность — 93%, ППЗ — 83%, ОПЗ — 78%

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
13. Скрининг с двумя вопросами (Two-Question Screen; Rutman et al., 2008) [32]	Один вопрос направлен на оценку чувства печали, подавленности или безнадежности; второй — на оценку сниженного интереса и удовольствия от жизни. Вопросы оцениваются по дихотомической шкале (да/нет)	<b>Newton et al., 2017 (k=1).</b> Чувствительность — 78%, специфичность — 82%, ППЗ — 72%, ОПЗ — 87%
<b>Оценка суицидального риска более общими (неспецифичными) методиками</b>		
14. Шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Scale; Beck, Steer, 1988) [3]	Содержит 20 пунктов, с выбором ответов по дихотомической шкале	<b>Harris et al., 2019 (k=1).</b> Отношение рисков — 1,51; $p < 0,001$ для повышения общего балла на 5 (логистическая регрессия)
15. Шкала оценки депрессии у детей — Новая форма (Children's Depression Rating Scale-Revised; Poznanski, Mokros, 1996) [27]	Изначально разрабатывалась для возрастной группы 6—12 лет. Содержит 17 пунктов, которые оцениваются по 5- или 7-балльной шкале. Внутренняя согласованность: $\alpha = 0,85$	<b>Harris et al., 2019 (k=1).</b> Отношение рисков — 1,29; $p = 0,002$ для повышения общего балла на 10 (логистическая регрессия)
<b>Прогноз самоповреждающего поведения (вне зависимости от суицидальных намерений)</b>		
16. ИмPLICITный тест самоповреждающего поведения (The Self-Injury Implicit Association Test; Nock, Banaji, 2007) [20]	Компьютеризированный тест на скорость реакции, содержит стимулы, относящиеся к самоповреждению или нейтральные, и стимулы, относящиеся к респонденту («я», «мой») или к другим. В первом блоке респонденты классифицируют стимулы, нажимая на одну клавишу для стимулов «самоповреждение» и «я» и на другую для стимулов «не самоповреждение» и «не я». Во втором блоке инструкция меняется, стимулы «самоповреждение» ставятся в пару к «не я». Разница в средней скорости реакции оценивает силу ассоциации между самоповреждением и собой	<b>Harris et al., 2019 (k=1).</b> Не был значимым предиктором повторного самоповреждения через 3 мес. (отношение рисков — 3,10; $p > 0,05$ )

Методика	Характеристики методики	Прогностическая валидность методики
17. Интервью о самоповреждающих мыслях и поведении (Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview; Nock et al., 2007) [21]	Делится на 5 модулей (общее количество пунктов — 169). Оцениваются наличие, частота и характеристики суицидальной идеации, планов, демонстрации намерения, попыток и несуицидальных самоповреждений. Каждый модуль открывается скрининговым вопросом; если ответ отрицательный, модуль пропускается. Оцениваемые характеристики включают возраст начала, частоту за месяц, год и всю жизнь, тяжесть, функции, переживание физической боли и вероятность будущих суицидальных/самоповреждающих действий	<b>Harris et al., 2019 (k=1).</b> Предиктор повторного самоповреждения через 3 мес. (отношение рисков — 1,82; p=0,002)
18. Опросник суицидальной идеации (Suicidal Ideation Questionnaire; Reynolds, 1988) [29]	См. строку 2	<b>Harris et al., 2019 (k=1).</b> Чувствительность — 27,3%, специфичность — 99,2%, ППЗ — 85,7%, ОПЗ — 85,6% (прогноз через 6 мес.)
19. Опросник самоповреждения (Self-Harm Questionnaire; Ougrin, Boege, 2013) [24]	Содержит 3 скрининговых вопроса о предыдущем самоповреждении с оценкой по 4-балльной шкале. При положительном ответе на скрининговые вопросы становятся доступны еще 12 пунктов, оценивающие степень тяжести, функции и последствия самоповреждения (шкалы для этих вопросов варьируют от 3 до 9 баллов).	<b>Harris et al., 2019 (k=1).</b> Чувствительность 94,7%, специфичность 34,6%, ППЗ — 25,4%, ОПЗ — 96,6% (прогноз через 3 мес.).  <b>Faura-Garcia et al., 2021 (k=2).</b> Чувствительность — 97,96%, специфичность — 54,39%, ППЗ — 64,86%, ОПЗ — 96,88% (мексиканская версия)

*Примечание:* ППЗ и ОПЗ — положительные и отрицательные предиктивные значения;  $\alpha$  — альфа Кронбаха; k — количество статей.

