МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ СЕМЕЙ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Л.М. Жамалиева, Н.Ж. Сексенбаев, А.А. Абетова, Т.М. Молдагалиев,
С.К. Кудайбергенова

НАРАЩИВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛА КОМАНД ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДА

Учебно-методическое пособие

Актобе

2026

УДК: 616.89-008.441.44(075.8)
ББК: 56.14я73
Н28

Рецензенты:

Ешимбетова С.З. – д.м.н., заведующая кафедрой психиатрии и наркологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

Коровников А.Г. – к.м.н., врач-психотерапевт «Центра ядерной медицины и онкологии Управления здравоохранения области Абай»

Абенова Н.А. – к.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики №1, НАО Западно-Казахстанский медицинский университет им. М. Оспанова

Авторы:

Жамалиева Л.М. – к.м.н., ассоциированный профессор, профессор кафедры общей врачебной практики №2 НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»;

Сексенбаев Н.Ж. – PhD, кафедра психиатрии и наркологии НАО «Медицинский университет Семей»;

Абетова А.А. – к.м.н., руководитель отдела научного менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК;

Молдагалиев Т.М. – PhD, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии НАО «Медицинский университет Семей»;

Кудайбергенова С.К. – кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры общей и прикладной психологии НАО «Казахский национальный университет имени аль-Фараби».

Наращивание потенциала команд первичной медико-санитарной помощи для профилактики суицида: учебно-методическое пособие // Л. М. Жамалиева, Н. Ж. Сексенбаев, А. А. Абетова, Т. М. Молдагалиев, С. К. Кудайбергенова. – Актобе: ЗКМУ имени Марата Оспанова, 2026. - 113 с.

ISBN

Учебно-методическое пособие предназначено прежде всего для врачей общей практики, медицинских сестёр, психологов и социальных работников ПМСП, а также преподавателей и резидентов по специальности «Семейная медицина». Материал может использоваться в обучении студентов медицинских вузов и колледжей под руководством преподавателя. Представлены принципы командной профилактики суицида, выявления потребности в помощи, обеспечения безопасности, маршрутизации и последующего сопровождения. Отдельный раздел 8 посвящён подросткам и взаимодействию с их законными представителями. Пособие включает результаты обучения, клинические ситуации, задания и оценочные материалы ОСКЭ.

УДК 616.89-008.441.44(075.8)
ББК 56.14я73

Утверждено и разрешено к изданию типографским способом РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой» МЗ РК (№651 от 6 ноября 2026 г.).

Рекомендовано к использованию в организациях высшего и (или) послевузовского образования Республики Казахстан в качестве учебника (учебного пособия) для обучающихся по направлению подготовки кадров «Здравоохранение». Протокол заседания Учебно-методического объединения на базе НАО «Национальный медицинский университет имени Төрегелді Шарманова» № _____ от _____.

© Л.М. Жамалиева, Н.Ж. Сексенбаев, А.А. Абетова, Т.М. Молдагалиев, С.К. Кудайбергенова

Содержание

Предисловие 5
Перечень сокращений, условных обозначений, символов 7
Глоссарий 8
Понятия для всех специалистов команды ПМСП 8
Понятия для социальных работников 9
Понятия для психологов 13
Понятия для врачей общей практики 16
Введение 20
Назначение и границы применения 21
Принципы использования источников 21
1 РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДА 24
1.1 Роль первичной медико-санитарной помощи в укреплении психического здоровья и профилактике суицида 24
1.2 Условия эффективной интеграции профилактики суицида и охраны психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь 26
1.3 Подходы к интеграции психического здоровья в ПМСП в условиях ограниченных ресурсов 30
1.3.1 Перераспределение задач с подготовкой и супервизией 31
1.3.2 Совместная и ступенчатая помощь 31
1.3.3 Структурированная психологическая помощь в первичном звене 31
1.3.4 Профилактика и поддержка семей 31
1.3.5 Руководства mhGAP как средства внедрения 32
3 РОЛЬ, ФУНКЦИИ И АЛГОРИТМЫ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСАМ СУИЦИДА 33
3.1 Основные функции и задачи врача общей практики 38
3.2 Алгоритм действий врача общей практики 40
4 РОЛЬ, ФУНКЦИИ И АЛГОРИТМЫ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА ПО ВОПРОСАМ СУИЦИДА 41
5 РОЛЬ, ФУНКЦИИ И АЛГОРИТМЫ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПО ВОПРОСАМ СУИЦИДА 45
5.1 Поддержка семьи после попытки 48
5.2 Поственция после смерти 48
6 РОЛЬ, ФУНКЦИИ И АЛГОРИТМЫ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА ПО ВОПРОСАМ СУИЦИДА 49
7 ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА 53
7.1 Первичная профилактика 54
7.2 Вторичная профилактика 55
7.3 План обеспечения безопасности 58
7.4 Поственция после суицида: рекомендации для специалистов ПМСП 58
8 Особенности профилактики суицида у подростков 62
Возрастные границы и задачи команды 62
Беседа с подростком и конфиденциальность 62
Решение о срочности и передача подростка 63
Участие семьи и законных представителей 63
Семейно-ориентированные профилактические вмешательства 64
Школа и другие участники сопровождения 66
План безопасности и проверка его выполнимости 66
Последующее наблюдение и непрерывность помощи 66
Примеры применения командного подхода 67
Как использовать материалы пособия 67

9 Учебно-методический раздел 68
9.1 Основные универсальные результаты обучения для работников ПМСП 68
9.2 Организация OSCE 69
9.3 Пример 71
9.4 Система оценки 73
Компетенции и требования к подготовке преподавателя по теме «Профилактика суицидального поведения» 73
Заключение 76
БАНК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ 78
Ситуационная задача 1. «Отличница с резким спадом» 78
Ситуационная задача 2. «Буллинг в школе» 79
Ситуационная задача 3. «Импульсивный подросток» 80
Ситуационная задача 4. «После расставания» 81
Ситуационная задача 5. «Скрытая депрессия» 82
Ситуационная задача 6. «Высокие ожидания семьи» 83
Ситуационная задача 7. «Потеря близкого человека» 84
Ситуационная задача 10. «Социальные сети и сравнение себя с другими» 87
БАНК КЛИНИЧЕСКИХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 89
Ключи и обоснования ответов 95
Список использованных источников 97
Приложение А Опросник PHQ-9 101
Приложение Б Опросник GAD-7 102
Приложение В Скрининг ASQ 103
Приложение Г Карманный алгоритм 104
Приложение Д Признаки кризиса у подростков 105
Приложение Е Передача и последующее наблюдение 107
Приложение Ж Памятка для родителей 108
Приложение И Примеры разговоров с подростком 110

Предисловие

Профилактика суицида требует согласованных действий специалистов, доступной помощи и непрерывного сопровождения человека в кризисной ситуации. Команды первичной медико-санитарной помощи занимают важное место в этой работе благодаря непосредственному контакту с населением, длительному наблюдению пациентов и знанию их семейных и социальных обстоятельств. Для реализации этих возможностей необходимы профессиональная подготовка, распределение обязанностей и понятные маршруты взаимодействия с другими службами.

Учебно-методическое пособие «Наращивание потенциала команд первичной медико-санитарной помощи для профилактики суицида» подготовлено для развития знаний и практических навыков врачей общей практики, медицинских сестёр, психологов и социальных работников. Оно также адресовано преподавателям и резидентам по специальности «Семейная медицина» и может использоваться при обучении студентов медицинских вузов и колледжей под руководством преподавателя.

Основная задача пособия – помочь специалистам выстроить последовательную командную работу: распознать признаки неблагополучия, начать поддерживающую беседу, оценить потребность в помощи, обеспечить безопасность пациента, организовать передачу специалистам и последующее наблюдение. Внимание уделено вкладу каждого участника команды и согласованию действий между ними.

В пособии представлены основные понятия суицидологии, функции специалистов ПМСП, подходы к профилактическим вмешательствам и сопровождению пациентов. Отдельный раздел посвящён подросткам: особенностям беседы, вопросам конфиденциальности, участию законных представителей и взаимодействию с семьёй и образовательной организацией. Практические материалы включают клинические ситуации, алгоритмы, памятки, задания для самоконтроля и оценочные материалы для объективного структурированного клинического экзамена.

Материал организован для последовательного изучения и отработки навыков. При проведении занятий рекомендуем сочетать обсуждение теоретических положений с разбором случаев, ролевыми упражнениями и обратной связью. Совместное обучение специалистов разных профессий позволяет уточнить границы ответственности и отработать взаимодействие в ситуациях, требующих участия нескольких членов команды.

При применении пособия необходимо учитывать действующие нормативные акты Республики Казахстан, утверждённые маршруты оказания помощи и полномочия конкретного специалиста. Скрининговые инструменты и учебные алгоритмы служат поддержкой профессиональных действий; решения о помощи принимаются на основании индивидуальной клинической оценки и обстоятельств пациента.

Авторы рассматривают уважительное, свободное от осуждения общение, соблюдение прав пациента и непрерывность помощи как основу профилактической работы. Надеемся, что пособие будет полезно в обучении и повседневной практике команд ПМСП и поможет укрепить их готовность к оказанию своевременной и согласованной помощи.

Авторы

Перечень сокращений, условных обозначений, символов

ASQ	Ask Suicide-Screening Questions
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CRAFFT	Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble Screening Tool
C-SSRS	Columbia Suicide Severity Rating Scale
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7
MCQ	Multiple Choice Questions
MHFA	Mental Health First Aid
mhGAP	Mental Health Gap Action Programme
NSSI	Non-Suicidal Self-Injury (несуицидальное самоповреждение)
OSCE (ОСКЭ)	Objective Structured Clinical Examination (Объективный структурированный клинический экзамен)
PHQ-2	Patient Health Questionnaire-2
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
SAQ	Short Answer Questions
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	врач общей практики
ООН	Организация Объединённых Наций
ПАВ	Психоактивные вещества
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
РК	Республика Казахстан

Глоссарий

Глоссарий предназначен для согласованного использования терминов специалистами команды ПМСП. Все группы понятий доступны каждому участнику команды; их распределение отражает профессиональные акценты и не устанавливает исключительных полномочий отдельных специалистов.

Определения представляют собой краткие учебные пояснения и не заменяют диагностические критерии. Ключевые понятия самоповреждения и суицидального поведения изложены с опорой на NICE и материалы C-SSRS; клинические понятия соотносятся с руководством mhGAP. Социальные и общепсихологические пояснения даны в авторском изложении [1; 2; 3].

Словарь содержит краткие учебные пояснения для согласованного общения членов команды, а не исчерпывающие диагностические критерии. Ключевые понятия самоповреждения и суицидального поведения уточнены по NICE и материалам C-SSRS; клинические понятия соотносятся с глоссарием mhGAP. Социальные и общепсихологические пояснения являются авторским изложением и не устанавливают доказанную эффективность отдельных методов [2, с. 40–42; 3, разд. «A Unique Suicide Risk Screening Tool», «Origins of the Columbia Protocol»].

Понятия для всех специалистов команды ПМСП

Скрининг суицидального риска – краткое обследование с использованием стандартизированных вопросов для выявления людей, которым требуется дальнейшая оценка суицидальных мыслей и поведения. Скрининг не устанавливает диагноз и не заменяет клиническую оценку [4, разд. «Screening for Suicide Risk»].

Положительный результат скрининга – ответ или сочетание ответов, соответствующие установленным критериям используемого инструмента и указывающие на необходимость дальнейшей оценки. Сам по себе положительный результат не определяет необходимость госпитализации [4, разд. «What happens if patients screen positive?»].

Краткая оценка безопасности при суицидальном риске – структурированная беседа после положительного скрининга, позволяющая уточнить актуальные мысли, намерения, предыдущие действия, состояние человека и доступную поддержку для определения дальнейшей помощи [5, разд. «Assess the patient»].

Психосоциальная оценка – комплексное изучение психологического состояния, потребностей, социальных обстоятельств, уязвимостей и ресурсов человека. После самоповреждения помогает понять обстоятельства произошедшего и определить необходимую помощь [2, с. 41].

Индивидуальная формулировка риска – обобщение актуальных трудностей, обстоятельств, ресурсов и опасений за безопасность конкретного человека, составляемое специалистом совместно с ним для планирования помощи. Не сводится к присвоению категории «низкий», «средний» или «высокий риск» [2, с. 16, 41–42].

План безопасности – совместно разработанный письменный план действий на случай усиления кризиса. Включает предупреждающие признаки, способы совладания, доступную поддержку, контакты служб и меры ограничения доступа к опасным средствам [2, с. 42].

План ведения пациента – согласованный план помощи, отражающий потребности пациента, необходимые вмешательства, вопросы безопасности и участие ответственных специалистов. По содержанию шире плана безопасности [2, с. 40].

Суицидальное намерение – намерение умереть в результате собственных действий. Уточняется отдельно от наличия мыслей, конкретного плана и тяжести повреждений; не может определяться только по внешним обстоятельствам события [6, с. 1–3].

Подготовительные действия к суицидальной попытке – действия, выходящие за пределы мыслей или высказываний и направленные на подготовку попытки либо собственной смерти. При оценке необходимо уточнить их смысл, время совершения и наличие суицидального намерения [3, разд. «A Unique Suicide Risk Screening Tool»].

Несуицидальное самоповреждение – намеренное повреждение собственного тела без намерения умереть. При каждом эпизоде намерение уточняется отдельно; наличие несуицидального самоповреждения не исключает одновременных суицидальных мыслей или других суицидальных действий [6, с. 1–3].

Причины продолжать жить – значимые для самого человека отношения, ценности, обязательства, надежды и жизненные цели, которые он воспринимает как основания сохранять жизнь. Выясняются в уважительной беседе; их наличие не отменяет оценки безопасности [5, разд. «Social Support and Stressors»].

Профессиональная супервизия – регулярное обсуждение профессиональной работы с подготовленным специалистом, направленное на повышение качества помощи, анализ сложных случаев и поддержку компетентности сотрудника [2, с. 39].

Понятия для социальных работников

Активное слушание – навык ведения беседы, предполагающий внимательную фокусировку на говорящем, уточнение и перефразирование для лучшего понимания.

Зависимость от психоактивных веществ – расстройство, при котором употребление приобретает приоритет перед другими видами деятельности, нарушается контроль и продолжается употребление несмотря на вред. Толерантность и синдром отмены могут присутствовать; их отсутствие само по себе не исключает расстройства [1, с. 105].

Аутоагрессия – общее описание действий, направленных на причинение вреда самому себе. Суицидальное намерение при конкретном действии уточняют отдельно; аутоагрессия не является синонимом несуицидального самоповреждения.

Безнадёжность – субъективное ощущение отсутствия перспектив и невозможности позитивных изменений в будущем.

Бессилие – чувство неспособности влиять на ход событий или собственное состояние.

Биполярное расстройство – расстройство настроения, включающее маниакальные или гипоманиакальные эпизоды в зависимости от типа расстройства; возможны депрессивные эпизоды. Простое чередование сниженного и повышенного настроения не является достаточным диагностическим критерием [1, с. 33].

Горячая линия (Телефон доверия) – телефонная служба, работающая круглосуточно (или в расширенном режиме), где специалисты оказывают экстренную психологическую поддержку.

Доверительная среда – атмосфера взаимодействия, в которой клиент чувствует себя в безопасности и может открыто говорить о своих переживаниях. Депрессия: расстройство настроения, характеризующееся стойким чувством подавленности, потерей интереса к деятельности, нарушениями сна и аппетита, а также низкой самооценкой.

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) – структурированный психотерапевтический подход. Адаптированный для подростков вариант DBT-A рассматривается NICE для детей и молодых людей с выраженными трудностями эмоциональной регуляции и частыми эпизодами самоповреждения [2, с. 31].

Интернализация – процесс переноса внешних норм и ожиданий во внутренний план личности (усвоение, «присвоение» социальных требований).

Когнитивные искажения – некорректные способы восприятия, мышления или интерпретации реальности, приводящие к искаженным выводам.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) – направление психотерапии, фокусирующееся на выявлении и изменении дисфункциональных мыслей и поведения.

Копинг-стратегии – поведенческие и эмоциональные приемы, которые человек использует для преодоления стресса, напряжения и кризисных ситуаций. Коморбидность: наличие у человека нескольких сопутствующих расстройств (например, депрессия и зависимость), взаимно отягчающих друг друга.

Косвенные сигналы суицидального риска – поведенческие индикаторы, не всегда явно указывающие на суицид (ухудшение успеваемости, внезапная раздача ценного имущества и т. д.).

Кризис (психологический кризис) – острая фаза эмоционального состояния, при которой человек не может самостоятельно справиться с повышенным уровнем стресса или напряжения.

Кризисная интервенция – оперативная помощь людям в остром состоянии психологического кризиса для предотвращения суицидальных действий и стабилизации состояния.

Междисциплинарный подход – взаимодействие специалистов разных областей (психиатры, психологи, социальные работники и т.д.) в процессе

оказания помощи и поддержки.

Мотивационное интервьюирование – клиентоориентированный стиль консультирования, направленный на развитие внутренней мотивации к изменению деструктивного поведения.

Оценка риска – процесс выявления уровня суицидальной угрозы с учетом психического состояния, истории поведения, социальной поддержки и других факторов.

План суицида – конкретизированная идея, включающая способы, время и место совершения самоубийства.

Поственция – помощь и поддержка людей, переживающих смерть от суицида. Помощь живому пациенту после нефатальной попытки относится к последующему ведению и не включается в это определение поственции [7, с. 7–12].

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – психическое состояние, развивающееся после травматического события и характеризующееся повторными воспоминаниями, избеганием и повышенной возбудимостью.

Профилактика суицида – меры, направленные на снижение уровня смертности и травматизма от самоубийств (информационные кампании, психообразование, расширение доступа к помощи и т.д.).

Прямые сигналы суицидального риска – явные вербальные или поведенческие проявления (например, конкретные слова «Я покончу с собой»).

