

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

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



П.В. Безменов

«09» ДЕКАБРЯ 2024 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 19



«09» ДЕКАБРЯ 2024 г.

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ «БЛИЦ-ОПРОС СУИЦИДАЛЬНОГО
РИСКА»

Методические рекомендации № 76

Москва, 2024

УДК 616.89

ББК 56.14

М71

Организация-разработчик:

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

Авторы-составители:

- П.В. Безменов – к.м.н., директор ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»;
- А.Я. Басова - к.м.н., заместитель директора ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» по научной работе;
- Н.А. Польская - д.п.н., ведущий научный сотрудник ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»;
- С.Л. Залманова - младший научный сотрудник ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»;
- Ю.В. Северина - младший научный сотрудник ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

Рецензенты:

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

Л.С. Печникова – к.п.н., доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова.

«Оценка суицидального риска у подростков с использованием шкалы «Блиц-опрос суицидального риска»/ составители: П.В. Безменов, А.Я. Басова, Н.А. Польская, С.Л. Залманова, Ю.В. Северина – М.: ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» 2024. – 20 с.

В настоящих методических рекомендациях описан подход к оценке суицидального риска у подростков с использованием шкалы «Блиц-опрос суицидального риска». Рекомендации предназначены для специалистов в области психического здоровья, материал может быть использован для постдипломной подготовки врачей-психиатров, при обучении клинических психологов, а также студентов медицинских и психологических ВУЗов.

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

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

ISBN:

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2024

© ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, 2024

© Коллектив авторов, 2024

Оглавление

Нормативные ссылки	3
Сокращения	3
Введение	4
Методики оценки суицидального поведения – современные проблемы	6
Описание шкалы «Блиц-опрос суицидального риска»	8
Психометрическая характеристика шкалы «Блиц-опрос суицидального риска»	10
Заключение	14
Приложение 1. Шкала «Блиц-опрос суицидального риска»	15
Библиографический список	16

Нормативные ссылки

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. Закон РФ от 02.07.1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
3. Приказ Минздрава России от 14.10.2022 N 668н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения"

Сокращения

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

НССП – несуицидальное самоповреждающее поведение

YLL - Years of Life Lost, потерянные года жизни

Введение

Самоубийство – одна из глобальных проблем современного общества. Более 1 из 100 смертей происходит в результате самоубийства. По оценкам, ежегодно во всем мире более 700 000 человек совершают суицид [1], или почти 10 человек на 100 000 населения [2]. Самоубийство является 17-й основной причиной смерти на протяжении всей жизни и занимает четвертое место среди причин смерти среди людей в возрасте 15-29 лет [1]. В 2019 г. от самоубийства погибло 51 829 детей и подростков (5-19 лет), суицид составляет 4,2% от общей детской смертности [3]. Еще большую тревогу вызывает то, что фактическая распространенность суицида может быть значительно выше, чем сообщается, из-за стигматизации, неправильной классификации и погрешности наблюдения [4]. С начала 2000 и до 2019 г. распространенность самоубийств неуклонно снижалась [6], но пандемия COVID-19 привела к 10% росту подростковых самоубийств [7]. Хотя пик распространенности суицидов приходится на старшую возрастную группу, оценка бремени подростковых самоубийств с учетом потерянных лет жизни (Years of Life Lost, или YLL) выводит их на одно из первых мест по социальным и экономическим последствиям для общества. Анализируя исследования зарубежных авторов, нельзя не отметить, что проблема суицидального поведения заметно «помолодела» и затрагивает уже не подростковый, а детский возраст, постепенно смещаясь к возрасту 11-12 лет и младше. Это указывает как на необходимость гораздо более внимательного отношения специалистов к детям препубертатного возраста, так и смещения фокуса программ первичной профилактики и усилий по диагностике на более раннюю возрастную группу [8].