Таблица 3

Рекомендации для клиницистов и исследователей по оценке риска суицидального и самоповреждающего поведения

Автор	Рекомендации для клиницистов	Трудности и барьеры	Рекомендации для исследователей
Cervantes et al., 2022 [7]	Получены данные в пользу проведения универсального скрининга (со всеми пациентами вне зависимости от наличия психиатрических проблем). Необходим подробный план действий при положительном результате скрининга (дальнейшая диагностика, направление к специалистам, повторные приглашения в клинику)	В контексте разработки методик суицидальный риск чаще оценивается исследователями, а не медицинскими работниками, из-за чего нет данных о том, могут ли эти протоколы использоваться в клинической практике. Не разработаны протоколы, учитывающие интеграцию скрининга в работу медицинских работников. Не разработаны оптимальные методики оценки суицидального риска. Методики учитывают только самоотчет подростка, но не содержат вопросов для родителей (что может быть важно, если у ребенка есть нарушения развития)	Требуется больше исследованных методик диагностики суицидальной идеации на больших выборках, включающих представителей маргинализированных групп, у которых риск суицида выше. Рекомендуется
Egford et al., 2017 [10]	Комплексная диагностика (методическая триангуляция), включающая оценку клинициста, мнемотехники, оценку факторов риска. Необходимо учитывать надежность и валидность (внутрен-	Методические: ряд методик требует специального образования для их применения; отсутствие образования может затруднить принятие решения о помощи пациенту	Требуется больше исследовать методики диагностики суицидальной идеации на больших выборках, включающих представителей маргинализированных групп, у которых риск суицида выше. Рекомендуется

Автор	Рекомендации для клиницистов	Трудности и барьеры	Рекомендации для исследователей
Faust-Garcia et al., 2021 [11]	Обзор не выявил методик, которые можно было бы использовать в клинике	Недостаточное количество методик валидизировано. Несуицидальное самоповреждение недостаточно четко концептуализировано; многие методики носят описательный характер	Требуется более строгий подход к валидации методик (описание разных типов валидности, подробное описание этапов исследования). Рекомендуется выделять и сравнивать разные возрастные группы
Gaynes et al., 2004 [12]	Недостаточно данных для практических рекомендаций	Нет информации о затратах скринингов и их потенциальных эффектах, как полезных, так и вредных. Нет информации о скринингах суицидального риска в психиатрических группах при оказании первичной медицинской помощи (например, у врача общей практики)	Рекомендуется проведение исследований в области оценки риска и эффективности терапии суицидального поведения. Рекомендации включают проведение более крупных исследований, фокус на психиатрических популяциях, выделение групп по возрасту, полу, этносу и уровню тяжести риска
Harris et al., 2019 [13]	Ни одна из методик не обладает достаточной прогностической валидностью для оценки риска суицидального поведения или причинения себе намеренного вреда	Выявлен ряд проблем с оценкой риска суицида или причинения себе намеренного вреда: 1) неясно, как использовать данные методик для определения индивидуальных последствий для пациентов; 2) некоторые модели тестирования (особенно, компьютеризированные	Необходимо больше исследований с целью оценки: 1) влияния прошлого опыта на повторные самоповреждения или суицидальные попытки; 2) возможностей использования методик самооценки риска суицида;

Автор	Рекомендации для клиницистов	Трудности и барьеры	Рекомендации для исследователей
Newton et al., 2017 [19]	<p>Рекомендуется проведение скрининга нарушений психического здоровья врачами общей практики — для первичного выявления проблем или оценки риска у детей, которым уже поставлен диагноз. Первичный скрининг суицидального риска должен приводить к последующей оценке психиатром. Рекомендуется выбирать методики, направленные на оценку суицидального риска, с высокой чувствительностью</p>	<p>методики и батареей, включающие большое количество тестов) неэффективно использовать на практике; 3) методики значительно различаются по содержанию (например, слишком мало методик включает вопросы на опыт самоповреждений, хотя это фактор риска суицидального поведения)</p>	<p>3) валидность моделей повторного самоповреждения / суицидальной попытки</p>
O'Connog et al., 2013 [23]	<p>Недостаточно данных для практических рекомендаций</p>	<p>Валидизированные скрининговые методики, выявляющие проблемы в области психического здоровья, используются в детских отделениях неотложной помощи менее, чем в 10% случаев. В случае скрининга суицидального риска могут быть опасения причинить пациенту дискомфорт или получить ложноположительный результат</p>	<p>Необходимы исследования, чтобы определить минимально допустимые значения чувствительности, специфичности и отношения правдоподобия скрининговых тестов для детей и подростков в условиях отделения скорой помощи</p>
		<p>Данных о применении методик скрининга суицидального риска у подростков недостаточно. Имеющиеся данные указывают на их не очень</p>	<p>Требуются дальнейшие исследования того, может ли массовый скрининг суицидального риска помочь подросткам</p>