Психическое расстройство – патологическое состояние психики, вызывающее дистресс или нарушение социальной, профессиональной и иной деятельности человека.

Психоэдукация – обучение клиентов (и их окружения) знаниям о психическом здоровье, способам распознавания суицидальной опасности и методам конструктивного преодоления кризисов.

Психосоциальная интервенция – комплекс мер (консультирование, социальная поддержка и т.д.), направленных на улучшение психического состояния и социального функционирования.

Ресоциализация – процесс восстановления или формирования утраченных социально значимых навыков, отношений и ролей.

Риск-менеджмент в социальной работе – система мер и процедур, направленных на выявление, оценку и снижение вероятности суицидального поведения среди клиентов.

Самооценка – общее отношение человека к самому себе, восприятие собственной ценности и способностей.

Самоповреждение – намеренное самоотравление или повреждение собственного тела независимо от внешней цели действия. Наличие суицидального намерения оценивают отдельно; при необходимости уточняют, что повреждение было несуицидальным [2, с. 42].

Система поддержки – люди, организации и ресурсы, обеспечивающие социальную, эмоциональную и информационную помощь.

Смысложизненные ориентации – ценности, цели, идеи и мотивы, придающие жизни смысл и направление.

Социальная изоляция – состояние, при котором человек не имеет достаточного круга общения, испытывает нехватку поддержки и взаимодействия с другими людьми.

Соматический аспект – физические проявления психического состояния (утомляемость, боли различной локализации, нарушения сна и аппетита и т. д.).

Стратегии самопомощи – набор личных приемов по снижению стресса, стабилизации эмоционального состояния (ведение дневника, дыхательные упражнения, поиск позитивных смыслов).

Стигма – негативное и предвзятое отношение общества к определенным состояниям, поведению или группам людей, приводящее к дискриминации и изоляции.

Суицид – смерть в результате намеренного действия, направленного человеком на причинение смерти самому себе [6, с. 1–3].

Суицидальная попытка – нефатальное действие с хотя бы некоторым намерением умереть. Намерение устанавливают при оценке, а не по тяжести повреждения или предположению о демонстративности [3, разд. «A Unique Suicide Risk Screening Tool»].

Суицидальные мысли (идеация) – возникновение идей, фантазий и планов о собственном самоубийстве или желании умереть.

Суицидальные угрозы – вербальные или невербальные сигналы о намерении совершить самоубийство, выраженные в форме предупреждений или намёков.

Суицидальное поведение – действия, связанные с намерением умереть, включая попытки и подготовительные действия. Конкретный вид поведения и степень установленности намерения описывают отдельно; мысли и высказывания не подменяют описание совершённых действий [3, разд. «A Unique Suicide Risk Screening Tool», «Suicide Prevention Benefits»].

Суицидальный кластер – группировка нескольких случаев суицидов в одном сообществе или регионе за короткий промежуток времени.

Фактор защиты – любое обстоятельство или характеристика, снижающая вероятность возникновения суицидального поведения или смягчающая эффект факторов риска.

Фактор риска – любое обстоятельство или характеристика, повышающая вероятность развития суицидального поведения.

Эмоциональная регуляция – способность контролировать и управлять своими эмоциями, не подавляя их при этом.

Эмпатия – способность понимать и разделять переживания другого человека, сопереживать ему.

Этические принципы в социальной работе – нормы и моральные стандарты, на которых базируется профессиональная деятельность: конфиденциальность, уважение к автономии, информированное согласие и т.д.

Эффект Вертера – термин, обозначающий возможное увеличение суицидального поведения после определённого освещения суицида в СМИ. Связь зависит от содержания и подачи сообщения; она не означает неизбежного под-

ражания после любого сообщения о смерти [8, с. 64–69].

Понятия для психологов

Абреакция – процесс эмоциональной разрядки (выявления и «выпуска» подавленных аффектов) в ходе психотерапии или в спонтанных эмоциональных вспышках, способствующий облегчению психического напряжения.

Алекситимия – неспособность человека распознавать и описывать собственные эмоциональные состояния и эмоции других людей.

Амбивалентность – одновременное сосуществование противоречивых чувств, мыслей или желаний по отношению к одному и тому же объекту или ситуации.

Аномия – состояние отсутствия или ослабления норм, ценностей и связей, регулирующих социальное поведение индивида или группы (термин Э. Дюркгейма).

Аутоагрессия – формы деструктивного поведения, направленные на причинение вреда самому себе, включая самоповреждение и различные формы самонаказания, не всегда с суицидальной целью.

Бессознательные мотивы – мотивы и побуждения, корни которых находятся за пределами осознаваемого психического содержания человека.

Геронто-суицидология – раздел суицидологии, изучающий самоубийства и суицидальное поведение в пожилом возрасте (гериатрическая психология в аспекте самоубийств).

Гештальт-ориентированная терапия – психотерапевтический подход, основанный на принципах целостности опыта, осознанности, присутствия в «здесь-и-сейчас».

Гетероагрессия – агрессивное поведение, направленное на окружающих. Может дополняться аутоагрессивной компонентой (самоповреждение).

Деинституционализация – процесс перевода пациентов психиатрических учреждений к амбулаторным или общественным формам помощи, уменьшение длительных госпитализаций.

Диссоциация: психический процесс, при котором определённые мысли, эмоции, воспоминания «отщепляются» от сознательного опыта.

Дисрегуляция аффекта – нарушение способности адекватно контролировать и выражать эмоции, в том числе переходы от гиперактивации к эмоциональному онемению.

Межличностные теории суицидального поведения – объяснительные модели, рассматривающие, в частности, переживание обременительности для других и нарушенную принадлежность. Теоретическая модель не является инструментом индивидуального прогноза и не заменяет клиническую оценку [6, разд. «Mechanisms/pathophysiology»].

Катарсис – «очищение» и «избавление» от накопленных аффектов через их символическое выражение (например, в психодраме, арт-терапии).

Ко-терапия – совместное проведение психотерапии двумя специалистами. Само участие двух специалистов не является доказательством большей

эффективности или безопасности метода.

Коллективная травма – травматическое событие и его последствия, затрагивающие сообщество или большую группу людей. Воздействие на психическое здоровье зависит от обстоятельств, ресурсов и доступной поддержки; рост числа суицидов не является неизбежным следствием такого события.

Конкурирующие риски – статистическое понятие для событий, наступление одного из которых препятствует наблюдению другого события интереса. Это не название сочетания суицидального риска и соматической болезни.

Консилиум психиатров (психологов) – коллегиальное обсуждение сложного клинического случая несколькими специалистами для выработки оптимальной стратегии лечения и профилактики повторного суицидального поведения.

Кризис идентичности – состояние сомнений в собственной системе ценностей, самовосприятии, обычно сопровождающееся дезориентацией и психологической болью.

Маргинализация: процесс вытеснения индивида или группы на «периферию» общества (социальная, экономическая, культурная изоляция).

Межкультурные особенности самоубийств – специфика проявления суицидальных тенденций в разных культурных контекстах (например, «сеппуку» в Японии, традиционные запреты на самоубийство в ряде религий).

Нозогения – психопатологические расстройства, возникающие в результате осознания или столкновения с болезнью (своей или близких).

Обесценивание – защитный психический механизм, при котором значимость людей, ценностей или собственных достижений умышленно «снижается» в сознании.

Острота суицидального риска – интенсивность и неотложность опасности самоубийства, оцениваемая с учетом намерений, планов, доступных средств и психического состояния.

Паллиативная психотерапия – подход к психотерапии, направленный на облегчение эмоциональных страданий неизлечимо больных людей (в том числе с онкологией), оказание поддержки и помощь в принятии конца жизни.

Парасуицид – исторический термин с неодинаковыми определениями. Для практической документации предпочтительно описать конкретное действие и отдельно указать наличие, отсутствие либо неопределённость суицидального намерения; оценка «демонстративности» не заменяет обследование. Вместе с тем, в современной суицидологии классический подход к пониманию парасуицидального поведения претерпел существенные изменения. Согласно актуальным международным клиническим рекомендациям и классификациям (Heilbron et al., 2010; CDC, 2011; NICE, 2022), использование дефиниций оценочного характера, таких как «демонстративный жест», в современной исследовательской практике пересматривается. Данный пересмотр продиктован необходимостью снижения стигматизации пациентов и недопустимостью априорных выводов о мотивации до проведения всесторонней клинической оценки.

В качестве более точной и этически нейтральной альтернативы совре-

менные исследователи предлагают дифференцировать аутоагрессивные действия строго по признаку интенциональности, разделяя их на:

1. поведение с явным суицидальным намерением (suicidal behavior), при котором присутствует осознанная цель прекращения жизни;
2. поведение без суицидального намерения (non-suicidal self-injury, NSSI), направленное на совладание с интенсивной психической болью или самонаказание, но не на уход из жизни;
3. поведение с неясным/неопределенным намерением (undetermined intent), когда степень осознанности и направленность мотивов невозможно однозначно верифицировать на этапе первичного осмотра. Такой дифференцированный подход позволяет обеспечить более высокую объективность клинической квалификации состояний и гибкость при выборе диагностической и терапевтической стратегии.

Патопластика – влияние существующих личностных и социальных факторов на формирование и течение психопатологических симптомов.

Психогения – возникновение психических расстройств (неврозов, психогенных реакций) под влиянием психической травматизации.

Суицид в публичном пространстве – описание обстоятельств события, а не доказательство мотивов. Нельзя определять намерения человека только по месту события, публикации в социальных сетях или наличию свидетелей.

Отыгрывание (acting out) – термин некоторых психологических подходов для описания выражения переживаний через действия. Не используется как объяснение суицидального намерения без непосредственной оценки.

Реанактмент – паттерн повторного «проигрывания» травматических ситуаций или отношений в новых обстоятельствах.

Ревиктимизация – повторное становление жертвой насилия или других травмирующих обстоятельств; часто наблюдается у лиц с ранее пережитыми травмами.

Семейная системная терапия – подход, рассматривающий семью как целостную систему взаимосвязанных элементов; изменения в одном элементе ведут к изменениям в других.

Самоконцепция – сложная совокупность представлений индивида о себе (самооценка, идеальный «Я-образ», ценности и т.д.).

Суицидогенная ситуация – стечение обстоятельств (внешних и внутренних), провоцирующих обострение суицидальных мыслей и намерений.

Терапевтический альянс: качество отношений между психологом (психотерапевтом) и клиентом, характеризуемое взаимным доверием и сотрудничеством.

Травма развития – комплексные нарушения, возникающие в результате постоянного психологического стресса или насилия в детском возрасте, мешающие формированию здоровой личности.

Транскультуральная психиатрия – отрасль психиатрии, изучающая психические расстройства и терапевтические методы в межкультурном контексте.

Удовлетворенность жизнью – субъективная оценка индивидом своей

жизни как целостного явления, степень ощущения благополучия и счастья.

Феноменологическая редукция – методика «очищения» опыта от предварительных суждений и интерпретаций в рамках феноменологического подхода (Э. Гуссерль).

Экзистенциальный вакуум – состояние «экзистенциальной пустоты», когда человек не видит смысла жизни или теряет чувство цели.

Я-концепция – субъективный образ «Я», включающий осознание своих качеств, чувств, способностей и мотивов.

Понятия для врачей общей практики

Абулия – патологическое снижение или полное отсутствие воли и побуждений к действиям, сопровождающееся безынициативностью.

Ангедония – неспособность испытывать удовольствие от ранее интересных и приятных занятий.

Биологические маркеры суицидального риска – исследуемые биологические показатели, потенциально связанные с суицидальным поведением. В пособии не предлагается лабораторный тест или биомаркер для индивидуального прогнозирования суицида [6, разд. «Mechanisms/pathophysiology», рис. 5].

Бригады неотложной психиатрической помощи – специализированные выездные службы, осуществляющие экстренную психиатрическую оценку и при необходимости госпитализацию человека с острым суицидальным риском.

Витальные показатели – основные физиологические параметры (ЧСС, АД, температура, дыхание, сатурация O_2), позволяющие оценить общее состояние пациента, в том числе при передозировках и соматических осложнениях суицида.

Виктимология – наука, изучающая жертв преступлений и насилия, включая факторы уязвимости и особенности поведения жертвы.

Госпитализация по неотложным показаниям – экстренное помещение пациента в стационар при наличии непосредственной угрозы его жизни и/или выраженных психических расстройств, включая острый суицидальный риск.

Гипотиреоз (и его связь с депрессией) – состояние пониженной функции щитовидной железы, часто сопровождается депрессивными симптомами, ангедонией и усталостью.

Диагностическое интервью – клинико-психологическая беседа, направленная на выявление признаков психических расстройств, в том числе депрессивных симптомов и суицидальных намерений.

Дифференциальная диагностика соматических и психических расстройств – комплексная оценка пациента с учетом жалоб, анамнеза, объективных и лабораторно-инструментальных данных, позволяющая различить первичную психопатологию и «маскированную» депрессию или другие формы психического неблагополучия.

Экстренная (неотложная) психологическая помощь – набор мер (телефон доверия, кризисное консультирование, выездная помощь и пр.), призванных оперативно стабилизировать состояние человека в тяжелом психиче-

ском кризе.

Жизнеугрожающие осложнения (передозировки, отравления) – острые состояния, возникающие при суицидальных попытках с применением медикаментов или токсических веществ и требующие реанимационных мероприятий.

Зависимость от психоактивных веществ – расстройство, при котором употребление приобретает приоритет перед другими видами деятельности, нарушается контроль и продолжается употребление несмотря на вред. Толерантность и синдром отмены могут присутствовать; их отсутствие само по себе не исключает расстройства [1, с. 105].

Заместительная поддерживающая терапия опиоидными агонистами – лечение опиоидной зависимости по специальным показаниям и установленному порядку. Не является универсальным вмешательством при суицидальном кризисе; назначение и наблюдение требуют соответствующих полномочий [1, с. 122].

Импульсивность – склонность к внезапным, необдуманным действиям без учёта возможных последствий.

Интоксикация (острая/хроническая) – состояние, возникающее при воздействии различных веществ (алкоголь, наркотики, медикаменты), приводящее к нарушению когнитивных и поведенческих функций.

Интердисциплинарное взаимодействие – координация действий разных специалистов (терапевтов, психиатров, наркологов, психологов, соцработников) в процессе оказания комплексной помощи суицидальному пациенту.

Коморбидная патология – одновременное наличие у пациента нескольких заболеваний, которые взаимно усложняют клиническую картину (например, депрессия + сахарный диабет).

Консультация психиатра – специальный осмотр и заключение врача-психиатра, позволяющее уточнить психический статус, поставить диагноз и назначить/скорректировать лечение.

Курация (план лечения) – комплексная стратегия ведения пациента, включающая выбор медикаментов, режим наблюдения, мероприятия по реабилитации и профилактике повторных кризисов.

Летальность – вероятность и статистическая доля смертельного исхода при конкретном типе патологии или попытке самоубийства (например, отравление токсическими веществами, огнестрельное ранение).

Литий – препарат, применяемый при определённых расстройствах настроения. Его назначение, оценка противопоказаний и лабораторный мониторинг проводятся по соответствующим клиническим рекомендациям и полномочиям врача. В пособии литий не предлагается как универсальное средство профилактики суицида.

Лекарственная терапия – часть лечения определённых психических расстройств по показаниям. Препарат не назначается только по сумме суицидального скрининга.

Мультидисциплинарный подход – включение в план лечения специалистов разных профилей (психиатра, психолога, эндокринолога, невролога,

соцработника), совместно с врачом общей практики.

Мобилизация социальной поддержки – организация среды, в которой пациент получает необходимые социальные ресурсы (помощь близких, волонтеров, организаций) для выхода из кризисного состояния.

Нейробиология депрессии – совокупность биологических механизмов (изменения в серотонинергической, норадренергической и дофаминергической системах, нейровоспаление и др.), лежащих в основе депрессивных состояний.

Антипсихотические средства (нейролептики) – препараты для лечения определённых психических расстройств по клиническим показаниям. Контроль эффективности, переносимости и соматического здоровья проводится по соответствующим протоколам; антипсихотик не назначается только по результату суицидального скрининга.

Нейросекреторные факторы (BDNF и др.) – белки и другие молекулы, участвующие в росте и выживании нейронов; изменения их концентраций могут коррелировать с депрессией и суицидальным поведением.

Общее состояние пациента (оценка при подозрении на суицидальную попытку) – суммарная клиническая оценка (сознание, витальные функции, неврологический статус, психологические признаки) у пациента, возможно совершившего попытку самоубийства.

Осторожный (деликатный) сбор анамнеза – стратегия врачебного общения, при которой вопросы о психоэмоциональном состоянии, суицидальных мыслях и планах задаются чётко, но эмпатично, без стигматизирующих формулировок.

Паллиативная помощь – комплекс мер, направленных на улучшение качества жизни пациентов с тяжелыми, часто необратимыми заболеваниями (онкология, терминальные состояния).

Парциальная ремиссия – частичное улучшение состояния больного при депрессии или другом психическом расстройстве, когда сохраняются отдельные симптомы, но в менее тяжелой форме.

Поддерживающая терапия – лекарственное и психосоциальное ведение пациентов после острого кризиса, направленное на профилактику рецидивов и стабилизацию психического состояния.

Полипрагмазия – одновременное назначение большого количества лекарств без достаточных оснований, что повышает риск лекарственных взаимодействий и передозировок.

Реабилитационные мероприятия – система мер (медицинских, психологических, социальных), способствующих восстановлению и адаптации пациента после суицидальной попытки или тяжелого депрессивного эпизода.

Реактивная депрессия – депрессивное состояние, развившееся в ответ на острое психологическое потрясение (например, утрата близкого), без явно выраженных эндогенных компонентов.

Рецидив (суицидального поведения) – повторение суицидальной попытки или возвращение суицидальных мыслей после периода улучшения.