По определению ВОЗ: «Суицидальное поведение относится к типам поведения, включающим мысли о суициде (или идеацию), планирование самоубийства, суицидальные попытки и сам суицид» [9]. Суицидальные мысли определяются как мысли, фантазии на тему собственной смерти. Суицидальные намерения (планы) рассматриваются как осознанное решение покончить с собой, поиск и выбор способов, составление плана совершения самоубийства. К суицидальным действиям (попыткам) относятся осознанные преднамеренные действия, направленные на лишение себя жизни, результатом которых может стать завершённый суицид. В докладе ВОЗ «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» самоубийство определяется как «результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода» [10]. В континууме аутоагрессивного поведения

особое место занимает несуйцидальное самоповреждающее поведение (НССП) - преднамеренное нарушение целостности своего тела, не преследующее суйцидальных намерений, в целях, не санкционированных обществом [10]. По мнению большинства авторов, такое поведение играет важную роль в суйцидогенезе [11], особенно на этапе перехода от мыслей к попыткам.

Самоубийства представляют собой завершающую, часть сложного и, нередко, достаточно длительного суйцидального процесса (суйцидальные мысли, НССП, намерения, попытки), который может прерваться на любом этапе. НССП представляет собой наиболее распространенный вид аутоагрессивного поведения (по разным оценкам от 17 до 46% подростков школьного возраста), и является одним из важнейших факторов риска самоубийства. Суйцидальные мысли встречаются значительно реже (10-25%), еще реже выявляются суйцидальные намерения (от 2,3 до 9,9%) и попытки (от 1,3 до 6%). В большинстве случаев траектория суйцидального поведения составляет около 1,5 до 2 лет, что, при своевременном выявлении, позволяет специалистам прервать суйцидальный процесс. Однако, в части случаев (20-40%) суйцидальное поведение разворачивается стремительно за несколько часов или дней, самоубийство происходит совершенно неожиданно для окружающих [8]. Такие случаи требуют дальнейшего углубленного изучения и особого подхода к диагностическому инструментарию.

Методики оценки суицидального поведения – современные проблемы

Больные с суицидальными проявлениями могут встретиться врачу любой специальности, включая педиатра, невролога и др., по разным данным, суицидальные проявления встречаются у 2–7% пациентов общесоматической сети, в том числе у детей и подростков [12–14]. Большинство современных исследователей подчеркивает ведущую роль врачей общей практики в первичной профилактике, выявлении и маршрутизации пациентов из группы риска [15, 16]. Так, по данным зарубежных специалистов, 45% (по другим источникам – 25–60%) людей, совершивших самоубийство, обращались за неделю до этого за медицинской помощью, и только 67% из них в результате получили медицинскую помощь [17–19]. Тем не менее, врачи общесоматической сети редко оценивают суицидальный риск у своих пациентов [19]. В качестве одной из причин указывалось отсутствие достоверных и простых в использовании инструментов для определения суицидального риска у подростков. Несмотря на то, что шкалы и опросники суицидального риска широко представлены в научной литературе, использование их в рутинной практике затруднено. Большинство шкал предназначены для взрослых и не адаптированы на подростковых выборках (особенно, если речь идет о младших подростках). При этом исследователи рекомендуют проводить универсальный скрининг суицидального поведения и разрабатывать протоколы действий медицинского персонала в случае суицидального риска [21].

Проведенный нами ранее систематический обзор систематических обзоров по методикам оценки риска суицидального поведения, выявил 10 работ, включавших выборки подростков (исключительно или вместе с другими возрастными группами), и позволил обобщить показатели прогностической валидности 18 методик [22]. Методики разного типа продемонстрировали различные недостатки: так, компьютеризированные методики (имплицитные ассоциативные тесты) не обладают достаточной прогностической валидностью на подростковых выборках; опросники для диагностики риска самоповреждений, скрининговые вопросы и краткие методики самоотчета большей частью показали несбалансированную чувствительность и специфичность; опросники на диагностику депрессии и безнадежности вносили значимый, но слишком небольшой вклад в последующее суицидальное поведение. Наилучшей клинической методикой оказалась Колумбийская шкала тяжести суицида (Columbia-Suicide Severity Rating Scale – чувствительность и специфичность достигают 100%) [22], а краткой методикой самоотчета – Шкала ожидаемого суицидального риска (Self-Assessed

Expectations of Suicide Risk Scale), где подростки напрямую оценивают риск последующего суицидального поведения [23].