Автор	Рекомендации для клиницистов	Трудности и барьеры	Рекомендации для исследователей
Runeson et al., 2017 [31]	В силу методологических ограничений польза применения методик в клинике ограничена их коммуникативной функцией	высокую предсказательную валидность и большое количество ложноположительных результатов	Рекомендуется более строгое планирование исследований, выделение и сравнение возрастных групп, набор больших выборок и использование методов анализа данных, подходящих для оценки редких событий. Методики оценки суицидального риска рекомендуются приспособить к коморбидным диагнозам (депрессия, личностные расстройства)
Scudder et al., 2022 [33]	Рекомендуется составление локального протокола, приспособленного к нуждам конкретного отделения неотложной помощи. Протокол должен содержать следующие решения: 1) проводить ли скрининг для всех пациентов или только	Методики оценки суицидального риска у подростков и взрослых демонстрируют недостаточную диагностическую валидность. Большие содержательные различия между методиками могут привести к их низкой согласованности друг с другом (один и тот же пациент получит разные оценки риска)	Нет рекомендаций для исследователей

Автор	Рекомендации для клиницистов	Трудности и барьеры	Рекомендации для исследователей
Viswanathan et al., 2022 [37]	<p>пациентов с психиатрическими проблемами;</p> <p>2) какой инструмент выбрать, насколько легко с ним будет работать, в какой модальности его предъявлять (компьютеризированные методики или интервью);</p> <p>3) какие действия предпринимать, если у пациента выявлен высокий риск суицида</p>	<p>Неясно, могут ли методики, направленные на скрининг только суицидального риска, быть эффективными и полезны в условиях массового скрининга в отделении неотложной помощи</p>	<p>Нет рекомендаций для исследователей.</p>

## Обсуждение

Проведенный систематический обзор показал, что методики оценки суицидального риска и риска будущих самоповреждений у детей и подростков различаются по показателям прогностической валидности. Ряд методик позволяет достаточно точно выделить группы с низким суицидальным риском, но не выделяет группы с высоким риском; наоборот, другие методики переоценивают риск суицидального поведения. Зачастую это соотношение меняется просто из-за использования разных критических баллов, характеризующих высокий суицидальный риск.

Хотя в литературе упоминаются недостатки переоценки риска — например, высокая нагрузка на психиатрические службы [33], некоторые авторы все-таки рекомендуют отдавать предпочтение более чувствительным методикам, даже при несколько сниженных показателях специфичности. Это оправдывается высокой ценой пропуска суицидального намерения [19]. При этом, для сравнения, мета-анализ диагностики суицидального риска у взрослых в клинической беседе врачами-психиатрами показал, что их оценки характеризуются низкой чувствительностью (31%) и высокой специфичностью (86%) [38]. Большая часть приведенных в данном обзоре методик превосходят клинические оценки по чувствительности, а некоторые (скрининг «Спроси про суицид» на отдельных выборках и Колумбийская шкала тяжести суицида) и по специфичности, что делает их более пригодными для прогнозирования суицидальных попыток.

Волнующий исследователей вопрос об искренности пациентов и об их попытках скрывать суицидальную мотивацию на подростковых выборках дал парадоксальный результат. Тесты неосознаваемых ассоциаций, как для суицидального, так и для самоповреждающего поведения, показали худший результат, чем методики самоотчета. Тогда как умеренно высокая и сбалансированная прогностическая валидность была определена для прямых вопросов о будущем суицидальном поведении (Шкала самооценки ожидаемого суицидального риска), где риск оценивался самим респондентом [9; 13]. Однако данная шкала использовалась лишь однажды, что указывает на необходимость дальнейшего исследования возможностей такой прямой оценки на разных выборках.