Риск передозировки – вероятность передозировки (преднамеренной или

случайной) в ситуации, когда пациент имеет доступ к опасным дозам лекарств или ПАВ.

Скрининг депрессии – использование валидированных опросников (PHQ-9, HADS, BDI) и/или беседы для раннего выявления депрессивных симптомов у пациентов.

Социально значимые факторы – условия внешней среды (уровень дохода, безработица, социальная изоляция, семейная обстановка), влияющие на психическое здоровье и риск самоубийства.

Структура родственных связей – наличие или отсутствие близких родственников, поддерживающих отношений, четкого межпоколенческого контакта.

Соматические маски депрессии – телесные жалобы (боли, нарушения пищеварения, головокружение, бессонница и др.), скрывающие под собой депрессивные расстройства.

Терапевтическая тактика при угрозе суицида – алгоритм действий врача, т.е. оценка остроты состояния, исключение соматических причин, консультация психиатра, решение о госпитализации или амбулаторном сопровождении.

Транквилизаторы – группа лекарственных средств (бензодиазепины, некоторые небензодиазепиновые препараты), снижающих тревогу и возбуждение.

Тревожное расстройство (и суицидальный риск) – патологическое состояние с чрезмерным уровнем тревоги и соматическими проявлениями (тахикардия, потливость, тремор).

Уровень сознания при отравлениях – критерий, по которому оценивают состояние пациента (например, шкала Глазго), выявляют угнетение ЦНС при передозировках психотропными или другими веществами.

Устранение доступных способов – стратегия профилактики, направленная на ограничение доступа к потенциально летальным средствам (лекарствам, оружию, ядам).

Фармакотерапия сопутствующих расстройств – лечение установленного психического состояния по клиническим показаниям; лекарственное назначение не заменяет оценку безопасности и организацию помощи.

Функциональные расстройства и их связь с суицидальностью – патологии, при которых пациент предъявляет соматические жалобы без обнаруживаемой органической причины; нередко связаны с психоэмоциональным напряжением и депрессией.

Хроническая боль (как фактор риска суицида) – длительный болевой синдром, снижающий качество жизни, вызывающий депрессивные состояния и повышающий вероятность суицидальных мыслей.

Введение

Профилактика суицидального поведения является значимой задачей общественного здравоохранения, требующей взаимодействия медицинских, психологических и социальных служб. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) обладает возможностями для раннего выявления признаков неблагополучия благодаря доступности, регулярным контактам с населением и длительному наблюдению пациентов. Международные подходы предусматривают включение профилактики суицида в деятельность служб здравоохранения и развитие межсекторального сотрудничества [8, с. 4; 9].

Реализация этих возможностей требует подготовки специалистов к практическим действиям и согласованной командной работе. Выявление признаков кризиса должно сопровождаться оценкой потребности в помощи, обеспечением безопасности, организацией направления и последующего наблюдения. Для этого необходимы общий понятийный аппарат, навыки поддерживающего общения, понимание профессиональных задач участников команды и доступные маршруты взаимодействия. Потребность в такой подготовке определяет актуальность настоящего учебно-методического пособия.

Цель пособия — развитие знаний и практических навыков специалистов команд ПМСП для согласованного участия в профилактике суицидального поведения, выявлении признаков кризиса, обеспечении безопасности пациента, маршрутизации и последующем сопровождении.

Для достижения цели в пособии рассматриваются роль ПМСП в профилактике суицида, основные понятия суицидологии, задачи и алгоритмы действий участников команды, возможности и ограничения скрининговых инструментов, принципы разработки плана безопасности и организации непрерывной помощи. Отдельное внимание уделяется подросткам, взаимодействию с их законными представителями и образовательными организациями.

Назначение и границы применения

Пособие предназначено прежде всего для врачей общей практики, медицинских сестёр, психологов и социальных работников ПМСП, а также преподавателей и резидентов по специальности «Семейная медицина». Материалы могут использоваться при обучении студентов медицинских вузов и колледжей под руководством преподавателя, в программах повышения квалификации и при проведении командных занятий на рабочем месте.

Учебный характер издания отражён в сочетании теоретического материала с практическими алгоритмами, клиническими ситуациями, тестовыми заданиями и оценочными материалами для объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ). Эти материалы предназначены для последовательного освоения темы, отработки профессионального общения, обсуждения решений и оценки отдельных практических действий.

Общие организационные принципы пособия относятся к работе со взрослыми и подростками; представленные клинические ситуации и оценочные задания преимущественно посвящены подросткам. При выборе инструментов и тактики помощи необходимо учитывать возраст пациента, особенности его состояния и доступность поддержки.

Пособие служит учебно-методической основой подготовки и не устанавливает должностные обязанности специалистов. Объём самостоятельных действий каждого работника определяется его квалификацией, действующими нормативными актами Республики Казахстан и порядком работы медицинской организации. Представленные подходы применяются с учётом утверждённых маршрутов оказания помощи и возможностей взаимодействия со службами психического здоровья [10, § 6, пп. 91–99].

Принципы использования источников

Внутритекстовые номера соответствуют единому списку литературы. При повторном обращении сохраняется номер источника; локатор указывает страницу, раздел или пункт документа. Для статей ссылка на диапазон страниц может относиться ко всей публикации. Первичные работы о разработке инструментов и исследования конкретных программ сохранены независимо от года для точного указания их происхождения и результатов. Современная тактика помощи рассматривается по действующим нормативным актам и руководствам. Исторические результаты не являются оценкой современной ситуации в Казахстане.

Для профилактики суицида на уровне ПМСП необходимы подготовка специалистов, доступ к консультационной поддержке служб психического здоровья и координация помощи между медицинскими и социальными службами [9, с. 51–55].

Охрана психического здоровья включена в задачу 3.4 Повестки дня ООН в области устойчивого развития до 2030 года. Профилактика суицида связана с достижением этой задачи; она не выделена в самостоятельную Цель устойчивого развития [11, цель 3, задача 3.4].

По глобальным оценкам ВОЗ, в 2021 году вследствие суицида умерли 727 000 человек. В возрастной группе 15–29 лет суицид занимал третье место среди причин смерти. Это оценка за конкретный год, опубликованная ВОЗ в 2025 году; она не означает число смертей в текущем календарном году [12, с. 1, 7].

Несмотря на значительное бремя проблемы, во многих странах суицид по-прежнему не рассматривается как приоритетная задача общественного здравоохранения. Во многих случаях системы здравоохранения недостаточно подготовлены для оказания своевременной, комплексной и эффективной помощи лицам с суицидальным поведением, что приводит к упущенным возможностям профилактики.

Обновлённый Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013–2030 годы предусматривает снижение показателя суицидальной смертности на треть к 2030 году. Работа ПМСП по раннему выявлению и сопровождению должна быть связана с этой популяционной задачей [13, глобальная задача 3.2, с. 12].

Национальная регистрация смертей и модельные оценки ВОЗ описывают данные, полученные разными способами. Их нельзя смешивать в одном ряду без пояснения. При приведении показателя указывают год, возрастную группу, источник и тип показателя – общий или стандартизованный [12, с. 2–3].

Взаимодействие здравоохранения, образования и социальных служб является одним из направлений организации профилактики. В данном пособии командная работа ПМСП рассматривается с учётом национального порядка помощи при суицидальном поведении и международных принципов межсекторального сотрудничества [10, § 6, пп. 91–99] [8, с. 13–24].

ПМСП играет ключевую роль в профилактике суицидального поведения благодаря высокой доступности для населения, возможности длительного наблюдения за пациентами и их семьями, а также раннему выявлению факторов риска.

Систематический обзор J. B. Luoma, C. E. Martin и J. L. Pearson показал, что в среднем около 45% лиц, умерших в результате суицида, контактировали с первичной медицинской помощью в течение предшествующего месяца. Эти исторические международные данные характеризуют потенциальные возможности профилактики и не являются оценкой ситуации в Казахстане [14, с. 909].

В отличие от специализированной психиатрической службы, врач ПМСП регулярно наблюдает пациентов с хроническими заболеваниями, болевыми синдромами, нарушениями сна, тревогой, депрессией, злоупотреблением психоактивными веществами и другими состояниями, которые могут сопровождаться повышенным риском суицида. Это создает уникальные возможности для раннего выявления лиц, нуждающихся в психологической и психиатрической помощи.

Первичная медико-санитарная помощь является ключевым звеном системы профилактики суицида. Благодаря доступности, непрерывности

наблюдения и близости к населению специалисты ПМСП имеют возможность своевременно выявлять лиц группы риска, проводить скрининг, осуществлять кризисное вмешательство, координировать маршрутизацию пациентов и обеспечивать длительное сопровождение после суицидального кризиса. Усиление роли ПМСП рассматривается Всемирной организацией здравоохранения как одно из приоритетных направлений повышения эффективности национальных программ профилактики суицида.

1 РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДА

Ключевые слова

1. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)
2. Профилактика суицида
3. Укрепление психического здоровья
4. Интеграция психического здоровья
5. Раннее выявление
6. Суицидальный риск
7. Междисциплинарное взаимодействие
8. Маршрутизация
9. Психосоциальная поддержка
10. mhGAP
11. Модель совместной помощи
12. Перераспределение задач

Цели обучения

1. Объяснить роль ПМСП в укреплении психического здоровья и профилактике суицидального поведения.
2. Определить основные условия интеграции охраны психического здоровья и профилактики суицида в деятельность ПМСП.
3. Описать компетенции врача общей практики и значение междисциплинарного взаимодействия при оказании помощи пациентам с психическими расстройствами и суицидальным риском.
4. Сравнить основные модели интеграции психического здоровья в ПМСП в условиях ограниченных ресурсов.

Алгоритм достижения цели

1. Изучить роль и основные функции ПМСП в укреплении психического здоровья и профилактике суицида.
2. Рассмотреть условия эффективной интеграции психического здоровья, включая подготовку кадров, супервизию, маршрутизацию, ресурсное обеспечение и межсекторальное взаимодействие.
3. Проанализировать основные компетенции врача общей практики, принципы командной работы и возможности раннего выявления психических расстройств и суицидального риска.
4. Изучить модели перераспределения задач, совместной помощи, психосоциальных вмешательств и программу ВОЗ mhGAP.
5. Ответить на контрольные вопросы и выполнить практические задания по теме.

1.1 Роль первичной медико-санитарной помощи в укреплении психического здоровья и профилактике суицида

В последние годы профилактика суицида рассматривается как одна из приоритетных задач общественного здравоохранения. Эффективность профилактических мероприятий во многом определяется способностью системы здравоохранения своевременно выявлять людей с психическими расстройствами, обеспечивать доступность помощи и поддерживать пациентов на протяжении всего периода наблюдения. В этой связи особое значение приобретает первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), являющаяся первым и наиболее доступным уровнем контакта населения с системой здравоохранения.

Первичная помощь приближает услуги к повседневной жизни пациента. Её доступность, непрерывность и взаимодействие с семьёй и сообществом со-

здают организационную основу для включения помощи при психических расстройствах в общую медицинскую практику [9, с. 10–17].

В условиях Республики Казахстан именно организации ПМСП обеспечивают наиболее широкий охват населения профилактическими мероприятиями и являются основным звеном раннего выявления заболеваний и признаков неблагополучия. Благодаря территориальному принципу обслуживания специалисты ПМСП обладают возможностью длительного наблюдения пациентов и их семей, что создает условия для своевременного выявления психических расстройств и суицидального риска.

В сфере психического здоровья ПМСП способна выполнять значительно более широкие функции, чем оказание медицинской помощи при соматических заболеваниях. Интеграция психического здоровья в деятельность первичного звена предполагает выявление психических расстройств, оказание базовой психосоциальной поддержки, наблюдение пациентов, проведение профилактических мероприятий и взаимодействие со специализированными службами психического здоровья. Именно поэтому ВОЗ рассматривает интеграцию психического здоровья в ПМСП как одну из важнейших стратегий развития современной системы здравоохранения [9, с. 13–21].

Возможности ПМСП включают работу с семьёй на разных этапах жизни. При контактах с родителями и детьми команда может замечать эмоциональные трудности и обсуждать потребность в помощи; конкретные функции определяются подготовкой сотрудников и действующими маршрутами [15, стратегия 3, с. 59–78].

Материалы ВОЗ и ЮНИСЕФ рассматривают поддержку родителей и других лиц, осуществляющих уход, как самостоятельное направление укрепления психического здоровья подростков. Программы могут включать навыки общения, позитивного воспитания и поддержку благополучия самих взрослых [15, стратегия 3, с. 59–61].

При выявлении семейных трудностей медицинская команда уточняет потребности ребёнка и взрослых и помогает получить подходящую медицинскую или социальную помощь. Эти действия не следует представлять как доказательство того, что патронаж сам по себе снижает суицидальную смертность [15, стратегия 3, с. 59–61].

В-третьих, помощь в условиях ПМСП воспринимается населением как менее стигматизирующая по сравнению с обращением в специализированные психиатрические учреждения.

Одним из важнейших преимуществ интеграции психического здоровья в ПМСП является снижение стигмы, связанной с обращением за психиатрической помощью. Для многих пациентов посещение участкового врача или врача общей практики является более приемлемым, чем обращение в специализированную службу психического здоровья. Это способствует более раннему обращению за помощью и снижает вероятность того, что психические расстройства останутся нераспознанными [9, с. 35–41].

Существенное значение имеет и высокая распространенность сочетания психических расстройств с хроническими неинфекционными и инфекционны-

ми заболеваниями. Депрессия, тревожные расстройства и суицидальное поведение нередко наблюдаются у пациентов с сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, сердечно-сосудистой патологией, ВИЧ-инфекцией и другими хроническими состояниями. В условиях ПМСП появляется возможность одновременно учитывать как соматические, так и психические потребности пациента, обеспечивая комплексный подход к его ведению [9, с. 35–41].

Интеграция психического здоровья в первичное звено способствует повышению доступности помощи. Доступность проявляется не только в территориальной близости медицинских организаций, но и в снижении финансовых затрат пациентов, уменьшении необходимости посещения специализированных учреждений и преодолении языковых, культурных и социальных барьеров. Это особенно важно для молодых людей, которые нередко избегают обращения в психиатрические службы из-за опасений стигматизации [9, с. 35–41].

Еще одной важной функцией ПМСП является сохранение социальной интеграции пациента. Получение помощи по месту жительства позволяет человеку продолжать обучение, трудовую деятельность и семейную жизнь, сохраняя привычные социальные связи и поддержку со стороны близких. Такой подход способствует более благоприятному течению психических расстройств и снижению риска социальной изоляции, которая сама по себе является фактором риска суицидального поведения [9, с. 35–41].

ПМСП играет важную роль и в обеспечении прав человека. Оказание помощи на уровне сообщества позволяет минимизировать необходимость длительной институционализации пациентов, способствует сохранению их автономии и снижает вероятность дискриминации, связанной с психическими расстройствами [9, с. 35–41].

Таким образом, роль ПМСП в профилактике суицида выходит далеко за рамки оказания медицинской помощи. Первичное звено является ключевой платформой для укрепления психического здоровья населения, повышения доступности помощи, снижения стигматизации, сохранения социальной интеграции пациентов и обеспечения непрерывности наблюдения. Именно поэтому развитие потенциала ПМСП рассматривается Всемирной организацией здравоохранения как одно из основных направлений повышения эффективности национальных программ профилактики суицида [9, с. 35–41].

1.2 Условия эффективной интеграции профилактики суицида и охраны психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь

Несмотря на очевидные преимущества интеграции психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи, ее реализация требует комплексных организационных изменений. Международный опыт показывает, что простого возложения дополнительных обязанностей на специалистов первичного звена недостаточно для достижения устойчивых результатов. Для успешной интеграции необходимы соответствующая кадровая политика, организационная поддержка, межсекторальное взаимодействие и наличие ресурсов на всех уровнях системы здравоохранения.

Интеграция психического здоровья в ПМСП требует времени, согласования задач и ресурсов, подготовки работников и консультационной поддержки. ВОЗ и WONCA описывают её как процесс, а не разовое мероприятие. При планировании профилактики суицида ситуационный анализ помогает определить потребности, имеющиеся службы и пробелы помощи [8, с. 7–12; 9, с. 49–54].

Одним из основных препятствий интеграции является недостаточная подготовка специалистов ПМСП в области психического здоровья. Многие врачи и медицинские сестры испытывают неуверенность при работе с пациентами, имеющими психические расстройства или суицидальные мысли. В связи с этим важнейшим условием успешной интеграции является непрерывное обучение команд ПМСП. Подготовка должна включать вопросы диагностики психических расстройств, оказания психосоциальной поддержки, ведения пациентов, взаимодействия с семьями, соблюдения прав человека и организации последующего наблюдения.

Обучение должно осуществляться не только в рамках базового образования, но и непосредственно на рабочем месте в форме постоянного профессионального развития, супервизии и наставничества. Формирование компетенций в области психического здоровья необходимо рассматривать как обязательный компонент подготовки всех специалистов первичного звена.

Согласно документу WONCA “Core Competencies in Primary Mental Health Care” (2018) [16, с. 1–6], эффективная интеграция психического здоровья в ПМСП основывается на шести ключевых доменах компетенций семейного врача.

1. Ценности и профессиональные установки.

Семейный врач признает психическое здоровье неотъемлемой составляющей общего здоровья человека и рассматривает психические расстройства как значимую проблему общественного здоровья. В своей практике он способствует снижению стигматизации психических расстройств, уважает права и достоинство пациентов, придерживается принципов равенства и недискриминации.

2. Коммуникативные навыки.

Семейный врач использует личностно-ориентированный подход, основанный на доверительном взаимодействии с пациентом и его семьей. Эффективная коммуникация включает навыки активного слушания, эмпатии, мотивационного консультирования и совместного принятия решений, что способствует своевременному выявлению психоэмоциональных проблем и повышению приверженности лечению.

3. Оценка психического состояния.