Таким образом, на настоящий момент большинство методик оценки риска суицида страдают от проблем с прогностической валидностью – происходит либо переоценка, либо недооценка риска последующего вреда себе. Многие методики не позволяют дифференцировать вероятность несуйцидальных самоповреждений от суицидальных намерений и попыток [24, 25], что необходимо как для дальнейшей маршрутизации пациента, так и выбора тактики его лечения, поскольку при несуйцидальном самоповреждающем поведении (НССП) пациент стремится ослабить негативные эмоциональные переживания, а при суицидальных попытках – умереть. До настоящего времени разработано крайне мало методик оценки суицидального риска у подростков, которые можно было бы рекомендовать в качестве надежного инструмента не только для клинических, но и популяционных исследований, а также для практического использования врачами, работающими с подростками. Методики, которые сегодня используются, нередко трудоемкие в проведении и обработке, тогда как оценка суицидального риска требует лаконичных, простых в использовании и быстрых в обработке шкал, позволяющих оперативно выявить подростка с высоким суицидальным риском.

В качестве такой шкалы может быть предложена шкала «Блиц-опрос суицидального риска». Предварительные результаты по применению этой шкалы были опубликованы и доложены на научно-практических конференциях [26].

Описание шкалы «Блиц-опрос суицидального риска»

Разработанная в Центре шкала «Блиц-опрос суицидального риска» включает в себя 6 пунктов и направлена на экспресс-диагностику суицидального риска у подростков (**приложение 1**).

Три пункта относятся к мыслям, планам и намерениям/попыткам умереть, которые подросток мог переживать за последние три месяца; еще два пункта относятся к несуицидальным самоповреждениям и суицидальным попыткам в прошлом, один – к суицидальному намерению на момент обследования. Выбор ответов осуществляется по дихотомической шкале да/нет. На основании ответов может быть определена степень суицидального риска.

Вопросы шкалы отражают как актуальный суицидальный риск, так и этапы суицидального процесса от суицидальных мыслей («*Думал ли ты о том, что хочешь умереть?*») к намерениям («*Придумал ли ты план, как ты хочешь умереть?*») и, далее, попыткам («*Пробовал ли ты осуществить этот план?*»).

О высоком актуальном суицидальном риске свидетельствуют положительные ответы на вопросы: «*Пробовал ли ты осуществить этот план?*», «*Думаешь ли ты о том, чтобы умереть прямо сейчас?*». Положительный ответ на любой из этих вопросов указывает на необходимость экстренной госпитализации пациента и оказания неотложной психиатрической помощи.

Анамнестические данные о предшествовавших суицидальных попытках («*Пробовал ли ты уже когда-нибудь умереть?*») и о наличии НССП («*Наносил ли ты когда-нибудь себе повреждения: ударял, резал, обжигал себя или повреждал себя другим образом?*») дополняют оценку суицидального риска. Согласно современным представлениям каждая суицидальная попытка повышает риск повторной попытки самоубийства. НССП в большинстве случаев не несет непосредственной угрозы жизни пациента, но представляет собой «входные ворота» для суицидальных попыток [27]. Показано, что наличие в анамнезе НССП является гораздо большим предиктором суицида, чем собственно суицидальное поведение [28], такие люди совершают самоубийство в 30 раз чаще, чем в общей популяции [29].