Остается неясным, могут ли краткие методики и отдельные вопросы о суицидальных мыслях так же эффективно прогнозировать будущие действия, как многофакторные опросники и интервью. Согласно результатам данного обзора, краткие методики и скрининги, включавшие от одного до семи вопросов, имели несколько худшие максимальные показатели прогностической валидности, по сравнению с максимальными показателями более развернутых методик (Колумбийская шкала

тяжести суицида — 11 пунктов, Опросник суицидальной идеации для младших подростков — 15 пунктов). Более развернутые методики могут обладать тем преимуществом, что позволяют оценить ряд факторов риска суицидального поведения, однако может возникнуть необходимость в адаптации этих методик к их использованию в условиях стационара.

**Ограничения исследования.** В силу того, что отбирались систематические обзоры, выполненные на детских и подростковых выборках (или отдельные результаты систематических обзоров, выполненных на смешанных выборках), в данный метаобзор не вошли некоторые широко распространенные методики, например, тест суицидальной идеации А. Бека, подробно описанный в статье Эрфорда и коллег [10] на взрослых выборках. Многие методики апробируются на смешанных выборках, включающих старших подростков, однако мы не рассматривали их, так как отсутствовали данные об их прогностической валидности отдельно для этой возрастной группы. Ряд методик, описанных авторами систематических обзоров, также был исключен, так как отсутствовали данные об их прогностической валидности.

## Заключение

Данный систематический обзор систематических обзоров позволил выделить несколько групп методик, использующихся для оценки риска суицидального поведения в подростковом возрасте. Компьютеризированные методики продемонстрировали худшие показатели прогностической валидности, а методики самоотчета — как краткие, так и развернутые — имели более приемлемые показатели.

Следует подчеркнуть, что для проведения скринингов суицидального поведения в подростковой популяции необходимы дополнительные исследования, ориентированные, во-первых, на проверку валидности и применимости на практике наиболее эффективных методик, а во-вторых, на разработку протоколов действий медицинского персонала в случае выявления подростков с высоким суицидальным риском.

## Приложение 1

### Стратегии поиска в базах данных

*Стратегия поиска в PubMed:*

((suicide assessment[Title/Abstract]) OR (suicide screening[Title/Abstract]) OR (self-harm assessment[Title/Abstract]) OR (self-harm

screening[Title/Abstract]) OR (self-harm measure[Title/Abstract]) OR (self-injury assessment[Title/Abstract]) OR (self-injury measure[Title/Abstract]) or (self-injury screening[Title/Abstract]) OR (self-mutilation assessment[Title/Abstract]) OR (self-mutilation screening[Title/Abstract]) OR (self-mutilation tool[Title/Abstract]) OR (suicide risk assessment[Title/Abstract]) OR (repeat self-harm[Title/Abstract])) AND (systematic review[Publication Type]))

*Стратегия поиска в базах EBSCO:*

(“suicide assessment” or “suicide screening” or “self-harm assessment” or “self-harm screening” or “self-harm measure” or “self-injury assessment” or “self-injury measure” or “self-injury screening” or “self-mutilation assessment” or “self-mutilation screening” or “self-mutilation tool” or “suicide risk assessment” or “repeat self-harm”) and (systematic review or meta-analysis)

*Стратегия поиска в Cochrane Database:*

- # 1. (self-harm OR suicide OR self-injury):ti,ab,kw
- # 2. adolescents OR youth OR young adults
- # 3. predict OR risk OR repeat
- # 4. measure OR instrument OR test OR assessment OR tool
- # 5. #1 AND #2 AND #3 AND #4

*Поиск в Elibrary:* в силу ограничений поисковой системы проводился только по названиям и ключевым словам, содержащим сочетания: «суицид», «самоповреждение», «самоповреждающее поведение», «аутодеструктивное поведение», «суицидальное поведение», «систематический обзор».