В документе WONCA к компетенциям подготовленного семейного врача отнесены выявление и диагностика распространённых психических расстройств, распознавание тяжёлых состояний, оценка функционирования, психосоциальных обстоятельств и рисков. Это международное описание компетенций; в конкретной стране объём самостоятельной работы определяется национальными требованиями [16, с. 2–3].

4. Лечение и ведение пациентов.

Семейный врач осуществляет лечение и динамическое наблюдение пациентов с распространенными психическими расстройствами в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Кроме того, он участвует в мониторинге соматического здоровья лиц с тяжелыми психическими расстройствами, обеспечивая комплексный и непрерывный подход к оказанию медицинской помощи.

5. Межпрофессиональное сотрудничество и маршрутизация пациентов.

Семейный врач эффективно взаимодействует со специалистами служб психического здоровья, социальными работниками, психологами, образовательными организациями и другими структурами, участвующими в поддержке пациента. При необходимости он организует направление к профильным специалистам и координирует дальнейшее сопровождение пациента с учетом его индивидуальных потребностей и ресурсов семьи.

6. Рефлексивная практика и забота о собственном благополучии.

Оказание помощи пациентам с психическими расстройствами требует от семейного врача высокой эмоциональной вовлеченности. Поэтому важной компетенцией является способность к профессиональной рефлексии, профилактике эмоционального выгорания и поддержанию собственного психического благополучия. Забота о здоровье медицинского работника способствует сохранению качества оказываемой помощи и профессиональной устойчивости.

Таким образом, компетентность семейного врача в сфере психического здоровья выходит далеко за рамки диагностики и лечения отдельных расстройств и включает формирование поддерживающих отношений с пациентами, междисциплинарное взаимодействие, профилактическую деятельность и обеспечение непрерывности медицинской помощи.

Существенным барьером остается высокая нагрузка на работников ПМСП. Во многих странах специалисты первичного звена уже выполняют значительный объем профилактической, лечебной и организационной работы.

Нормативную основу организации помощи в области психического здоровья в Казахстане составляет приказ МЗ РК № ҚР ДСМ-224/2020. В § 6 описаны действия при суицидальном поведении, включая оценку, план наблюдения и лечения и документацию. Объём диагностических и лечебных полномочий каждого работника определяется его квалификацией и действующими нормативными требованиями; образовательный алгоритм сам по себе не расширяет эти полномочия [10, § 6, пп. 91–99].

Дополнительным барьером является сохраняющаяся стигматизация психических расстройств среди медицинских работников. Некоторые специалисты воспринимают пациентов с психическими заболеваниями как сложную категорию больных, требующую исключительно специализированной помощи, что снижает их готовность активно участвовать в оказании первичной психиатрической помощи. В результате проблемы психического здоровья нередко остаются нераспознанными либо выявляются на более поздних стадиях заболевания.

Определенные трудности создают и организационные аспекты оказания

помощи. В частности, ограничения доступа врачей ПМСП к отдельным психиатрическим диагнозам и клинической информации в медицинских информационных системах могут затруднять преемственность наблюдения и полноценное ведение пациентов с психическими расстройствами. В совокупности данные факторы формируют разрыв между нормативно закрепленными полномочиями специалистов первичного звена и их практической реализацией, что подчеркивает необходимость дальнейшего развития системы подготовки кадров, совершенствования междисциплинарного взаимодействия и укрепления интеграции психического здоровья в ПМСП.

При распределении новых функций оценивают нагрузку, подготовку команды и доступные человеческие и финансовые ресурсы. Изменение обязанностей может потребовать дополнительного персонала, но потребность в нём обосновывается локально [9, с. 51–55].

Не менее важным условием является обеспечение специалистов ПМСП постоянной профессиональной поддержкой со стороны психиатров, психологов и других специалистов в области психического здоровья. Регулярные консультации позволяют своевременно решать сложные клинические вопросы, повышают уверенность специалистов первичного звена и способствуют повышению качества оказываемой помощи. Международные рекомендации подчеркивают необходимость формирования устойчивых механизмов супервизии и консультативной поддержки для команд ПМСП [9, с. 51–52].

Для эффективной профилактики суицида особое значение имеет наличие четкой системы маршрутизации пациентов. Между первичным, вторичным и третичным уровнями медицинской помощи должны быть установлены устойчивые механизмы взаимодействия, обеспечивающие своевременное направление пациентов и непрерывность оказания помощи. Отсутствие координации между различными уровнями здравоохранения может приводить к задержкам в получении специализированной помощи и снижению эффективности профилактических мероприятий [9, с. 52–54].

Одним из ключевых элементов интеграции является лекарственное обеспечение. На уровне ПМСП должны быть доступны основные психотропные препараты, включенные в национальные перечни лекарственных средств. Возможность своевременного назначения и продолжения терапии способствует повышению доступности лечения и снижению числа пациентов, остающихся без необходимой помощи [9, с. 53].

Важную роль играет и финансирование. Международный опыт показывает, что чрезмерная концентрация ресурсов на уровне специализированных стационаров ограничивает возможности развития служб на уровне сообщества. ВОЗ рекомендует перераспределение части ресурсов в пользу первичной медико-санитарной помощи и общественно-ориентированных служб психического здоровья, что позволяет приблизить помощь к месту проживания населения и повысить ее доступность [9, с. 55].

Особое значение для профилактики суицида имеет межсекторальное сотрудничество. Психическое здоровье формируется под воздействием множества социальных факторов, поэтому медицинская помощь должна дополняться

взаимодействием с образовательными учреждениями, социальными службами, органами занятости, правоохранительными органами, неправительственными организациями и местными сообществами. Такой подход позволяет своевременно выявлять лиц, находящихся в кризисной ситуации, обеспечивать их социальной поддержкой и устранять факторы, повышающие риск суицидального поведения [9, с. 54–55].

Неотъемлемой частью интегрированной системы является мониторинг и оценка результатов. Для этого необходимо создание информационных систем, позволяющих регистрировать данные о психическом здоровье пациентов, отслеживать результаты оказанной помощи и анализировать эффективность проводимых мероприятий. Интеграция показателей психического здоровья в общую систему медицинской статистики создает основу для планирования ресурсов, совершенствования программ профилактики и повышения качества медицинской помощи [9, с. 55].

Среди образовательных подходов используются обучение распознаванию признаков суицидального кризиса и направлению за помощью (gatekeeper training), а также программа первой помощи при проблемах психического здоровья (Mental Health First Aid, MHFA). Эти подходы имеют разные задачи и не являются взаимозаменяемыми моделями организации ПМСП. В исследовании Wyman и соавторов оценивалось обучение школьных сотрудников; в исследовании Kitchener и Jorm – обучение работников государственных организаций. Их результаты нельзя автоматически переносить на клинические компетенции команды ПМСП [17, с. 104–115; 18, с. 1–2].

В исследовании Wyman и соавторов улучшение знаний и уверенности не было достаточным условием изменения поведения по выявлению риска. Поэтому при оценке обучения отдельно рассматривают знания, практические навыки и действия в реальных условиях. Эти результаты сами по себе не доказывают снижение суицидальной смертности [17, с. 104–115].

Таким образом, успешная интеграция психического здоровья и профилактики суицида в систему ПМСП требует комплексного подхода, включающего подготовку кадров, организационную поддержку, эффективную маршрутизацию пациентов, достаточное финансирование, межсекторальное взаимодействие и постоянный мониторинг результатов. Только при наличии всех перечисленных компонентов первичная медико-санитарная помощь сможет в полной мере реализовать свой потенциал в укреплении психического здоровья населения и предупреждении суицидов.

1.3 Подходы к интеграции психического здоровья в ПМСП в условиях ограниченных ресурсов

Необходимо различать организационные подходы к оказанию помощи, конкретные психологические вмешательства и руководства по их внедрению. Ни один из этих элементов сам по себе не является универсально лучшей моделью. Ниже приведены примеры первичных исследований, выполненных в условиях ограниченных ресурсов; их результаты относятся к указанным пациентам, службам и исходам.

1.3.1 Перераспределение задач с подготовкой и супервизией

В исследовании HAP в десяти центрах ПМСП Гоа (Индия) 495 взрослых с выраженными депрессивными симптомами распределили в группы улучшенной обычной помощи или той же помощи с психологическим вмешательством, проводимым подготовленными неспециализированными консультантами. Через три месяца в группе HAP были менее выражены депрессивные симптомы и чаще отмечался результат PHQ-9 <10. Исследование поддерживает применение конкретного структурированного вмешательства после подготовки исполнителей; оно не означает, что любой сотрудник без обучения может проводить психотерапию [19, с. 176–185].

1.3.2 Совместная и ступенчатая помощь

В кластерном исследовании MANAS в Гоа участвовали 24 государственных и частных учреждения первичного звена. Вмешательство объединяло работу подготовленного консультанта, врача ПМСП и поддержку специалиста психического здоровья. У пациентов с подтверждёнными распространёнными психическими расстройствами выздоровление через шесть месяцев чаще наблюдалось в группе вмешательства; эффект был выявлен в государственных учреждениях, а в частных учреждениях преимущества не установлено. Это показывает зависимость результата от организационного контекста [20, с. 2086–2095].

В исследовании Araya и соавторов среди 240 женщин с большой депрессией в трёх клиниках ПМСП Сантьяго (Чили) ступенчатая программа включала психообразование, систематическое наблюдение и лекарственное лечение по показаниям. Через шесть месяцев доля выздоровевших была выше, чем при обычной помощи. Результат относится к исследованной группе взрослых женщин; он не обосновывает автоматическое применение той же программы для подростков [21, с. 995–1000].

1.3.3 Структурированная психологическая помощь в первичном звене

В кластерном исследовании Friendship Bench в Хараре (Зимбабве) оценивалось вмешательство на основе решения проблем, проводимое подготовленными работниками первичного звена, не являющимися специалистами психического здоровья. Через шесть месяцев выраженность симптомов распространённых психических расстройств была ниже, чем в группе сравнения. Это пример конкретного вмешательства, встроенного в помощь; его название не обозначает отдельную универсальную модель организации всей системы ПМСП [22, с. 2618–2626].

1.3.4 Профилактика и поддержка семей

Профилактические программы для подростков и их семей рассматриваются отдельно от лечения депрессии у взрослых. Их содержание должно соответствовать возрасту и задачам: поддержке родителей, развитию навыков, уменьшению насилия и улучшению доступности помощи. При описании кон-

кретной программы следует указывать её собственные исследования и измеренные исходы. Общие направления представлены в материалах ВОЗ и ЮНИСЕФ; семейный компонент пособия вынесен в раздел 8 [15, стратегия 3, с. 59–78].

1.3.5 Руководства mhGAP как средства внедрения

Руководство mhGAP и руководство по вмешательствам mhGAP-IG помогают организовать подготовку и работу неспециализированных служб. Это научно-методические материалы ВОЗ, а не отдельное рандомизированное исследование и не доказательство эффективности любого варианта внедрения. Необходимы конкретные исполнители, подготовка, супервизия и доступ к следующему уровню помощи [1, с. 2; 23, с. 3].

Для внедрения в Казахстане команда сначала определяет проблему, доступные ресурсы и маршрут пациента, затем выбирает и адаптирует подход (таблица 1). В оценке различают охват, выполнение вмешательства, доступность последующей помощи, симптомы и функционирование. Улучшение депрессии или знаний персонала нельзя автоматически приравнивать к доказанному снижению числа суицидов. Приведённые исследования служат примерами проверенных подходов, а не их сравнительным рейтингом.

Таблица 1 – Единый командный маршрут

Этап	Ведущий участник	Ожидаемый результат
Первый контакт	Любой подготовленный член команды	Признаки кризиса замечены; при угрозе безопасности пациент передан врачу без ожидания обычной записи.
Клиническая оценка	Врач; профильный специалист по показаниям	Оценены состояние, намерение, доступные средства и возможность безопасного сопровождения; обоснована срочность.
Психологическая и социальная помощь	Психолог, медицинская сестра и социальный работник в пределах компетенции	Согласованы индивидуальные действия, поддержка и устранение барьеров получения помощи.
Передача и наблюдение	Назначенный координатор случая	Принимающий специалист подтвердил получение информации; известны дата контакта и действия при неявке.

Источник: собственный материал авторов.

Предлагаемая организация командной работы – учебная модель авторов. В каждой организации назначаются конкретные исполнители и порядок замещения. Основание для разграничения скрининга, оценки и дальнейших действий: [4, разд. «Screening for Suicide Risk», «What happens if patients screen positive?»; 10, § 6, пп. 91–99].

3 РОЛЬ, ФУНКЦИИ И АЛГОРИТМЫ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСАМ СУИЦИДА

Ключевые слова

1. Врач общей практики (ВОП)
2. Раннее выявление
3. Скрининг депрессии
4. Суицидальный риск
5. Первичная оценка
6. Маршрутизация
7. Междисциплинарное взаимодействие
8. Фармакотерапия
9. Психообразование
10. Динамическое наблюдение
11. Профилактика рецидива

Цели обучения

1. Объяснять роль и основные функции врача общей практики в выявлении и профилактике суицидального поведения.
2. Распознавать признаки депрессии, тревожных расстройств и суицидального риска в условиях первичной медико-санитарной помощи. Применять алгоритмы первичной оценки состояния пациента, определения неотложности помощи и маршрутизации.
3. Организовывать междисциплинарное взаимодействие и последующее наблюдение пациентов с суицидальным риском.

Алгоритм достижения цели

1. Изучить роль, функции и зоны ответственности врача общей практики в профилактике суицида.
2. Рассмотреть признаки депрессивных и тревожных расстройств, особенности соматических масок и факторы суицидального риска.
3. Изучить инструменты скрининга и подходы к первичной клинической оценке пациента.
4. Освоить алгоритм действий ВОП при выявлении суицидальных мыслей, высокого риска или суицидальной попытки.
5. Разобрать порядок направления к психиатру, психологу, службам неотложной помощи и другим специалистам с учетом клинической ситуации и действующих нормативных требований. Изучить принципы психообразования, безопасности пациента, контроля лечения и динамического наблюдения. Решить ситуационные задачи и ответить на контрольные вопросы.

Суицидальное поведение формируется при взаимодействии клинических, психологических, социальных и средовых факторов. Соматическая жалоба не исключает эмоциональных трудностей, а наличие отдельного фактора риска не определяет индивидуальный исход. ВОП уточняет актуальную ситуацию и организует необходимую помощь; решение о срочности основывается на клинической оценке и условиях безопасности [5, разд. «Assess the patient»; 6, с. 1–3].

Международные руководства описывают подготовку работников, раннее выявление, оценку, лечение и последующее наблюдение, а также ограничение доступа к средствам как элементы профилактической работы. Ниже представ-

лена авторская организация этих задач для ВОП; она не является дословным перечнем должностных обязанностей ВОЗ [8, с. 32–38, 58–63, 78–90] [16, с. 1–6].

Обучение и повышение квалификации врачей (рис. 1):

Регулярное обучение врачей навыкам выявления, оценки и ведения пациентов с депрессией и суицидальными мыслями.

Развитие коммуникативных навыков для эффективного сбора анамнеза и обсуждения психоэмоционального состояния с пациентом.

Формирование у врачей готовности к раннему выявлению тревожных признаков или депрессивных симптомов, а также способность грамотно реагировать на них. См. рисунок 1.



Рисунок 1 – Обучение ВОП методам раннего выявления депрессии и тревожных расстройств

Источник: собственный материал авторов. Содержание обучения согласуется с [16, с. 1– 6].

Ранняя диагностика депрессий и других психических расстройств (таблица 2): Проведение скрининга на депрессию и тревожные расстройства в общемедицинской практике, особенно у пациентов из групп риска (например, пожилые люди, пациенты с хроническими заболеваниями, люди с известными проблемами психического здоровья и т. д.).

Контроль за психологическим состоянием пациентов при регулярных осмотрах и приемах, не ограничиваясь только соматическими жалобами.

Таблица 2 – Клинические ориентиры при симптомах депрессии и тревоги

Вопрос	Депрессивные симптомы	Тревожные симптомы	Действия ВОП
Что уточнить	Настроение, интерес и удовольствие, энергия, сон, аппетит, самообвинение, функционирование.	Избыточное беспокойство, панические эпизоды, избегание, напряжение, соматические проявления.	Уточнить длительность, контекст и влияние симптомов; оценить мысли о смерти и самоповреждении при наличии показаний.
Инструмент	PHQ-9 оценивает выраженность симптомов депрессии.	GAD-7 оценивает выраженность тревожных симптомов.	Использовать соответствующую возрасту и языку форму; результат не является диагнозом.
Дифференциальная оценка	Мания/гипомания в анамнезе, психотические симптомы, влияние ПАВ, лекарств и соматической патологии.	Соматические причины и действие ПАВ/лекарств; связь с депрессией, травмой или текущей угрозой.	Обследования назначаются по анамнезу и осмотру. Не объяснять все соматические жалобы психологическими причинами без оценки.
Срочность	Актуальное намерение, недавнее опасное действие, психоз или невозможность обеспечить безопасность требуют срочного решения.	Выраженная ажитация, интоксикация или сочетание с суицидальными мыслями требуют оценки безопасности.	Не определять срочность только по баллу PHQ-9 или GAD-7.
Лечение	Выбор зависит от клинической оценки, тяжести, предпочтений и возраста.	Психологическая помощь и иное лечение подбираются с учётом установленного состояния.	Назначения выполняет уполномоченный врач по действующим протоколам. Детские схемы не копируют со взрослых; медицинская сестра и психолог не назначают препараты по этой таблице.
Наблюдение	Проверяют динамику симптомов, функционирование, безопасность и переносимость назначенного лечения.	Проверяют выраженность симптомов, избегание и влияние на повседневную жизнь.	В плане фиксируют исполнителя, срок следующего контакта и действия при ухудшении.

Источник: составлено авторами по [24, с. 606–613; 25, с. 1092–1097; 26, с. 8–12, 22–

23; 27, с. 6–7, 27; 5, разд. «Symptoms»]. Таблица содержит учебные ориентиры и не является схемой назначения лекарств.