Вопросы сформулированы в прямой, понятной для подростка форме. Прямые вопросы нередко вызывают настороженность у специалистов, опасаящихся спровоцировать возникновение или обострение суицидального поведения [19]. Однако, результаты исследований показали, что использование прямых вопросов о суицидальных намерениях не только не ухудшает, но напротив, улучшает состояние

пациента. Так, при оценке ятрогенных рисков суицидальных опросов среди молодежи (2000 участников) было установлено, что использование вопросов о суицидальных намерениях не только не ухудшали общее состояние и настроение, и не усиливали суицидальных проявлений, но, напротив, улучшали самочувствие тех молодых людей, которые на момент проведения опроса страдали от суицидального поведения [30]. Сходные данные были получены и в других масштабных исследованиях [31, 32].

Психометрическая характеристика шкалы «Блиц-опрос суицидального риска»

Оценка психометрических свойств шкалы проводилась при участии пациентов стационарных отделений Центра им. Г.Е. Сухаревой в возрасте от 10 до 17 лет. Суицидальное поведение на момент госпитализации отмечалось у всех испытуемых, причем 65,8% подростков были госпитализированы после совершения суицидальной попытки, а у 34,2% основным показанием к госпитализации послужили суицидальные намерения, включавшие как планирование, так и подготовку к совершению суицида.

НССП поведение отмечено у большинства подростков с суицидальным поведением. Хотя отнесение НССП к суицидальному поведению является дискутабельным, большинство авторов признает значимую роль НССП в оценке суицидального риска [29–31].

Для проверки конвергентной валидности шкалы использовались следующие методики: Колумбийская шкала оценки тяжести суицида, Шкала безнадежности Бека, Шкала депрессии Бека для подростков, Шкала суицидальных мыслей Бека.

Факторная структура проверялась с помощью конфирматорного факторного анализа; при этом наиболее высокие показатели были получены для однофакторной модели. Внутренняя согласованность шкалы «Блиц-опрос суицидального риска» составила приемлемое значение 0,70.

Шкала показала значимые связи со шкалами депрессии, безнадежности и суицидального мышления (табл. 1).

Табл. 1. Связи общей шкалы Блиц-опроса с суицидальным мышлением (n=108), депрессией (n=106) и безнадежностью (n=102) (корреляции Спирмена).

Показатель	Блиц-опросник суицидального риска	Депрессия	Безнадежность	Суицидальное мышление
Блиц-опросник суицидального риска	1***			
Депрессия	0,5***	1***		
Безнадежность	0,47***	0,84***	1***	

Суицидальное мышление	0,58***	0,67***	0,69***	1***
-----------------------	---------	---------	---------	------

Примечание. *** – $p < 0.001$.

Note. *** – $p < 0.001$.

Для подсчета связей между шкалой «Блиц-опрос суицидального риска» и вопросами из Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида использовался корреляционный анализ Спирмена и точечно-бисериальные коэффициенты для дихотомических шкал (табл. 2).

Табл. 2. Связи общей шкалы Блиц-опроса с отдельными пунктами Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида.

Показатели	Блиц-опрос (сумма)
<i>Суицидальные идеи (точечно-бисериальные коэффициенты)</i>	
Желание умереть	0,33
Активные неспецифические мысли о самоубийстве	0,50***
Актуальные суицидные идеи, при отсутствии намерения действовать	0,26
Актуальные суицидные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана	0,27
Актуальные суицидные идеи с конкретным планом и намерением	0,41*
<i>Интенсивность суицидальных идей (коэффициенты Спирмена)</i>	
Частота	0,32*
Продолжительность	0,25
Контролируемость	0,16
Сдерживающие факторы	0,27
Основания суицидных идей	0,11
<i>Суицидальное поведение (точечно-бисериальные коэффициенты)</i>	
Истинная попытка самоубийства	0,52***
Прерванная попытка самоубийства	0,53***
Остановленная попытка самоубийства	0,14
Подготовительные действия или поведение	0,46***

Суицидальное поведение во время периода наблюдения	0,07
<i>Истинные попытки самоубийства (коэффициенты Спирмана)</i>	
Реальная опасность / ущерб здоровью	0,13
Потенциальная опасность	0,37**

Примечание. * – $p < 0.05$; ** – $p < 0.01$; *** – $p < 0.001$.