*Приложение 2*

**Оценка качества источников**

Источник	Критерии по Чек-листу для систематических обзоров											% «да»
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Cervantes et al., 2022	да	да	да	да	да	нет	да	да	нет	да	да	82
Erford et al., 2017	да	да	да	да	нет	нет	нет	да	нет	да	да	64
Faura-Garcia et al., 2021	да	да	да	да	да	да	не-ясно	да	нет	не-ясно	да	73
Gaynes et al., 2004	да	да	да	нет	да	да	да	да	нет	не-ясно	да	73
Harris et al., 2019	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	да	да	91

Источник	Критерии по Чек-листу для систематических обзоров											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	% «да»
Newton et al., 2017	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	да	да	91
O'Connor et al., 2013	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	не-ясно	да	82
Runeson et al., 2017	да	да	да	да	да	да	не-ясно	да	нет	не-ясно	да	73
Scudder et al., 2022	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	да	нет	82
Viswanathan et al., 2022	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	не-ясно	нет	73

*Примечание:* 1 — четкая постановка проблемы обзора; 2 — уместные критерии включения, 3 — уместная стратегия поиска, 4 — достаточные ресурсы для поиска литературы, 5 — уместные критерии оценки исследований, 6 — критическая оценка первоисточников осуществлялась независимо двумя или более исследователями, 7 — применялись методы минимизации ошибок в извлечении данных, 8 — уместные методы комбинирования данных, 9 — оценка вероятности проблемы «архивного ящика», 10 — рекомендации основываются на данных, 11 — уместные направления будущих исследований.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Aromataris E., Fernandez R., Godfrey C., et al.* Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach // *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2015. Vol. 13 (3). P. 132—140. DOI:10.1097/XEB.0000000000000055
2. *Bagge C., Osman A.* The Suicide Probability Scale: Norms and factor structure // *Psychological Reports*. 1998. Vol. 83. P. 637—638. DOI:10.2466/pr0.1998.83.2.637
3. *Beck A.T., Steer R.A.* Beck hopelessness scale manual. San Antonio, TX: Harcourt Brace, 1988. 29 p.
4. *Bernert R.A., Hom M.A., Roberts L.W.* A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice // *Academic Psychiatry*. 2014. Vol. 38. P. 585—592. DOI:10.1007/s40596-014-0180-1
5. *Brent D.A., Grupp-Phelan J., O'Shea B.A., et al.* A comparison of self-reported risk and protective factors and the death implicit association test in the prediction of future suicide attempts in adolescent emergency department patients // *Psychological Medicine*. 2021. Vol. 53 (1). P. 123—131. DOI:10.1017/S0033291721001215
6. Centers for Disease Control and Prevention. Facts About Suicide. April 6, 2023 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html> (дата обращения: 01.05.2023).
7. *Cervantes P.E., Seag D.E., Baroni A., et al.* Universal suicide risk screening for youths in the emergency department: a systematic review // *Psychiatric Services*. 2022. Vol. 73 (1). P. 53—63. DOI:10.1176/appi.ps.202000881

8. *Cull J.G., Gill W.S.* Manual for the Suicide Probability Scale. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1992. 67 p.
9. *Czyz E.K., Horwitz A.G., King C.A.* Self-rated expectations of suicidal behavior predict future suicide attempts among adolescent and young adult psychiatric emergency patients // *Depression and Anxiety*. 2016. Vol. 33 (6). P. 512—519. DOI:10.1002/da.22514
10. *Erford B.T., Jackson J., Bardhoshi G., et al.* Selecting suicide ideation assessment instruments: A meta-analytic review // *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2018. Vol. 51 (1). P. 42—59. DOI:10.1080/07481756.2017.1358062
11. *Faura-Garcia J., Orue I., Calvete E.* Clinical assessment of non-suicidal self-injury: A systematic review of instruments // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021. Vol. 28 (4). P. 739—765. DOI:10.1002/cpp.2537
12. *Gaynes B.N., West S.L., Ford C., et al.* Screening for Suicide Risk: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2004. 32 p.
13. *Harris I.M., Beese S., Moore D.* Predicting future self-harm or suicide in adolescents: a systematic review of risk assessment scales/tools // *BMJ Open*. 2019. Vol. 9. P. e029311. DOI:10.1136/bmjopen-2019-029311
14. *Horowitz L.M., Bridge J.A., Teach S.J., et al.* Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department // *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2012. Vol. 166. P. 1170—1176. DOI:10.1001/archpediatrics.2012.1276
15. *Horowitz L.M., Wang P.S., Gerald P., et al.* Detecting suicide risk in a pediatric ED: Development of a brief screening tool // *Pediatrics*. 2001. Vol. 107. P. 1133—1137. DOI:10.1542/peds.107.5.1133
16. *King C.A., Berona J., Czyz E., et al.* Identifying adolescents at highly elevated risk for suicidal behavior in the emergency department // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2015. Vol. 25 (2). P. 100—108. DOI:10.1089/cap.2014.0049
17. *King C.A., Brent D., Grupp-Phelan J., et al.* Prospective development and validation of the computerized adaptive screen for suicidal youth // *JAMA Psychiatry*. 2021. Vol. 78. P. 540—549. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.4576
18. *Munn Z., Stern C., Aromataris E. et al.* What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences // *BMC Medical Research Methodology*. 2018. Vol. 18 (5). P. 5. DOI:10.1186/s12874-017-0468-4
19. *Newton A.S., Soleimani A., Kirkland S.W., et al.* A systematic review of instruments to identify mental health and substance use problems among children in the emergency department // *Academic Emergency Medicine*. 2017. Vol. 24 (5). P. 552—568. DOI:10.1111/acem.13162
20. *Nock M.K., Banaji M.R.* Assessment of self-injurious thoughts using a behavioral test // *American Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 164. P. 820—823. DOI:10.1176/ajp.2007.164.5.820
21. *Nock M.K., Holmberg E.B., Photos V.I., et al.* The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample // *Psychological Assessment*. 2007. Vol. 19 (3). P. 309—317. DOI:10.1037/1040-3590.19.3.309

22. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T., et al. Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior // *Psychological Science*. 2010. Vol. 21 (4). P. 511—517. DOI:10.1177/0956797610364762
23. O'Connor E., Gaynes B.N., Burda B.U., et al. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the US Preventive Services Task Force // *Annals of Internal Medicine*. 2013. Vol. 158 (10). P. 741—754. DOI:10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642
24. Ougrin D., Boege I. Brief report: the self harm questionnaire: a new tool designed to improve identification of self harm in adolescents // *Journal of Adolescence*. 2013. Vol. 36 (1). P. 221—225. DOI:10.1016/j.adolescence.2012.09.006
25. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews // *BMJ*. 2021. Vol. 372. DOI:10.1136/bmj.n71
26. 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 // *American Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 168. P. 1266—1277. DOI:10.1176/appi.ajp.2011.10111704
27. Poznanski E.O., Mokros H.B. Children's depression rating scale—revised (CDRS-R). Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1996. 78 p.
28. Quinlivan L., Cooper J., Davies L., et al. Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy // *BMJ Open*. 2016. Vol. 6. P. e009297. DOI:10.1136/bmjopen-2015-009297
29. Reynolds W.M. Reynolds Suicidal Ideation Questionnaire: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988. 47 p.
30. Rowe S.L., French R.S., Henderson C., et al. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: a systematic review // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 48 (12). P. 1083—1095. DOI:10.1177/0004867414555718
31. Runeson B., Odeberg J., Pettersson A., et al. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence // *PLoS ONE*. 2017. Vol. 12 (7). P. e0180292. DOI:10.1371/journal.pone.0180292
32. Rutman M., Shenassa E., Becker B. Brief screening for adolescent depressive symptoms in the emergency department // *Academic Emergency Medicine*. 2008. Vol. 15 (1). P. 17—22. DOI:10.1111/j.1553-2712.2007.00002.x
33. Scudder A., Rosin R., Nelson B.B., et al. Suicide screening tools for pediatric emergency department patients: a systematic review // *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. P. 916731. DOI:10.3389/fpsy.2022.916731
34. Shaffer D., Scott M., Wilcox H., et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 43 (1). P. 71—79. DOI:10.1097/00004583-200401000-00016
35. Smith V., Devane D., Begley C.M., et al. Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions // *BMC Medical Research Methodology*. 2011. Vol. 11. P. 15. DOI:10.1186/1471-2288-11-15
36. Thompson E.A., Eggert L.L. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts // *Journal of the American*

Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1999. Vol. 38. P. 1506—1514. DOI:10.1097/00004583-199912000-00011

37. Viswanathan M., Wallace I.F., Cook Middleton J., et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force // *JAMA*. 2022. Vol. 328 (15). P. 1543—1556. DOI:10.1001/jama.2022.16310
38. Woodford R., Spittal M.J., Milner A., et al. Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019. Vol. 49 (1). P. 23—40. DOI:10.1111/sltb.12395