Налаживание эффективной системы направлений и междисциплинарного взаимодействия (Рисунок 2):



Рисунок 2 – Последовательность определения срочности помощи

Источник: собственный материал авторов.

Чёткое понимание, когда и куда направлять пациентов, у которых выявлены признаки повышенного риска самоубийства.

Тесное сотрудничество с психиатрами, психологами, социальными службами, кризисными центрами и службами неотложной помощи, чтобы обеспечить пациентам комплексную поддержку.

Первый контакт → оценка непосредственной угрозы жизни и состояния → клиническая оценка потребности в помощи → согласованный маршрут и подтверждённая передача пациента (таблица 3).

Таблица 3 – Маршрутизация пациента по результатам первичной оценки

Клиническая ситуация	Действие команды
Непосредственная угроза или медицинская неотложность	Пациент остаётся под наблюдением; немедленно привлекается врач и организуется экстренная помощь.
Угроза не установлена, но безопасность или намерение остаются неясными	Клиническая оценка до ухода пациента; при невозможности обеспечить безопасность – срочная передача в службу, способную выполнить оценку.

Клиническая ситуация	Действие команды
По итогам оценки возможно амбулаторное сопровождение	Письменный план действий, согласованные лица поддержки, назначенный повторный контакт и проверка получения дальнейшей помощи.

Источник: переработанная авторами учебная схема по материалам [28, разд. «Determine disposition»]. Схема не предназначена для прогнозирования суицида или автоматического решения о госпитализации.

Обеспечение последующего наблюдения:

Организация регулярных визитов и звонков пациентам, у которых был выражен суицидальный риск или выявлены тяжелые депрессивные проявления. Поддержание контакта с пациентом и отслеживание динамики его состояния, особенно в первые недели и месяцы после обострения или попытки суицида.

Обучение пациентов и их окружения:

Разъяснение важности своевременного обращения к специалистам и информирование о доступных ресурсах психиатрической и психологической помощи.

Просвещение близкого окружения пациента о факторах риска, признаках суицидального поведения и вариантах помощи.

Снижение стигматизации:

Формирование у медицинских работников и общества в целом более толерантного отношения к психическим расстройствам.

Стимулирование открытого диалога о проблемах психического здоровья, что помогает пациентам не бояться обращаться к врачу и делиться своими переживаниями.

Ограничение доступа к средствам для совершения суицида:

Врач может вести разъяснительную работу о безопасном хранении медикаментов и потенциально опасных предметов в домашних условиях, особенно при наличии у пациента высокого риска самоповреждения.

Информирование пациентов (и их семей), находящихся в группе риска, о способах снижения доступа к оружию, опасным химическим веществам и пр.

Соматические жалобы могут сочетаться с эмоциональным неблагополучием. При соответствующих признаках врач уточняет настроение, тревогу, употребление ПАВ и суицидальные мысли; отрицательный результат одного опросника не прекращает обследование при сохраняющемся клиническом беспокойстве [5, разд. «Symptoms»].

ВОП координирует медицинскую оценку и передачу пациента профильному специалисту. В направлении указываются срочность, клинические основания, уже принятые меры и контакт ответственного сотрудника [10, § 6, пп. 91–99].

Лечение сопутствующей депрессии определяется клиническими показаниями, возрастом и полномочиями врача. После начала или изменения антидепрессивной терапии требуется наблюдение за состоянием и безопасностью. NICE отдельно описывает ранний контроль для взрослых 18–25 лет и пациен-

тов с повышенным риском суицида, а также особые условия назначения и наблюдения у детей и подростков. Эти положения используются как международная методическая основа, с учётом действующих протоколов Казахстана [26, с. 22–23; 27, с. 23].

3.1 Основные функции и задачи врача общей практики

1. Скрининг и оценка рисков

Использование валидированных опросников PHQ-9 (Приложение А) и GAD-7 (Приложение Б) для оценки соответствующих симптомов [24, с. 606–613; 25, с. 1092–1097].

Проявление настороженности при наличии факторов риска: хронические боли, недавние жизненные стрессы, злоупотребление алкоголем/наркотиками.

PHQ-9 – это 9 пунктов для оценки симптомов депрессии в соответствии с критериями DSM (диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам). Каждая из 9 позиций оценивается по шкале от 0 («ни дня») до 3 («почти каждый день»), таким образом максимальное количество баллов – 27 [24, с. 606–613].

Ниже приведён ориентир по общей сумме баллов и степени выраженности симптомов депрессии:

Ключ подсчета суммы баллов и степени выраженности симптомов депрессии в таблице 4:

Таблица 4 – Интерпретация суммы PHQ-9

Баллы	Выраженность симптомов	Применение результата
0–4	Минимальная	При сохраняющихся жалобах или клиническом беспокойстве оценку продолжают независимо от суммы.
5–9	Лёгкая	Уточняют функционирование и потребность в помощи; согласуют дальнейшие действия.
10–14	Умеренная	Проводят клиническую оценку; проверяют наличие депрессивного расстройства и сопутствующих состояний.
15–19	Умеренно тяжёлая	Определяют необходимую интенсивность помощи с учётом клинической картины и безопасности.
20–27	Тяжёлая	Требуется своевременная клиническая оценка; решение о срочности и госпитализации не определяется суммой автоматически.

Источник градаций: [24, с. 606–613]. Авторская колонка о применении результата учитывает [2, с. 16]. Любой положительный ответ на пункт 9 требует уточнения; нулевой ответ не исключает риска при других настораживающих данных.

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) – это 7 пунктов для оценки уровня

тревоги, в частности генерализованного тревожного расстройства. Каждая позиция оценивается по шкале от 0 до 3, где 0 означает «ни дня», а 3 – «почти каждый день». Максимально возможная сумма – 21 балл [25, с. 1092–1097].

Ниже приведена классическая градация тяжести тревоги по GAD-7 в таблице 5.

Таблица 5 – Интерпретация суммы GAD-7

Баллы	Выраженность тревожных симптомов	Ограничение
0–4	Минимальная	Опросник не исключает другое психическое или соматическое состояние.
5–9	Лёгкая	Оценивают длительность, дистресс и нарушение функционирования.
10–14	Умеренная	Необходима клиническая оценка вероятного тревожного расстройства.
15–21	Тяжёлая	Определяют необходимый объём помощи; срочность устанавливают по клиническим данным.

Источник градаций: [25, с. 1092–1097]. GAD-7 не оценивает суицидальное намерение; при соответствующих признаках нужен отдельный разговор о безопасности.

2. Организация междисциплинарного взаимодействия

Направление пациента на консультацию к психиатру или психологу при подозрении на депрессию, тревожное расстройство или суицидальные мысли.

Сотрудничество с социальными службами: при необходимости оформления инвалидности, помощи в поиске работы или жилья, а также при семейных конфликтах.

3. Коррекция медикаментозного лечения

Выбор и изменение лекарственной терапии выполняет врач с соответствующими полномочиями по клиническим показаниям и действующим протоколам; при необходимости организуется консультация психиатра.

Контроль соблюдения режима приема лекарств и отслеживание побочных явлений, в том числе возможной передозировки.

4. Психообразовательная и консультативная функция

Разъяснение пациенту и его родственникам природы депрессии, роли стрессовых факторов, основных способов стабилизации психоэмоционального состояния.

Поддержка пациента в формировании мотивации к лечению, инструменты самонаблюдения и контакта с кризисными службами.

5. Поддержка

Наблюдение за людьми, совершившими суицидальные попытки, во избежание рецидивов.

При необходимости – взаимодействие с родственниками, информирование их о доступной помощи и возможных признаках повторного кризиса.

3.2 Алгоритм действий врача общей практики

1. Оценить, нужна ли медицинская помощь немедленно. Уточнить недавние повреждения, возможное отравление, нарушение сознания, выраженное возбуждение и другие признаки неотложного состояния. Не откладывать лечение травмы или отравления ради завершения анкеты.

2. Провести прямую беседу о мыслях о смерти и суициде, их актуальности, намерении, плане, доступных средствах, предыдущих действиях и поддержке. Уточнить психическое состояние, употребление ПАВ и обстоятельства дома [28, разд. «Frequency of suicidal thoughts», «Suicide Plan», «Past Behavior»].

3. При непосредственной угрозе обеспечить непрерывное присутствие ответственного сотрудника и срочную передачу для медицинской и психиатрической оценки. Не предлагать пациенту самостоятельно добираться до места экстренной помощи. В Казахстане действия согласуются с действующим порядком оказания помощи [1, с. 131–139; 10, § 6, пп. 91–99].

4. Если непосредственная угроза не установлена, но намерение или безопасность остаются неясными, завершить клиническую оценку до ухода пациента. Обычное плановое направление не заменяет необходимую срочную консультацию.

5. Амбулаторное сопровождение согласовать только после оценки состояния и условий безопасности. Зафиксировать план поддержки, ответственного за контакт, дату повторного обращения, принимающую службу и действия при ухудшении [2, с. 29–33].

6. Проверить выполнение направления. При неявке действовать по заранее согласованному плану активного контакта и повторно определить срочность. Отказ от консультации исследуют уважительно: уточняют причины, обсуждают доступные варианты и документируют решение; отказ сам по себе не завершает помощь.

7. Для подростка оценить возможность безопасного участия законного представителя. При подозрении на насилие или угрозу со стороны семьи использовать установленные механизмы защиты ребёнка. Организацию беседы, согласие на обследование и основания передачи сведений рассматривают отдельно [10, пп. 92–93] [29, ст. 92, 134, 136–137, 273].

4 РОЛЬ, ФУНКЦИИ И АЛГОРИТМЫ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА ПО ВОПРОСАМ СУИЦИДА

Ключевые слова	Цели обучения	Алгоритм достижения цели
1. Психологическая оценка Суицидальный риск Кризисная интервенция Психологическая первая помощь 2. Когнитивно-поведенческая терапия 3. Диалектическая поведенческая терапия План безопасности Эмоциональная регуляция Терапевтический альянс Психотерапевтическая поддержка 4. Реабилитация Междисциплинарное взаимодействие	1. Объяснять роль и основные функции психолога в системе профилактики суицидального поведения. 2. Применять методы психологической оценки и выявления факторов суицидального риска с учетом профессиональной компетенции. 3. Осваивать алгоритмы кризисной интервенции, формирования плана безопасности и долгосрочного сопровождения клиента. Организовывать психотерапевтическую поддержку, междисциплинарное взаимодействие и реабилитационные мероприятия.	1. Изучить роль, функции и профессиональные задачи психолога в профилактике суицида. 2. Рассмотреть психологические подходы к пониманию суицидальных кризисов: когнитивно-поведенческий, экзистенциально-гуманистический и психодинамический. 3. Изучить методы клинического интервью, психодиагностики и оценки суицидального риска. 4. Освоить алгоритм кризисной интервенции при выявлении суицидальных мыслей, намерений и высокого риска. Рассмотреть методы психотерапевтической поддержки, формирования плана безопасности и развития навыков эмоциональной регуляции. 5. Изучить принципы долгосрочного сопровождения, реабилитации, работы с близкими и междисциплинарного взаимодействия. 6. Решить ситуационные задачи и ответить на контрольные вопросы

Источник: собственный материал авторов.

Психологическая помощь является частью согласованного плана ведения человека, переживающего суицидальный кризис. Её задачи определяются состоянием, потребностями пациента, подготовкой специалиста и доступностью медицинской помощи [2, с. 12, 30–31].

Психолог выполняет психологическую оценку и помощь в пределах своей квалификации, участвует в плане безопасности и командном сопровождении. Распределение медицинских и психологических функций в конкретной организации закрепляется национальными требованиями и локальными доку-

ментами; mhGAP не устанавливает юридические полномочия специалистов Казахстана [10, § 6, пп. 91–99].

Развитие суицидального кризиса рассматривают с учётом взаимодействия клинических, психологических, социальных и средовых факторов. Единственная теория или результат теста не объясняют конкретный случай полностью [6, с. 3, 6–7].

Психологические подходы к пониманию суицидальных кризисов:

1. Когнитивно-поведенческая школа: выделяет дисфункциональные мысли (например, «Я бесполезен», «Моя жизнь бессмысленна») и помогает их трансформировать, используя поведенческие эксперименты и техники когнитивной реструктуризации.

2. Работа со смыслами и ценностями: обсуждение значимых для пациента отношений, деятельности и оснований для обращения за помощью без навязывания убеждений специалиста.

3. Психодинамические и аналитические направления: обращают внимание на бессознательные конфликты, амбивалентность, сепарационные страхи, родительские или травматические паттерны, способствующие аутоагрессии.

Роль и функции психологов в работе с суицидальными клиентами:

1. Психодиагностика и оценка степени риска:

Скрининг суицидальных мыслей выполняют подходящим инструментом ASQ или соответствующей версией C-SSRS. PHQ-9 используется для оценки симптомов депрессии; пункт 9 требует отдельного уточнения и не заменяет оценки намерения [4, разд. «About the Tool»; 3, разд. «Using the Columbia Protocol»; 24, с. 606–613].

Интерпретация результатов с учётом эмоционального фона, когнитивных искажений, самооценки, уровня тревожности.

В ходе беседы уточняют переживания, причины конкретного действия и потребность в помощи. Предполагаемые скрытые мотивы не заменяют прямых вопросов о намерении, актуальных мыслях и безопасности [2, с. 12].

2. Кризисная интервенция:

При актуальных суицидальных мыслях, намерении или невозможности обеспечить безопасность немедленно привлекают врача и организуют срочную оценку; наличие подробного плана не является обязательным условием для экстренных действий [5, разд. «Frequency of suicidal thoughts», «Determine disposition»].

Техники «психологической первой помощи», позволяющие стабилизировать эмоциональное состояние в момент острой угрозы.

Организация безопасного пространства: временное ограничение доступа к опасным предметам, медикаментам.

3. Психотерапевтическая поддержка:

Для взрослых после самоповреждения NICE рекомендует структурированное, ориентированное на человека психологическое вмешательство на основе КПТ, адаптированное к самоповреждению. Его проводит подготовленный специалист при соответствующей супервизии [2, с. 31].

Обсуждение значимых отношений, ценностей и оснований для обращения за помощью проводится уважительно и без навязывания убеждений. Такое обсуждение не следует представлять как самостоятельный метод с доказанным снижением суицидальной смертности.

Для детей и молодых людей с выраженными трудностями эмоциональной регуляции и частым самоповреждением NICE предлагает рассмотреть DBT-A с учётом возраста и перехода между службами. Это не рекомендация назначать любую ДПТ всем пациентам с предполагаемой пограничной личностной организацией [2, с. 31].

4. Поддержка и реабилитация:

Поддержка людей, переживших суицидальную попытку: формирование плана безопасности, обучение техникам саморегуляции.

Работа с близкими и родственниками (обсуждение их чувств вины, страха повторения, трудностей в понимании суицидального поведения).

Групповые или индивидуальные консультации, направленные на восстановление положительного образа «Я» и преодоление травматического опыта.

5. Научно-исследовательская и методическая деятельность:

Разработка и тестирование психометрических инструментов оценки суицидального риска.

Проведение исследований на основе клинических случаев, данных из практики.

Подготовка методических рекомендаций, создание профилактических программ для разных возрастных и социальных групп [8, с. x–xii].

Алгоритм психологической помощи при суицидальном кризисе:

1. Предварительная диагностика:

Сбор анамнеза: оценка личной и семейной истории психических расстройств, предыдущих суицидальных попыток.

Оценка когнитивно-эмоционального статуса: выявление безнадежности, безысходности, когнитивных искажений («чёрно-белое» мышление, катастрофизация).

Уточнение актуальных мыслей, намерения, действий, доступных средств и условий безопасности; вывод о потребности в помощи не основывается на одном признаке [5, разд. «Frequency of suicidal thoughts», «Suicide Plan», «Symptoms»].

2. Экстренные меры при высоком риске:

Контакт с психиатрическими службами: при наличии внезапного ухудшения состояния или выраженных психотических симптомов.

Информирование доверенных лиц (с согласия клиента, если это законодательно предусмотрено): обеспечение постоянного наблюдения.

Психологическая поддержка продолжается в ходе организации необходимой медицинской помощи. Ежедневные консультации не заменяют срочной оценки при непосредственной угрозе; решение о госпитализации принимает уполномоченный врач по установленным основаниям [5, разд. «Determine disposition»; 10, п. 99].

3. Долгосрочная реабилитация:

Структурированную психотерапевтическую помощь подбирают с учётом возраста, характера самоповреждения, сопутствующих состояний и подготовки специалиста. Не все перечисляемые психологические школы имеют одинаковую доказательную основу для конкретного исхода [2, с. 30–31].

Групповая работа: фокус на социальном подкреплении, обмен опытом в преодолении саморазрушительных тенденций, укрепление эмпатии и самооценки.

Постепенная интеграция в социальные роли: возвращение к учебе, работе, социальным контактам, при необходимости – содействие в поиске поддержки в социальных службах.

Психологическая помощь требует подготовки и супервизии [2, с. 31]. При дистанционном контакте авторы предлагают заранее согласовать местонахождение пациента и действия при угрозе безопасности.