Note. *** – $p < 0.05$; ** – $p < 0.01$; *** – $p < 0.001$.

Как видно из табл. 2 Блиц-опрос показал значимые связи с активными неспецифическими мыслями о самоубийстве, актуальными суицидными идеями с конкретным планом и намерением, частотой суицидальных идей/попыток, включая подготовительные действия/поведение и потенциальную опасность.

Различия по Блиц-опросу и параметрам суицидального мышления, безнадежности и депрессии между подгруппами подростков в зависимости от наличия/отсутствия суицидальной попытки. При проверке различий по Блиц-опросу и параметрам суицидального мышления, безнадежности и депрессии между подгруппами подростков в зависимости от наличия/отсутствия суицидальной попытки значимо более высокие показатели оказались у тех, кто совершил суицидальную попытку (табл. 3).

Табл. 3. Значимые различия между подростками с наличием/отсутствием суицидальной попытки по Блиц-опросу и параметрам суицидального мышления, безнадежности и депрессии (N=108).

Показатели	Суицидальная попытка	Средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Суицидальное мышление	Нет (N=37)	37,53	685,50	0,000
	Да (N=71)	63,35		
Безнадежность	Нет (N=35)	41,17	811,00	0,008
	Да (N=68)	57,57		
Депрессия	Нет (N=35)	39,49	752,00	0,001
	Да (N=72)	61,06		
Блиц (сумма)	Нет (N=37)	26,24	268,00	0,000
	Да (N=71)	69,23		

Шкала показала очень высокую чувствительность (способность правильно выявлять пациентов с суицидальными попытками), особенно, когда использовалось более низкое «пороговое» значение оценки риска. Однако такие низкие пороговые значения соответствовали довольно низким показателям специфичности (способности правильно выявлять пациентов без попыток). Это говорит об опасности гипердиагностики суицидального риска при использовании порога в 2 или 3 положительных ответа по Блиц-опросу суицидального риска. Также в клиническом контексте ответ на вопрос 4 мог давать завышенное значение риска, а ответ на вопрос 6 – заниженное. Пациенты с суицидальными попытками в анамнезе подтверждали предыдущий вред себе (вопрос 4), что приводило к 100% чувствительности теста при учете этого ответа. Однако при этом они могли скрывать свои истинные намерения по отношению к причинению себе вреда (вопрос 6). Впрочем, последнее – недостаток подавляющего большинства опросников [22-23].

В целом, результаты данного исследования согласуются с зарубежными данными, которые демонстрируют, что прямые краткие опросы о суицидальных намерениях в подростковом и юношеском возрасте могут превосходить клинические шкалы (например, Колумбийскую шкалу оценки тяжести суицида) в качестве предиктора будущего суицидального поведения. Особенно эффективными при этом считаются вопросы, затрагивающие самооценку самоэффективности (способности удерживать себя от суицидальных действий в присутствии мыслей о суициде), которая снижается у подростков с множественными попытками и выступает наиболее важным предиктором времени до следующей попытки [34].

Заключение

На сегодняшний день сохраняется дефицит русскоязычных методик, подходящих для скрининга подросткового суицидального поведения в условиях клиники. Предлагаемая шкала «Блиц-опрос суицидального риска», разработанная на выборке подростков, госпитализированных в связи с суицидальной попыткой, демонстрирует приемлемые показатели внутренней валидности, что позволяет рекомендовать ее для применения в клинической практике в качестве инструмента экспресс-оценки суицидального риска у подростков. Будучи достаточно простой и удобной в использовании, данная шкала может быть полезна как исследователю, так и врачу-психиатру в повседневной работе для маршрутизации пациента и оказания ему необходимой и своевременной медицинской помощи.