## REFERENCES

1. Aromataris E., Fernandez R., Godfrey C., et al. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2015. Vol. 13 (3), pp. 132—140. DOI:10.1097/XEB.0000000000000055
2. Bagge C., Osman A. The Suicide Probability Scale: Norms and factor structure. *Psychological Reports*, 1998. Vol. 83, pp. 637—638. DOI:10.2466/pr0.1998.83.2.637
3. Beck A.T., Steer R.A. Beck hopelessness scale manual. San Antonio, TX: Harcourt Brace, 1988. 29 p.
4. Bernert R.A., Hom M.A., Roberts L.W. A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. *Academic Psychiatry*, 2014. Vol. 38, pp. 585—592. DOI:10.1007/s40596-014-0180-1
5. Brent D.A., Grupp-Phelan J., O’Shea B.A., et al. A comparison of self-reported risk and protective factors and the death implicit association test in the prediction of future suicide attempts in adolescent emergency department patients. *Psychological Medicine*, 2021. Vol. 53 (1), pp. 123—131. DOI:10.1017/S0033291721001215
6. Centers for Disease Control and Prevention. Facts About Suicide. April 6, 2023 [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html> (Accessed 01.05.2023).
7. Cervantes P.E., Seag D.E., Baroni A., et al. Universal suicide risk screening for youths in the emergency department: a systematic review. *Psychiatric Services*, 2022. Vol. 73 (1), pp. 53—63. DOI:10.1176/appi.ps.202000881
8. Cull J.G., Gill W.S. Manual for the Suicide Probability Scale. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1992. 67 p.
9. Czyz E.K., Horwitz A.G., King C.A. Self-rated expectations of suicidal behavior predict future suicide attempts among adolescent and young adult psychiatric emergency patients. *Depression and Anxiety*, 2016. Vol. 33 (6), pp. 512—519. DOI:10.1002/da.22514
10. Erford B.T., Jackson J., Bardhoshi G., et al. Selecting suicide ideation assessment instruments: A meta-analytic review. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 2018. Vol. 51 (1), pp. 42—59. DOI:10.1080/07481756.2017.1358062

11. Faura-Garcia J., Orue I., Calvete E. Clinical assessment of non-suicidal self-injury: A systematic review of instruments. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2021. Vol. 28 (4), pp. 739—765. DOI:10.1002/cpp.2537
12. Gaynes B.N., West S.L., Ford C., et al. Screening for Suicide Risk: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2004. 32 p.
13. Harris I.M., Beese S., Moore D. Predicting future self-harm or suicide in adolescents: a systematic review of risk assessment scales/tools. *BMJ Open*, 2019. Vol. 9, p. e029311. DOI:10.1136/bmjopen-2019-029311
14. Horowitz L.M., Bridge J.A., Teach S.J., et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2012. Vol. 166, pp. 1170—1176. DOI:10.1001/archpediatrics.2012.1276
15. Horowitz L.M., Wang P.S., Gerald P., et al. Detecting suicide risk in a pediatric ED: Development of a brief screening tool. *Pediatrics*, 2001. Vol. 107, pp. 1133—1137. DOI:10.1542/peds.107.5.1133
16. King C.A., Berona J., Czyz E., et al. Identifying adolescents at highly elevated risk for suicidal behavior in the emergency department. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2015. Vol. 25 (2), pp. 100—108. DOI:10.1089/cap.2014.0049
17. King C.A., Brent D., Grupp-Phelan J., et al. Prospective development and validation of the computerized adaptive screen for suicidal youth. *JAMA Psychiatry*, 2021. Vol. 78, pp. 540—549. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.4576
18. Munn Z., Stern C., Aromataris E. et al. What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Medical Research Methodology*, 2018. Vol. 18 (5), p. 5. DOI:10.1186/s12874-017-0468-4
19. Newton A.S., Soleimani A., Kirkland S.W., et al. A systematic review of instruments to identify mental health and substance use problems among children in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 2017. Vol. 24 (5), pp. 552—568. DOI:10.1111/acem.13162
20. Nock M.K., Banaji M.R. Assessment of self-injurious thoughts using a behavioral test. *American Journal of Psychiatry*, 2007. Vol. 164, pp. 820—823. DOI:10.1176/ajp.2007.164.5.820
21. Nock M.K., Holmberg E.B., Photos V.I., et al. The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 2007. Vol. 19 (3), pp. 309—317. DOI:10.1037/1040-3590.19.3.309
22. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T., et al. Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychological Science*, 2010. Vol. 21 (4), pp. 511—517. DOI:10.1177/0956797610364762
23. O'Connor E., Gaynes B.N., Burda B.U., et al. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2013. Vol. 158 (10), pp. 741—754. DOI:10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642
24. Ougrin D., Boege I. Brief report: the self harm questionnaire: a new tool designed to improve identification of self harm in adolescents. *Journal of Adolescence*, 2013. Vol. 36 (1), pp. 221—225. DOI:10.1016/j.adolescence.2012.09.006

25. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 2021. Vol. 372. DOI:10.1136/bmj.n71
26. 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. *American Journal of Psychiatry*, 2011. Vol. 168, pp. 1266—1277. DOI:10.1176/appi.ajp.2011.10111704
27. Poznanski E.O., Mokros H.B. Children's depression rating scale—revised (CDRS-R). Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1996. 78 p.
28. Quinlivan L., Cooper J., Davies L., et al. Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. *BMJ Open*, 2016. Vol. 6, p. e009297. DOI:10.1136/bmjopen-2015-009297
29. Reynolds W.M. Reynolds Suicidal Ideation Questionnaire: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988. 47 p.
30. Rowe S.L., French R.S., Henderson C., et al. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: a systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2014. Vol. 48 (12), pp. 1083—1095. DOI:10.1177/0004867414555718
31. Runeson B., Odeberg J., Pettersson A., et al. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE*, 2017. Vol. 12 (7), p. e0180292. DOI:10.1371/journal.pone.0180292
32. Rutman M., Shenassa E., Becker B. Brief screening for adolescent depressive symptoms in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 2008. Vol. 15 (1), pp. 17—22. DOI:10.1111/j.1553-2712.2007.00002.x
33. Scudder A., Rosin R., Nelson B.B., et al. Suicide screening tools for pediatric emergency department patients: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 2022. Vol. 13, p. 916731. DOI:10.3389/fpsy.2022.916731
34. Shaffer D., Scott M., Wilcox H., et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004. Vol. 43 (1), pp. 71—79. DOI:10.1097/00004583-200401000-00016
35. Smith V., Devane D., Begley C.M., et al. Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 2011. Vol. 11, p. 15. DOI:10.1186/1471-2288-11-15
36. Thompson E.A., Eggert L.L. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999. Vol. 38, pp. 1506—1514. DOI:10.1097/00004583-199912000-00011
37. Viswanathan M., Wallace I.F., Cook Middleton J., et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 2022. Vol. 328 (15), pp. 1543—1556. DOI:10.1001/jama.2022.16310
38. Woodford R., Spittal M.J., Milner A., et al. Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2019. Vol. 49 (1), pp. 23—40. DOI:10.1111/sltb.1239

### **Информация об авторах**

*Разваляева Анна Юрьевна*, кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории познавательных процессов и математической психологии, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-3411>, e-mail: [anngraz@rambler.ru](mailto:anngraz@rambler.ru)

*Польская Наталия Анатольевна*, доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); ведущий научный сотрудник, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>, e-mail: [polskayana@yandex.ru](mailto:polskayana@yandex.ru)

*Басова Анна Яновна*, кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной работе Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»); доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5001-8554>, e-mail: [dr.anna.basova@gmail.com](mailto:dr.anna.basova@gmail.com)

### **Information about the authors**

*Anna Yu. Razvaliaeva*, PhD in Psychology, Researcher, Laboratory of Cognitive Processes and Mathematical Psychology, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-3411>, e-mail: [anngraz@rambler.ru](mailto:anngraz@rambler.ru)

*Natalia A. Polskaya*, Doctor of Psychology, Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow State University of Psychology & Education; Leading Researcher, Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>, e-mail: [polskayana@yandex.ru](mailto:polskayana@yandex.ru)

*Anna Y. Basova*, MD, Cand. Sci. (Med.), Deputy Director for Research of the Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva; Associate Professor of the Chair of Psychiatry and Medical Psychology, Pirogov Russian National Research Medical University, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5001-8554>, e-mail: [dr.anna.basova@gmail.com](mailto:dr.anna.basova@gmail.com)

Получена 03.05.2023

Received 03.05.2023

Принята в печать 01.06.2023

Accepted 01.06.2023