5 РОЛЬ, ФУНКЦИИ И АЛГОРИТМЫ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПО ВОПРОСАМ СУИЦИДА

Ключевые слова	Цели обучения	Алгоритм достижения цели
1. Средний медицинский работник 2. Раннее выявление 3. Группа суицидального риска Скрининг 4. C-SSRS, ASQ, PHQ-9 5. Кризисное вмешательство 6. План безопасности 7. Динамическое наблюдение 8. Патронаж 9. Поственция 10. Поддержка семьи 11. Междисциплинарное взаимодействие	1. Объяснять роль и функции среднего медицинского работника в системе профилактики суицидального поведения. Распознавать признаки суицидального риска и применять инструменты первичного скрининга в пределах профессиональной компетенции. 2. Выполнять алгоритм действий при выявлении суицидального риска, включая обеспечение безопасности пациента и своевременное информирование врача. 3. Организовывать последующее наблюдение, поддержку пациента и его семьи, а также междисциплинарное взаимодействие.	1.Изучить роль, функции и зоны ответственности среднего медицинского работника в профилактике суицида. 2.Рассмотреть факторы риска, признаки психологического дистресса и ранние сигналы суицидального поведения. Изучить инструменты первичного скрининга и правила корректного общения с пациентом. 3.Освоить алгоритм действий при выявлении суицидального риска с учетом срочности ситуации и локальных протоколов. 4.Рассмотреть участие медицинской сестры в обеспечении безопасности, разработке плана безопасности и передаче информации врачу. 5.Изучить принципы динамического наблюдения, патронажа, контроля выполнения рекомендаций и поддержки семьи. 6.Решить ситуационные задачи и ответить на контрольные вопросы.

Источник: собственный материал авторов

Медицинские сестры первичной медико-санитарной помощи являются одними из первых специалистов, которые могут выявить признаки суицидального риска. В отличие от врача, время общения медицинской сестры с пациентом часто не ограничивается только приемом. Патронажные посещения, профилактические осмотры, школы здоровья, динамическое наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями и регулярные контакты с семьей создают возможности для своевременного распознавания психологического неблагополучия и предотвращения суицидального поведения.

Современная модель профилактики суицида предусматривает активное участие медицинской сестры на всех этапах оказания помощи: от выявления

риска до длительного наблюдения после кризисной ситуации.

Раннее выявление лиц группы риска

Одной из важнейших задач медицинской сестры является своевременное выявление пациентов, нуждающихся в дополнительной оценке психического состояния.

Повышенное внимание следует уделять лицам:

1. с депрессией и тревожными расстройствами;
2. имеющим суицидальные попытки в анамнезе;
3. злоупотребляющим алкоголем или психоактивными веществами;
4. страдающим хронической болью или тяжелыми соматическими заболеваниями;
5. переживающим утрату, развод, потерю работы или другие кризисные события;
6. испытывающим социальную изоляцию;
7. сообщающим о чувстве безнадежности, бессмысленности жизни или нежелании жить.

Настороженность должны вызывать высказывания пациента о собственной бесполезности, безысходности, желании «уснуть и не проснуться», а также резкие изменения поведения, отказ от привычной деятельности, уход из социальных контактов или раздача личных вещей.

Скрининг и оценка суицидального риска

При выявлении признаков психологического дистресса медицинская сестра проводит первичный скрининг в рамках своей компетенции.

Для оценки могут использоваться валидированные инструменты:

PHQ-9 – для симптомов депрессии; суицидальный скрининг и последующая клиническая оценка проводятся отдельно при наличии показаний; C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale); ASQ (Ask Suicide-Screening Questions) [30, с. 1170–1176].

Положительный результат скрининга требует незамедлительного информирования врача и проведения дальнейшей клинической оценки.

При общении с пациентом не следует избегать прямых вопросов о суицидальных мыслях. Исследования показывают, что обсуждение темы суицида не увеличивает риск суицидального поведения, а, напротив, способствует своевременному выявлению пациентов, нуждающихся в помощи.

Действия медицинской сестры при выявлении суицидального риска

1. После выявления риска медицинская сестра должна определить срочность ситуации.
2. При отсутствии непосредственной угрозы жизни необходимо:
   - обеспечить консультацию врача;
   - организовать дальнейшее наблюдение;
   - проинформировать пациента о доступных ресурсах помощи;
   - привлечь членов семьи или других лиц поддержки (с согласия пациента);
   - контролировать выполнение рекомендаций.

Если пациент сообщает о наличии конкретного суицидального плана,

намерения совершить самоубийство или недавней попытке суицида, ситуация рассматривается как неотложная. В таких случаях медицинская сестра обязана:

1. не оставлять пациента одного;
2. обеспечить постоянное наблюдение до передачи врачу;
3. исключить доступ к потенциально опасным предметам и лекарственным средствам;
4. организовать экстренное медицинское вмешательство в соответствии с локальными алгоритмами;
5. содействовать госпитализации или экстренной консультации специалиста психического здоровья.

Участие в разработке плана безопасности

После стабилизации состояния пациента медицинская сестра может участвовать в разработке индивидуального плана безопасности.

План безопасности включает:

1. выявление ситуаций и факторов, провоцирующих кризис; определение ранних признаков ухудшения состояния; перечень способов самопомощи;
2. список лиц, к которым пациент может обратиться за поддержкой; контактные данные экстренных служб;
3. мероприятия по ограничению доступа к потенциально смертельным средствам.

План безопасности должен быть понятным пациенту, реалистичным и доступным для использования в кризисной ситуации.

Последующее наблюдение

После кризиса или выписки из стационара необходимо заранее согласованное продолжение помощи. Контакт с пациентом не должен ограничиваться повторным подсчётом баллов: проверяют состояние, выполнение плана и доступность поддержки [2, с. 29]. Поэтому медицинская сестра осуществляет:

1.активное наблюдение пациента;
2.телефонные контакты и патронажные визиты;
3.контроль соблюдения лечения;
4.оценку эмоционального состояния;
5.повторный скрининг суицидального риска;
6.поддержку семьи пациента.

Особое внимание необходимо уделять пациентам после суицидальной попытки, поскольку именно эта группа относится к категории наиболее высокого риска повторного самоповреждения.

5.1 Поддержка семьи после попытки

После нефатального эпизода медицинская сестра помогает семье понять план наблюдения, способы поддержки и порядок обращения при ухудшении; действия согласуются с пациентом и врачом.

5.2 Поственция после смерти

После смерти от суицида помощь адресована переживающим утрату. Уточняют эмоциональные и практические потребности, возможность поддержки и необходимость индивидуального направления. Эти действия не смешивают с сопровождением живого пациента после попытки [7, с. 10–15].

Таким образом, медицинская сестра играет ключевую роль в системе профилактики суицида. Ее деятельность включает раннее выявление пациентов группы риска, проведение скрининга, участие в кризисном вмешательстве, разработку плана безопасности, длительное наблюдение и поддержку семей. Благодаря постоянному контакту с населением именно медицинские сестры нередко становятся первыми специалистами, способными предотвратить развитие суицидального кризиса и своевременно организовать необходимую помощь.

6 РОЛЬ, ФУНКЦИИ И АЛГОРИТМЫ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА ПО ВОПРОСАМ СУИЦИДА

Ключевые слова

1. Социальная профилактика суицида
2. Биопсихосоциальный подход
3. Социальные факторы риска
4. Защитные факторы
5. Социальная диагностика
6. Межведомственное взаимодействие
7. Социальное сопровождение
8. Адвокация и защита прав
9. Кризисная помощь
10. Ресоциализация

Цели обучения

1. Объяснить роль и значение социального работника в системе профилактики суицида.
2. Выявлять социальные факторы риска и защитные факторы суицидального поведения.
3. Различать функции социального работника на этапах первичной оценки, кризисного вмешательства и последующего сопровождения.
4. Применять алгоритм действий социального работника при выявлении суицидального риска.
5. Организовывать межведомственное взаимодействие и социальное сопровождение лиц, находящихся в кризисной ситуации.
6. Оказывать социальную и информационную поддержку клиенту и его близким с учетом этических и правовых норм.

Алгоритм достижения цели

1. Изучить роль социального работника в профилактике суицида в рамках биопсихосоциального подхода.
2. Проанализировать социальные факторы риска: социальную изоляцию, семейные конфликты, насилие, безработицу, финансовые трудности и отсутствие социальной поддержки.
3. Определить защитные факторы и ресурсы социальной сети клиента.
4. Изучить основные функции социального работника: социальную диагностику, адвокацию, защиту прав, профилактическую деятельность и координацию помощи.
5. Освоить алгоритм первичной оценки социальной ситуации и выявления признаков суицидального риска.
6. Отработать последовательность действий при непосредственной угрозе или неясной срочности: обеспечение безопасности, привлечение профильных специалистов, информирование близких в пределах правовых и этических норм.
7. Составить план социального сопровождения и реабилитации, включающий восстановление социальных связей, доступ к социальной и правовой помощи, ресоциализацию и профилактику повторного кризиса.
8. Ответить на контрольные вопросы и разобрать клинический или социальный случай.

Социальный работник помогает выявлять обстоятельства, препятствую-

щие безопасности и получению помощи: насилие, жилищные трудности, изоляцию, финансовые ограничения и недостаток поддержки. Ниже предложена авторская учебная организация этой роли в команде ПМСП; юридические полномочия и должностные обязанности определяются действующими требованиями. Межсекторальные принципы описаны в докладе ВОЗ [31, с. 239–244].

Социальные работники не только проводят первичную оценку социальной ситуации, но и выступают посредниками между клиентом и другими профильными специалистами: медицинскими учреждениями, кризисными центрами, юридическими организациями [31, с. 222–246]. Именно поэтому важно систематизировать функции, алгоритмы и стратегии социального сопровождения при суицидальном риске, учитывая данные доказательной практики.

Вклад биологических, психологических, клинических, социальных и средовых факторов в суицидальное поведение рассматривается в обзоре Turecki и соавторов. Социальная оценка уточняет условия жизни, насилие, доступность ресурсов и поддержки, дополняя клиническую оценку [6, с. 1–3].

В командной работе социальный работник уточняет доступные ресурсы и помогает преодолеть конкретный барьер: организовать сопровождение, найти безопасное место пребывания или связаться с нужной службой. Он не принимает медицинское решение только по социальной характеристике пациента [31, с. 222–246].

Функции и задачи социальных работников в контексте суицидальной профилактики:

1. Социальная диагностика и скрининг: в ходе первичной оценки специалист анализирует социально-экономический и семейный статус клиента, выявляет факторы риска (наличие конфликтов, потерю работы, эпизоды насилия) и защитные факторы (наличие сплоченной семьи, устойчивой социальной сети). Эти данные помогают определить степень уязвимости и сформировать индивидуальный план сопровождения [5, разд. «Social Support and Stressors»].
2. Адвокация и обеспечение прав: многие группы риска – лица из маргинализированных и уязвимых слоев общества (безработные, мигранты, люди с инвалидностью, представители ЛГБТ и др.) – могут испытывать дискриминацию и стигму. Социальный работник, обладая правовыми компетенциями, может защищать интересы клиента в государственных и общественных организациях [31, с. 222–246].
3. При выявлении суицидальных намерений или недавней попытки социальный работник привлекает ответственного врача, помогает организовать безопасную передачу и доступную поддержку в пределах полномочий. Информирование близких и иных служб осуществляется по правовым основаниям [2, с. 17–18; 29, ст. 273].
4. После смерти от суицида социальный работник помогает близким получить практическую поддержку и подходящую помощь при утрате. Выбор формы помощи зависит от их потребностей; профилактический эффект конкретной программы нельзя считать установленным только по наличию групповой поддержки [7, с. 10–12].

5. Просветительская и профилактическая деятельность: социальные работники участвуют в обучающих программах, групповых тренингах и общественных кампаниях, повышая уровень информированности о суициде и снижая стигму вокруг психических расстройств [31, с. 222–246]. Они разрабатывают методические материалы и выступают с лекциями для различных возрастных групп.

Алгоритм практических действий:

1. Первичная оценка:

Сбор информации: изучение социального и медицинского анамнеза, беседа с клиентом, при необходимости – консультация с родственниками.

Выявление рисков: проверка наличия психических расстройств, историй насилия, аддикций.

Назначение мер профилактики: совместная разработка плана, включающего ресурсы социальной сети, здравоохранения и местных некоммерческих организаций [31, с. 222–246].

2. Действия при угрозе безопасности или неясной срочности:

Немедленно связаться с ответственным врачом; при непосредственной угрозе организовать экстренную медицинскую помощь по локальному маршруту. Телефонная поддержка не заменяет необходимую очную оценку.

Поддержка семьи: уточнить, кто может безопасно сопровождать пациента и выполнить согласованные меры до передачи. Семья не подменяет экстренную службу и не получает задачу самостоятельно обеспечить домашнее круглосуточное наблюдение вместо необходимой срочной помощи [5, разд. «Determine disposition»].

Практическая помощь: содействие в получении безопасного жилья, пособий или юридической консультации в пределах полномочий и доступных социальных служб [31, с. 239–244].

3. Социальное сопровождение и реабилитация:

Регулярные встречи: оценка динамики состояния, корректировка плана помощи.

Помощь в восстановлении социальных связей, доступе к образованию, занятости и социальным услугам по потребностям пациента [31, с. 239–244].

Долговременная поддержка: сохранение контакта с клиентом, организация визитов к профильным специалистам, профилактика повторных попыток.

Реализация системных алгоритмов суицидальной профилактики невозможна без координации с другими профессионалами: врачами общей практики, психиатрами, психологами, юристами [5, разд. «Assess the patient», «Determine disposition»]. Социальные работники, обладая навыками межличностной коммуникации и пониманием социальных детерминант здоровья, могут выступать в роли связующего звена, обеспечивающего преемственность и целостность помощи. Особенно значимой в современных реалиях становится способность социальных работников к комплексной оценке жизненной ситуации клиента, учету культурных и этнических особенностей, а также к созданию безопасной атмосферы доверия [31, с. 239–244].

Социальное сопровождение считается выполненным не после выдачи

контакта, а после проверки доступности и получения согласованной помощи. В учебных заданиях следует оценивать, назвал ли обучающийся конкретный барьер, предложил ли реалистичный способ его устранения и определил ли следующего ответственного сотрудника.

7 ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Ключевые слова

1. Первичная профилактика
2. Универсальная профилактика
3. Селективная профилактика
4. Индицированная профилактика
5. Вторичная профилактика
6. Скрининг суицидального риска
7. C-SSRS, ASQ
8. PHQ-9, GAD-7, AUDIT, ASSIST
9. Программа ВОЗ «LIVE LIFE»
10. План безопасности Стэнли–Брауна
11. Семейно-ориентированные вмешательства
12. Поственция
13. Межведомственное взаимодействие
14. ПМСП

Цели обучения

1. Объяснить основные направления и виды профилактики суицидального поведения.
2. Различать универсальную, селективную и индицированную профилактику, а также первичную и вторичную профилактику суицидов.
3. Применять основные инструменты скрининга факторов риска и суицидального поведения в условиях ПМСП.
4. Объяснить значение комплексной стратегии ВОЗ «LIVE LIFE» в профилактике суицидов.
5. Составлять индивидуальный план безопасности для пациента с суицидальными мыслями или повышенным риском.
6. Применять семейно-ориентированный подход в профилактике суицидального поведения у детей и подростков.
7. Организовывать поственционную помощь родственникам, близким и другим лицам, затронутым суицидом.
8. Осуществлять междисциплинарное взаимодействие и маршрутизацию пациентов с учетом степени риска и потребности в специализированной помощи.

Алгоритм достижения цели

1. Изучить виды и целевые группы профилактики по целевой группе: универсальную, селективную и индицированную.
2. Сравнить направления первичной и вторичной профилактики, определить их задачи и целевые группы.
3. Изучить основные инструменты скрининга суицидального риска и факторов риска в ПМСП: C-SSRS, ASQ, PHQ-9, GAD-7, AUDIT, ASSIST
4. и другие.
5. Проанализировать возможности и ограничения скрининговых инструментов. Объяснить, почему результаты скрининга не заменяют углубленную клиническую оценку риска.
6. Изучить четыре стратегических направления программы ВОЗ «LIVE LIFE» и определить роль специалистов ПМСП в их реализации.
7. Освоить последовательность разработки плана безопасности Стэнли–Брауна: выявление предупреждающих признаков, определение стратегий совладания, привлечение социальной поддержки, обращение к специалистам и обеспечение безопасности среды.
8. Определить основные задачи семейно-ориентированных вмешательств: укрепление эмоциональной связи, развитие позитивного воспитания, улучшение коммуникации и раннее распознавание признаков эмоционального неблагополучия.
9. Изучить алгоритм поственции после суицида: первичное реагирование, оценка потребностей семьи, повторный контакт, оценка суицидального риска, направление к специалистам и долгосрочное наблюдение.
10. Отработать междисциплинарный алгоритм действий при выявлении суицидальных мыслей, намерений или плана с учетом необходимости принятия мер безопасности.
11. Привести практические примеры профилактических и поственционных мероприятий.
12. Ответить на контрольные вопросы и разобрать ситуационные задачи

7.1 Первичная профилактика

По целевой группе различают универсальные вмешательства для населения в целом, селективные – для групп с повышенной уязвимостью и индицированные – для людей с индивидуально выявленными признаками неблагополучия или суицидальным поведением. Эта классификация описывает адресата вмешательства и не тождественна делению на первичную, вторичную и третичную профилактику [31, с. 151–159].

Универсальная профилактика может включать меры, адресованные всему населению: ограничение доступа к средствам, ответственное освещение в СМИ и создание условий, поддерживающих психическое здоровье. Развитие социально-эмоциональных навыков подростков – одно из направлений, а не единственная цель универсальной профилактики [8, с. 57–77]. Отдельные направления развития навыков и поддержки повседневного благополучия представлены на рисунке 3.