Приложение 1. Шкала «Блиц-опрос суицидального риска»

За последние 3 месяца...		Да	Нет
1	Думал ли ты о том, что хочешь умереть?		
2	Придумал ли ты план, как ты хочешь умереть?		
3	Пробовал ли ты осуществить этот план?		
В течение жизни...			
4	Наносил ли ты когда-нибудь себе повреждения: ударял, резал, обжигал себя или повреждал себя другим образом?		
5	Пробовал ли ты уже когда-нибудь умереть?		
6	Думаешь ли ты о том, чтобы умереть прямо сейчас?		

Положительный ответ на любой из вопросов указывает на наличие суицидального риска.

Комбинации ответов позволяют оценить объем и сроки оказания помощи.

«Да» на вопросы 3 И/ИЛИ 6 И/ИЛИ «Да» на вопросы № 1 И 2 И/ИЛИ «Да» на 3 и более вопросов № 1, 2, 4, 5	Незамедлительный комиссионный осмотр врачей-психиатров с целью решения вопроса о необходимости экстренной госпитализации
«Да» на вопрос № 1 «Да» на вопросы № 4 И 5	Незамедлительная консультация врача-психиатра
«Да» на вопросы № 4 ИЛИ 5	Консультация психиатра/медицинского психолога в плановом порядке

Библиографический список

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO; 2021. [Internet] [cited by 2024 Sept. 22]. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
2. World Health Organization, Mental Health ATLAS 2020. Geneva: WHO, 2020. [Internet] [cited by 2024 Sept. 22]. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
3. Kim S, Park J, Lee H, et al. Global public concern of childhood and adolescence suicide: a new perspective and new strategies for suicide prevention in the post-pandemic era. *World J Pediatr.* 2024 Jul 15. [https://doi: 10.1007/s12519-024-00828-9](https://doi.org/10.1007/s12519-024-00828-9)
4. World Health Organization, Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. 2021. [Internet] [cited by 2021 June 17]. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
5. Kim S, Park J, Lee H, et al. Global public concern of childhood and adolescence suicide: a new perspective and new strategies for suicide prevention in the post-pandemic era. *World J Pediatr.* 2024;20(9):872–900. <https://doi.org/10.1007/s12519-024-00828-9>
6. Bersia M, Koumantakis E, Berchiolla P, et al. Suicide spectrum among young people during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2022; 54:101705. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101705>
7. Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R, Kravitz RL. Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med.* 2007;5(5):412–418. <https://doi:10.1370/afm.719>
8. Басова А.Я., Безменов П.В. Эпидемиология суицидального поведения у детей и подростков во всем мире. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.* 2024;124(11-2):16-26. <https://doi.org/10.17116/jnevro202412411216>
9. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope, World Health Organization. Geneva. [Internet] [cited by 2009 Sept. 8]. Available <https://whodc.mednet.ru/en/main-publications/psixicheskoe-zdorove-i-psixicheskie-rasstrojstva/684.html>
10. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol.* 2007 Nov;63(11):1045-56. <https://doi: 10.1002/jclp.20412>
11. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev.* 2012 Aug;32(6):482-95. <https://doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.003>.