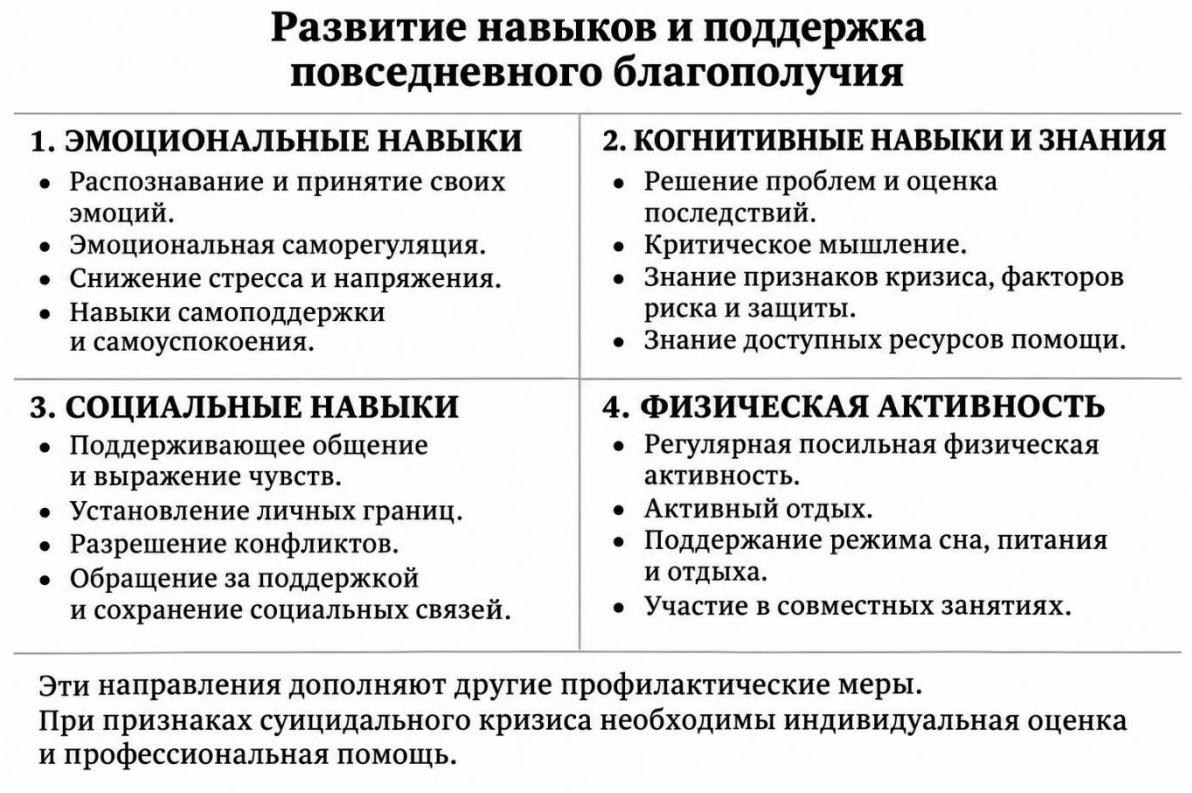


Рисунок 3 — Направления укрепления психического здоровья в профилактической работе

Источник: собственный материал авторов.

Укрепление психического здоровья родителей и поддержка семейных отношений входят в более широкую профилактическую работу. Утверждения об эффективности конкретной программы должны опираться на её собственные

исследования; наличие семейного компонента само по себе не доказывает снижение числа суицидов [15, с. 59–78].

Селективные и индицированные вмешательства различаются по адресатам, но могут включать общие действия: выявление потребностей, снижение изменяемых факторов уязвимости, поддержку и доступ к профессиональной помощи. Конкретное вмешательство выбирают по состоянию и контексту [31, с. 157–159].

7.2 Вторичная профилактика

Существует большое количество инструментов скрининга как суицидальных мыслей, так и факторов риска. В таблицах 6 и 7 представлены наиболее распространенные.

Таблица 6 – Инструменты суицидального скрининга и клинической оценки

Инструмент	Назначение	Применение и следующий шаг
ASQ	Краткий скрининг суицидального риска.	Четыре основных вопроса и дополнительный вопрос об актуальных суицидальных мыслях при положительном результате. Комплект материалов ASQ предназначен для пациентов от 8 лет; возрастные границы применения конкретного алгоритма необходимо уточнять. Положительный результат скрининга требует дальнейшей оценки обученным специалистом.
C-SSRS	Структурированное уточнение мыслей и поведения.	Выбирают конкретную версию и период оценки, используют официальную форму и обучение. Число пунктов зависит от версии.
PHQ-9, пункт 9	Выявляет сообщения о мыслях о смерти или самоповреждении в рамках опросника депрессии.	Не является самостоятельной оценкой суицидального намерения. Требует уточняющей беседы.
Клиническая оценка безопасности	Определение состояния, потребностей и срочности.	Учитывает актуальность мыслей, намерение, действия, доступные средства, психическое состояние и поддержку. Итогом является обоснованный план помощи.

Источник: составлено авторами по [3, разд. «Using the Columbia Protocol»; 4, разд. «About the Tool»; 5, разд. «Assess the patient»; 24, с. 606–613]. Названия и число вопросов разных версий не следует смешивать.

PHQ-2 содержит два вопроса о снижении интереса и настроения. Он может использоваться для первичного выявления депрессивных симптомов, но не предназначен для суицидального скрининга. Выбор порога зависит от воз-

раста, языка и условий валидации; при подозрении на кризис проводят клиническую беседу независимо от результата [24, с. 606–613].

Для оценки употребления алкоголя в первичном звене используют AUDIT [32, с. 10–11], для оценки употребления разных психоактивных веществ – ASSIST [33, с. 2–3, 42–47], у подростков – CRAFFT 2.1 [34, разд. «Get the CRAFFT»]. Результаты этих опросников дополняют оценку суицидального риска и не заменяют ее.

Таблица 7 – Инструменты оценки сопутствующих симптомов и употребления ПАВ

Область	Инструмент	Ограничения и применение
Депрессивные симптомы	PHQ-9	Исходная публикация относится к взрослым. Для подростков используют возрастно подходящую форму и клиническую оценку; см. приложение А.
Тревожные симптомы	GAD-7	Исходная валидация проведена среди взрослых; применение у подростков требует соответствующего обоснования; см. приложение Б.
Употребление алкоголя	AUDIT	Десять вопросов; используют подходящие условиям и возрасту рекомендации. Не заменяет диагностику зависимости.
Употребление ПАВ	ASSIST	Оценивает разные вещества; полный вариант включает восемь вопросов с ветвлением. Исходный инструмент предназначен прежде всего для взрослых.
Употребление ПАВ у подростков	CRAFFT 2.1	Подростковый инструмент; следуют официальной форме, возрастной области и инструкции разработчика.

Источник: составлено авторами по [24, с. 606–613; 25, с. 1092–1097; 32, с. 10–11; 33, с. 2–3, 42–47; 34, разд. «Get the CRAFFT»].

Таблицы 6 и 7 относятся к разным задачам: выявлению суицидальных мыслей и поведения и оценке сопутствующих состояний. Универсальный обязательный набор из всех перечисленных опросников не устанавливается. В организации заранее определяют, кто проводит скрининг и что происходит после положительного результата [4, разд. «Using the Toolkit», «What happens if patients screen positive?»].

Шкалы не применяют для индивидуального прогноза суицида, автоматического решения о выписке или отказа в помощи. Клиническое решение отражает текущее состояние, потребности и условия безопасности [2, с. 16].

ВОЗ представляет LIVE LIFE как подход к организации профилактики суицида. Руководство включает шесть опор внедрения и четыре ключевых

вмешательства; перечисленные ниже четыре направления относятся именно к вмешательствам, а не исчерпывают устройство программы [8, с. x–xii, 6, 57].

Ограничение доступа к средствам совершения суицида. Данное направление включает нормативно-правовой контроль и физическое ограничение доступности наиболее распространенных орудий и веществ (токсичные пестициды, медикаменты, огнестрельное оружие).

Ответственное освещение темы в средствах массовой информации. Внедрение профессиональных стандартов для медиасообщества позволяет избегать сенсационности и детального описания способов суицида, что критически важно для предотвращения эффекта заражения (синдрома Вертера). Развитие социально-эмоциональных навыков у детей и подростков.

Реализуется через интеграцию в образовательные программы тренингов по формированию жизнестойкости, навыков преодоления стресса (копинг-стратегий) и эффективного разрешения конфликтов.

Раннее выявление, оценка и сопровождение лиц с суицидальными намерениями. Организация системной помощи уязвимым группам населения, пережившим тяжелый кризис или имеющим ментальные расстройства.

Для специалистов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), включая врачей общей практики, терапевтов, педиатров и профильных медицинских сестер, наибольшее практическое значение имеет четвертый компонент программы ВОЗ. Именно звено ПМСП выступает главным фильтром и первичным рубежом профилактики.

В рамках повседневного приема ключевыми задачами медицинского персонала являются:

Ранний скрининг психических расстройств. Своевременное распознавание скрытых признаков депрессивных, тревожных и зависимых состояний у пациентов, обращающихся с соматическими жалобами.

Своевременная клиническая оценка состояния и потребности в помощи. Решение о срочности не выводится из общей категории риска.

Обеспечение маршрутизации. Знание локальных алгоритмов и оперативное перенаправление пациентов, находящихся в состоянии криза, к профильным специалистам (психологам, психотерапевтам, психиатрам) для оказания специализированной помощи.

В Казахстане профилактическая работа требует взаимодействия здравоохранения, образования и социальных служб. В клинической работе ПМСП применяется порядок помощи при суицидальном поведении, установленный приказом № ҚР ДСМ-224/2020. Маршрут для конкретной организации должен включать названия принимающих служб, порядок связи вне рабочего времени, ответственных за передачу и проверку выполнения направления [10, § 6, пп. 91–99].

Межведомственное взаимодействие в отношении несовершеннолетних организуется по действующим документам уполномоченных органов. Международные рекомендации в пособии не подменяют эти документы. Реквизиты и действующая редакция местного маршрута включаются в организационные материалы перед внедрением.

7.3 План обеспечения безопасности

План безопасности Стэнли–Брауна – краткий персонализированный письменный инструмент совместной работы пациента и подготовленного специалиста. В пособии используется структура из шести шагов исходной модели [35, с. 256–264].

План разрабатывают совместно и проверяют его выполнимость. В рекомендациях mhGAP 2023 года рассматриваются многокомпонентные вмешательства на основе планирования безопасности или планирование с последующей поддержкой; доказательств для самостоятельного использования одного плана недостаточно. Заполнение бланка не заменяет клинической оценки, срочной помощи или последующего наблюдения [23, с. 108].

При непосредственной угрозе сначала организуют срочную помощь. Пациенту не предлагают последовательно проходить все шаги самопомощи перед обращением за экстренной оценкой.

План не является обещанием «не совершать суицид» и не заменяет лечение. Его обсуждают, репетируют, предоставляют пациенту и пересматривают при изменении обстоятельств [5, разд. «Make a safety plan with the patient»].

План включает 6 последовательных шагов, к которым нужно обращаться при нарастании кризиса:

Предупреждающие знаки: перечислите личные мысли, эмоции, поведение или ситуации, которые обычно указывают на то, что вы приближаетесь к кризису (например: «Я чувствую себя подавленным», «Я изолирую себя от друзей»).

Внутренние стратегии совладания: запишите действия, которые вы можете сделать самостоятельно, чтобы отвлечься или успокоиться без привлечения других людей (например: прослушивание музыки, прогулка, дыхательные упражнения).

Люди и места для отвлечения: Укажите контакты знакомых или места, где вы можете находиться среди других людей, что поможет отвлечься от суицидальных мыслей (например: пойти в кофейню, позвонить другу и поговорить на отвлеченные темы).

Люди, к которым можно обратиться за помощью: Составьте список близких, друзей или членов семьи, с которыми вы можете открыто поговорить о своем состоянии и попросить о поддержке.

Профессиональная помощь: записывают доступные контакты лечащей команды и экстренной службы, проверяют время работы и способ обращения. Контакты других стран из переводных форм не переносят в местный маршрут.

Безопасность среды: совместно с пациентом и подходящими лицами поддержки определяют, кто и каким образом ограничивает доступ к потенциально опасным средствам. Наличие поддержки не устраняет необходимость клинической оценки.

7.4 Постпенция после суицида: рекомендации для специалистов ПМСП

Постпенция – организованная поддержка людей, переживающих смерть от

суицида. Её задачи включают помощь при утрате, решение практических трудностей и своевременное выявление потребности в дополнительной помощи. Поственция отличается от сопровождения пациента после нефатальной попытки [7, с. 10–15].

Основные задачи поственции

После случая суицида специалисты первичной медико-санитарной помощи должны стремиться к решению следующих задач:

1. оказание эмоциональной поддержки родственникам и близким умершего;
2. выявление выраженных трудностей переживания утраты и потребности в дополнительной помощи;
3. выявление депрессии, тревоги, посттравматических реакций и других психических расстройств;
4. раннее выявление суицидальных мыслей и намерений среди членов семьи и близкого окружения;
5. содействие восстановлению повседневного функционирования семьи;
6. обеспечение доступа к психологической, психотерапевтической, психиатрической и социальной помощи.

Принципы оказания помощи

Контакт с близкими предлагают своевременно и уважительно, с учётом их готовности и потребностей. Возможна проактивная позиция команды, но единый обязательный срок первого контакта для всех семей в указанном руководстве не установлен [7, с. 12].

Важнейшим принципом является отсутствие осуждения и стигматизации. Общение должно строиться на уважении, эмпатии и признании индивидуальных особенностей переживания утраты. Не следует навязывать интерпретации причин суицида или пытаться ускорить процесс горевания.

Мероприятия на уровне ПМСП

В течение первых недель после суицида рекомендуется:

1. Провести оценку психоэмоционального состояния членов семьи.
2. Выявить лиц с высоким риском неблагоприятных последствий:
    - супругов и родителей умершего;
    - детей и подростков;
    - лиц с психическими расстройствами в анамнезе;
    - лиц с предшествующими суицидальными попытками;
    - людей, обнаруживших тело погибшего или ставших свидетелями смерти.
3. Оценить наличие суицидальных мыслей, чувства вины, безнадежности и выраженной социальной изоляции.
4. Предоставить информацию о нормальных реакциях горя и доступных источниках помощи.
5. При необходимости организовать направление к психологу, психотерапевту или психиатру.

Группы поддержки и психосоциальные вмешательства

Среди доступных вариантов поддержки могут рассматриваться:

1. группы взаимопомощи для лиц, переживших утрату вследствие суицида;

2. семейное консультирование;

3. индивидуальное психологическое сопровождение;

4. психообразовательные программы;

5. длительное наблюдение лиц группы риска.

Последующее наблюдение

Потребности после суицидальной утраты могут меняться со временем. Частоту и форму повторных контактов согласуют индивидуально; памятные даты обсуждают, если они значимы для конкретной семьи. Эти действия являются предложением авторов по организации наблюдения, а не установленным руководством обязательным календарём [7, с. 10–12].

В таблице 8 предложена авторская организация последовательных действий команды ПМСП по поддержке людей, переживших суицидальную утрату. Она основана на принципах Postvention Australia Guidelines и адаптируется к запросу семьи, культуре и доступным службам [7, с. 10–15].

Таблица 8 – Алгоритм действий специалистов после смерти пациента в результате самоубийства

Этап	Цель	Действия специалиста
1. Немедленное реагирование	Выражение поддержки и сохранение профессионального контакта	Предложить семье контакт и соболезнования уважительно, учитывая её готовность. Согласовать подходящее время и формат; при выраженной угрозе безопасности действовать немедленно.
2. Оценка потребностей семьи	Выявление потребности в помощи	Определить необходимость психологической, психотерапевтической, социальной или духовной поддержки членов семьи. Предоставить информацию о доступных ресурсах помощи.
3. Повторный контакт	Поддержание контакта с семьей	Согласовать дату повторного контакта с учётом состояния и потребностей семьи. Не откладывать оценку при суицидальных мыслях или выраженном ухудшении ради планового срока.
4. Скрининг осложненного горя и суицидального риска	Выявление лиц группы высокого риска	Оценить наличие депрессии, осложненного горевания, суицидальных мыслей и выраженного дистресса у родственников погибшего.
5. Направление к специалистам	Организация специализированной помощи	При необходимости направить членов семьи к психологу, психотерапевту, психиатру или специалисту по работе с утратой.

Этап	Цель	Действия специалиста
6. Поддержка других пациентов	Профилактика негативных последствий среди пациентов	Если другие пациенты знали умершего, оценить их эмоциональное состояние, предоставить необходимую поддержку и при необходимости организовать консультирование.
7. Поддержка сотрудников	Профилактика профессионального выгорания и чувства вины	Организовать обсуждение случая в коллективе, предоставить возможность эмоциональной поддержки сотрудникам, участвовавшим в лечении пациента.
8. Анализ случая	Улучшение качества помощи	Провести внутренний клинический разбор случая без поиска виновных, определить возможные направления совершенствования профилактической работы.
9. Соблюдение этических принципов	Защита интересов семьи и умершего пациента	Сохранять конфиденциальность, избегать обвинений семьи и самообвинений, не раскрывать личную медицинскую информацию умершего без законных оснований.
10. Долгосрочное наблюдение	Предупреждение неблагоприятных последствий	При необходимости организовать дальнейшее наблюдение членов семьи, относящихся к группе риска по развитию депрессии, осложненного горя и суицидального поведения.

Источник: составлено авторами на основе [7, с. 10–15]. Это учебная адаптация, а не дословное воспроизведение таблицы руководства.

8 ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДА У ПОДРОСТКОВ

Раздел предназначен для совместной работы врача общей практики, медицинской сестры, психолога и социального работника с подростком. Общие действия при непосредственной угрозе изложены в разделе 3; здесь рассматриваются возрастные особенности беседы, оценки, участия семьи и организации дальнейшей помощи.

Возрастные границы и задачи команды

ВОЗ определяет подростковый возраст как 10–19 лет. Биологическое и социальное определение возраста не тождественно правовому статусу несовершеннолетнего. В записи указывают точный возраст; порядок согласия и участия законного представителя определяется применимым законодательством [36, разд. «Overview»; 10, пп. 92–93].

Учебные ситуации этого пособия преимущественно относятся к возрасту 14–17 лет. При работе с более младшим ребёнком учитывают способность понимать вопросы и обращаться за помощью. При переходе во взрослую службу отдельно согласуют принимающую команду, контакт и непрерывность наблюдения.