12. Osborne D, De Boer K, Meyer D, Nedeljkovic M. Raising Suicide in Medical Appointments-Barriers and Facilitators Experienced by Young Adults and GPs: A Mixed-Methods Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 1;20(1):822. [https://doi: 10.3390/ijerph20010822](https://doi.org/10.3390/ijerph20010822).
13. Elzinga E, de Beurs DP, Beekman ATF, Maarsingh OR, Gilissen R. Nudging General Practitioners to explore suicidal thoughts among depressed patients. *BMC Prim Care*. 2023 Apr 1;24(1):88. [https://doi: 10.1186/s12875-023-02043-3](https://doi.org/10.1186/s12875-023-02043-3)
14. Bono V, Amendola CL. Primary care assessment of patients at risk for suicide. *JAAPA*. 2015 Dec;28(12):35-9. [https://doi: 10.1097/01.JAA.0000473360.07845.66](https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000473360.07845.66).
15. Arnon S, Shahar G, Brunstein Klomek A. Continuity of care in suicide prevention: current status and future directions. *Front Public Health*. 2024 Jan 8;11:1266717. [https://doi: 10.3389/fpubh.2023.1266717](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1266717).
16. National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide (NCISH) Annual Report 2015 Healthcare Quality Improvement Partnership (2015) [Internet] [cited by 2020 2 March]. Available from (Accessed) <https://www.hqip.org.uk/resource/national-confidential-inquiry-into-suicide-and-homicide-ncish-annual-report-2015/>
17. Reed J. Primary Care: A Crucial Setting for Suicide Prevention. [Internet] [cited by 2020 Feb. 7]. Available from <https://www.integration.samhsa.gov/about-us/esolutions-newsletter/suicide-prevention-in-primary-care>
18. Calman N., Little V. New York health center taps into EHRS' role in lifesaving. [Internet] [cited by 2020 Feb. 7]. Available from <https://www.integration.samhsa.gov/about-us/esolutions-newsletter/suicide-prevention-in-primary-care>
19. Басова А.Я., Бибчук М.А., Устинова Н.В., Намазова-Баранова Л.С., Эфендиева К.Е., Вишнева Е.А. Компетентность врачей-педиатров в вопросах профилактики, определения риска или выявления суицидального поведения у детей: одномоментное опросное исследование. *Вопросы современной педиатрии*. 2021;20(3):234–241. <https://doi.org/10.15690/vsp.v21i3.2430>
20. Newton AS, Soleimani A, Kirkland SW, Gokiart RJ. A Systematic Review of Instruments to Identify Mental Health and Substance Use Problems Among Children in the Emergency Department. *Acad Emerg Med*. 2017;24(5):552–568. <https://doi.org/10.1111/acem.13162>.
21. Развальяева 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; 31(2):33–67. <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310202>
22. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266–77. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>.
 23. Quinlivan L, Cooper J, Davies L, Hawton K, Gunnell D, Kapur N. 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;6(2):e009297. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009297>.
 24. Польская Н.А. Самоповреждающее поведение в клинической практике. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2011; 2: 4–8.
 25. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Основы диагностики и профилактики самоповреждающего поведения. М.: ФГБОУ ВО Московский государственный психолого-педагогический университет (МГППУ), 2022. 220 с.
 26. Басова А.Я., Разваляева А.Ю., Польская Н.А. Блиц-опросник суицидального риска у подростков: результаты валидации на клинической выборке. *Клиническая психология в здравоохранении, образовании и социальной сфере: методы арт-терапии в практике психологической помощи. Сборник научных трудов III Всероссийской межведомственной научно-практической конференции*. Нижний Новгород, 2024, с. 15–24. 6
 27. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(6):482–95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>.
 28. He H, Hong L, Jin W, et al. Heterogeneity of non-suicidal self-injury behavior in adolescents with depression: latent class analysis. *BMC Psychiatry*. 2023 May 1;23(1):301. <http://doi.org/10.1186/s12888-023-04808-7>
 29. Cooper J, Kapur N, Webb R, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):297-303. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.297>
 30. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, et al. Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2005;293(13):1635–1643. <https://doi.org/10.1001/jama.293.13.1635>

31. Crawford, M., Thana, L., Methuen, C., et al. Impact of screening for risk of suicide: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2011; 198(5): 379–384. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083592>
32. Eynan R, Bergmans Y, Antony J, et al. The effects of suicide ideation assessments on urges to self-harm and suicide. *Crisis*. 2014;35(2):123–131. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000233>.
33. Czyz EK, Horwitz AG, King CA. Self-rated expectations of suicidal behavior predict future suicide attempts among adolescent and young adult psychiatric emergency patients. *Depress Anxiety*. 2016;33(6):512–519. <https://doi.org/10.1002/da.22514>.
34. Lee A, Park J. Diagnostic Test Accuracy of the Beck Depression Inventory for Detecting Major Depression in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Nurs Res*. 2022 Nov;31(8):1481-1490.[https://doi: 10.1177/10547738211065105](https://doi.org/10.1177/10547738211065105)