После изучения раздела обучающийся должен уметь провести разговор с подростком, объяснить пределы конфиденциальности, выбрать возрастно подходящий инструмент, определить потребность в срочной оценке и согласовать реалистичный план с подростком и подходящими лицами поддержки.

Беседа с подростком и конфиденциальность

Начать разговор целесообразно с объяснения его цели и правил: какие сведения обсуждаются конфиденциально и в каких обстоятельствах необходимо привлечь других людей для защиты и помощи. Не следует обещать абсолютную тайну независимо от обстоятельств. Организация конфиденциальной части беседы и юридическое согласие на медицинское вмешательство – разные вопросы [29, ст. 92, 273].

По возможности выделяют часть встречи для разговора с подростком без сопровождающих, учитывая возраст, состояние и применимые требования. Затем согласуют участие законного представителя или другого подходящего взрослого. При подозрении на насилие предполагаемый источник угрозы не считается безопасной поддержкой автоматически [5, разд. «Assess the patient»; 10, пп. 92–93].

Пример авторской формулировки: «Я хочу сначала услышать, как ты сам понимаешь происходящее. Обычно личная информация остаётся в рамках нашей работы. Если выяснится, что тебе или кому-то ещё грозит опасность, мне может понадобиться привлечь помощь. Я объясню, что мы будем делать». Формулировку адаптируют к возрасту и действующему порядку, не предлагая заведомо невыполнимых обещаний.

Поводы для оценки и выбор инструмента

На приёме обсуждают не только предъявленную жалобу, но и изменения поведения и повседневного функционирования: посещение школы, отношения, сон, питание, употребление ПАВ и отношение к лечению соматического заболевания. Отдельное изменение не подтверждает диагноз; оно помогает определить вопросы для клинической беседы. Самоповреждение описывают по фактам, отдельно уточняя намерение.

Возраст применения инструмента ASQ нельзя смешивать с возрастом универсального скрининга. Комплект материалов предназначен для медицинских пациентов от 8 лет; конкретное руководство NIMH по краткой амбулаторной оценке молодёжи после положительного скрининга относится к возрасту 10–24 года. AAP рекомендует универсальный скрининг с 12 лет, а в 8–11 лет – по клиническим показаниям. Это международные рекомендации, а не вводимая пособием обязательная норма для Казахстана [4, разд. «About the Tool»; 5, вводная часть; 37, разд. «Youth ages 12 and older: Universal screening», «Youth ages 8-11: Screen when clinically indicated»].

В исследовании Richardson и соавторов PHQ-9 изучался у 442 подростков 13–17 лет для выявления большой депрессии. Диагностический порог в этой выборке отличался от исходного взрослого порога; результат не подтверждает способность PHQ-9 прогнозировать суицид или валидность любого перевода [38, с. 1117–1123].

PHQ-9 и GAD-7 относятся к симптомам депрессии и тревоги; суицидальный скрининг и клиническая оценка решают другую задачу. Перед применением проверяют форму, возрастную область и языковую версию. Нельзя заключать о безопасности подростка только по низкой сумме или отрицательному ответу на один пункт [2, с. 16].

Решение о срочности и передача подростка

После выявления настораживающих сведений врач уточняет текущую ситуацию и определяет потребность в помощи. Прямые вопросы касаются актуальных мыслей, намерения, плана, предыдущих действий, доступа к средствам и доступной поддержки. При непосредственной угрозе приоритетом является наблюдение и передача для срочной помощи; обычная запись на будущую дату не закрывает эту потребность [5, разд. «Frequency of suicidal thoughts», «Suicide Plan», «Past Behavior»].

Передача должна иметь конкретного получателя. В направлении и записи отражают фактические основания решения, время и способ связи, принятые меры, сопровождающее лицо и следующий контакт. Название категории риска без этого описания недостаточно. Если помощь другого специалиста недоступна, ответственный врач определяет альтернативный путь, а не оставляет семье задачу самостоятельно найти службу.

Участие семьи и законных представителей

С подростком обсуждают, кто действительно способен помочь и какие

действия возможны дома. Важно проверить, понимает ли взрослый предложенный план, может ли поддерживать контакт и выполнять согласованные меры безопасности. Факт совместного проживания не доказывает доступность поддержки.

При разногласии между подростком и сопровождающим уточняют причины и возможную угрозу, объясняют основания необходимых действий и действуют по требованиям закона и маршруту организации. Пособие не заменяет правовую оценку конкретной ситуации. Согласие, объём передаваемых сведений и защитные действия фиксируют в документации [10, пп. 92–93; 29, ст. 92, 134, 136– 137, 273].

Семейно-ориентированные профилактические вмешательства

Значение семьи в профилактике психических расстройств и суицидального поведения

При работе с подростком оценивают детско-родительские отношения, эмоциональный климат, доступность поддержки и семейные трудности. Эти сведения помогают согласовать помощь с учётом повседневной жизни ребёнка [15, с. 59–78].

Поддерживающие семейные отношения и помощь взрослым рассматриваются как ресурсы укрепления психического здоровья подростка. Это не означает, что любая родительская программа доказанно предотвращает суицидальные попытки: результат зависит от конкретного вмешательства и изученных исходов [15, с. 59–61].

В связи с этим современные программы профилактики психических расстройств все чаще ориентируются не только на ребенка, но и на его семью.

Что представляют собой программы для родителей

Программы для родителей представляют собой структурированные образовательные и психосоциальные мероприятия, направленные на повышение родительских компетенций, улучшение внутрисемейного взаимодействия и формирование благоприятной среды для развития ребенка.

Такие программы могут проводиться в индивидуальном или групповом формате, очно либо дистанционно с использованием цифровых технологий.

Основными задачами родительских программ являются:

1. укрепление эмоциональной связи между родителями и детьми;
2. развитие навыков позитивного воспитания;
3. обучение конструктивному общению;
4. формирование навыков разрешения конфликтов;
5. повышение способности родителей распознавать эмоциональные трудности ребенка;
6. снижение уровня семейного стресса;
7. предупреждение жестокого обращения и пренебрежения потребностями детей.

Задачи семейной поддержки

При планировании работы с родителями выделяют несколько взаимосвязанных задач.

Первая задача – помочь родителям замечать эмоциональные потребности ребёнка и отвечать на них без унижения и обесценивания.

Вторая задача – создать условия, в которых подросток может сообщать о трудностях и обращаться за поддержкой.

Третья задача – обсудить конфликты и возможное насилие, определить условия безопасности и способы получения помощи.

Четвёртая задача – обучить родителей распознаванию настораживающих изменений и согласовать действия при их появлении.

Роль специалистов ПМСП

Специалисты первичной медико-санитарной помощи играют важную роль в реализации семейно-ориентированного подхода.

В ходе профилактических осмотров и консультирования рекомендуется: оценивать особенности семейного функционирования;

1. выявлять факторы семейного риска;
2. информировать родителей о значении психического здоровья детей;
3. обучать навыкам поддерживающего общения;
4. рекомендовать участие в образовательных программах для родителей;
5. привлекать семьи к мероприятиям по укреплению психического здоровья.

Особое внимание следует уделять семьям, в которых имеются: психические расстройства у родителей;

1. случаи суицидального поведения;
2. злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами;
3. хронические конфликты;
4. социально-экономические трудности;
5. пережитые травматические события.

Практические рекомендации для родителей

В рамках профилактики психических расстройств и суицидального поведения рекомендуется:

1. Поддерживать регулярное доверительное общение с ребенком.
2. Проявлять эмоциональную доступность и поддержку.
3. Поощрять обсуждение переживаний и трудностей.
4. Избегать унижения, угроз и чрезмерно жестких дисциплинарных мер.
5. Своевременно реагировать на изменения настроения и поведения.
6. Обращаться за профессиональной помощью при появлении признаков эмоционального неблагополучия.
7. Формировать в семье атмосферу уважения, безопасности и взаимной поддержки.

Семейная поддержка включается в индивидуальный план с учётом возраста, согласия и безопасности ребёнка. При подозрении на насилие нельзя автоматически считать семью безопасным ресурсом. Привлечение законных представителей и иных служб определяется клинической ситуацией и законодательством [15, с. 59–78; 29, ст. 92, 136–137, 273].

Школа и другие участники сопровождения

Когда трудности связаны с травлей, учебной нагрузкой или безопасностью в образовательной среде, медицинская команда и образовательная организация выполняют разные задачи. Врач определяет медицинские потребности; школьные специалисты участвуют в обеспечении подходящих условий обучения и поддержке в пределах своей компетенции. Обмен сведениями ограничивают необходимой целью и действующим порядком.

В совместном плане полезно ответить на практические вопросы: какой взрослый доступен подростку в течение учебного дня; куда он может обратиться при ухудшении; как будет организован визит к специалисту; кто свяжется с семьёй при пропуске согласованного контакта. Это предлагаемые авторами вопросы для планирования, а не универсальный школьный протокол. Общие профилактические меры в образовательной среде описаны в материалах ВОЗ и ЮНИСЕФ [15, с. 34–53].

План безопасности и проверка его выполнимости

Общая структура плана приведена в разделе 7. При работе с подростком каждое действие переводят в конкретную ситуацию: кому можно написать после занятий; кто доступен вечером; где находится копия плана; кто отвечает за условия дома. Взрослый не заполняет план вместо подростка, но может участвовать в его выполнении.

Во время обучения недостаточно попросить слушателя перечислить шесть шагов. Следует предложить ему проверить план на выполнимость: подросток не хочет говорить по телефону, доступ к интернету ограничен, близкий находится на работе либо указанный специалист не принимает вечером. Обучающийся должен обнаружить препятствие и совместно подобрать реальный следующий шаг. Эти варианты являются авторскими учебными задачами; структура вмешательства основана на модели Стэнли–Брауна [35, с. 256–264].

Последующее наблюдение и непрерывность помощи

После кризиса согласуют следующий контакт и ответственного сотрудника. После самоповреждения при сохраняющихся опасениях за безопасность NICE рекомендует первоначальную последующую помощь в течение 48 часов после психосоциальной оценки. В NIMH предусмотрен, по возможности, контрольный контакт в течение 48 часов после положительного скрининга; необходимая срочная оценка проводится раньше и не откладывается ради этого срока [2, с. 29; 5, разд. «Determine disposition»].

Неявка требует предусмотренного планом действия: попытки контакта, выяснения причины и решения о дальнейшей срочности. В записи различают факт недоступности, отказ от конкретной услуги и невозможность организовать посещение. Это разные ситуации и разные основания для изменения плана. При смене образовательной организации или медицинской службы проверяют, кто принимает сопровождение.

Примеры применения командного подхода

Пример А. Подросток сообщает о травле, хуже спит и избегает школы, но после беседы непосредственная угроза не установлена. Задача команды – не ограничиться направлением к психологу: врач формулирует план, психолог проводит работу в своей компетенции, социальный работник помогает устранить организационные препятствия, а назначенный сотрудник проверяет получение помощи. Конкретная срочность определяется индивидуально, а не только содержанием краткой виньетки.

Пример Б. Подросток сообщает о намерении действовать сейчас, взрослый, способный обеспечить сопровождение, недоступен. Команда не переносит решение на семью и не предлагает прийти завтра. Сотрудник остаётся рядом, немедленно привлекает врача и выполняет порядок срочной передачи. В учебном разборе оценивают прежде всего безопасность действий и подтверждение передачи.

Оба примера являются авторскими учебными ситуациями. Они показывают разные организационные задачи и не предназначены для установления диагноза без обследования.

Как использовать материалы пособия

Для отработки беседы используется приложение И; для обсуждения признаков кризиса – приложение Д; для разбора передачи и наблюдения – приложения Г и Е; для разговора с родителями – приложение Ж. Формы инструментов и их ограничения представлены в приложениях А–В. Станция ОСКЭ, десять ситуационных задач и клинические тесты находятся в разделе 9.

В ходе разбора обучающийся должен показать не только знание признаков, но и завершённый план: кому передан пациент, что сообщено подростку и семье, когда состоится следующий контакт и кто отвечает за его организацию.

9 УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

См. таблицу 9.

Таблица 9 – Связь результатов обучения и оценки

Результат	Учебная работа	Проверяемое действие
Начать беседу и уточнить безопасность	Разделы IV–VII, клинические ситуации 1–10	Прямые вопросы, эмпатия, оценка текущих обстоятельств.
Различать скрининг и клиническую оценку	Раздел VIII, таблицы 2–6, приложения А–В	Объяснение назначения инструмента и действий после результата.
Выбрать срочность и передать пациента	Рисунок 2, приложения 4 и 6, ОСКЭ	Обоснованный маршрут и подтверждённая передача.
Организовать дальнейшее сопровождение	Разделы IV–VII, план безопасности, тесты	Ответственный, дата контакта, действия при ухудшении и неявке.

Источник: собственный материал авторов. Учебные формы контроля и предлагаемые пороги являются авторскими. Перед использованием для итоговой аттестации их апробируют и согласуют с образовательной программой.

9.1 Основные универсальные результаты обучения для работников ПМСП

Слушатель к концу обучения должен быть способен:

Знания

- перечислить основные факторы риска суицидального поведения;
- распознавать клинические признаки депрессии, тревожных расстройств и эмоциональных кризисов;
- описать особенности проявления психических расстройств в подростковом возрасте;
- описать алгоритмы оценки суицидального риска в условиях ПМСП;
- объяснить клинические и организационные основания срочности помощи и маршрутизации.

Навыки

- выявлять прямые и косвенные признаки суицидального риска;
- оценивать наличие суицидальных мыслей, плана, намерения и доступа к средствам;
- использовать методы поддерживающей коммуникации;
- принимать решение о необходимости направления к специалистам психического здоровья.

Профессиональные установки

- демонстрировать уважительное отношение к пациенту;
- соблюдать конфиденциальность;
- избегать стигматизирующих высказываний;
- признавать необходимость междисциплинарного взаимодействия.

Компетенции, подлежащие оценке

Оценке подлежат следующие компетенции врача общей практики/работника ПМСП:

Компетенция 1. Выявление факторов риска и защиты Индикаторы достижения:

- определяет психосоциальные стрессоры; выявляет семейные факторы риска;
- выявляет школьные, социальные и другие проблемы;

Компетенция 2. Оценка эмоционального состояния Индикаторы достижения:

- выявляет признаки депрессии; выявляет признаки тревоги; распознаёт эмоциональный кризис;
- оценивает влияние симптомов на функционирование пациента.

Компетенция 3. Оценка суицидального риска

Индикаторы достижения:

- задаёт прямые вопросы о суицидальных мыслях; оценивает наличие плана;
- оценивает наличие намерения; выявляет защитные факторы.

Компетенция 4. Коммуникация

Индикаторы достижения:

- устанавливает контакт;
- демонстрирует эмпатию;
- использует открытые вопросы;
- избегает осуждения и критики.

Компетенция 5. Клиническое решение

Индикаторы достижения:

- определяет потребность в срочной помощи и обосновывает решение по клиническим данным;
- предлагает адекватную тактику;
- осуществляет маршрутизацию пациента; организует наблюдение и сопровождение.

Формы контроля

Для оценки сформированности компетенций рекомендуется использовать комплексный подход, включающий:

- Тестовые задания с выбором одного правильного ответа (MCQ).
- Ситуационные задачи (SAQ).
- Объективный структурированный клинический экзамен (OSCE).
- Устный разбор клинических случаев.
- Анализ видеосценариев.

Для проверки отдельных практических действий используется ОСКЭ в сочетании с разбором случаев и наблюдением работы обучающегося. Одна станция не оценивает все компетенции специалиста.

9.2 Организация OSCE

Предлагаемая продолжительность станции – 10 минут; организатор со-

гласует ее с объемом задания и возможностями симуляции.

Структура станции:

– ознакомление с заданием – 1 минута;
– интервьюирование пациента – 6–7 минут;
– формулировка тактики – 1–2 минуты.

В качестве стандартизированного пациента рекомендуется использовать подготовленного актера либо преподавателя.

Требования к стандартизированному пациенту

Стандартизированный пациент должен:

– придерживаться сценария;
– предоставлять информацию только при соответствующих вопросах обучающегося;
– не подсказывать правильные ответы;
– сохранять одинаковый стиль поведения для всех экзаменуемых.

Сценарий заранее определяет, какие сведения пациент сообщает сам, а какие раскрывает после вопроса. При наличии заданного сценарием прямого сигнала экзаменатор оценивает реакцию обучающегося; стандартизация не должна создавать искусственную ловушку.

Общие критерии оценки OSCE

Коммуникация – 20%

Оценивается:

– приветствие;
– представление;
– установление контакта;
– уважительное отношение;
– эмпатия.

Сбор информации – 25%

Оценивается:

– полнота анамнеза;
– выявление факторов риска;
– уточнение обстоятельств возникновения проблемы.

Оценка риска – 30%

Оценивается:

– выявление суицидальных мыслей;
– оценка плана;
– оценка намерения;
– оценка доступа к средствам.

Клиническое мышление – 15%

Оценивается:

– способность интерпретировать полученную информацию;
– обоснование срочности и выявление неопределенности.

Тактика – 10%

Оценивается:

– маршрутизация пациента;
– рекомендации семье;
– организация наблюдения.

Независимо от суммарного количества баллов неудовлетворительным считается выполнение задания обучающегося в следующих случаях:

– не проведена оценка суицидального риска при наличии соответствующих признаков;
– проигнорированы сообщения о самоповреждении;
– отсутствует план действий при высоком риске;
– предложена потенциально опасная тактика;
– использованы обвиняющие или стигматизирующие высказывания.

Рекомендуемые формулировки вопросов

Для оценки суицидального риска рекомендуется использовать прямые вопросы:

– «Бывают ли у тебя мысли о том, что не хочется жить?»
– «Возникали ли мысли причинить себе вред?»
– «Думал ли ты о том, каким способом это можно сделать?»
– «Есть ли что-то, что помогает тебе не совершать таких действий?»

Следует избегать вопросов, содержащих осуждение или внушение ответа.

Типичные ошибки обучающихся

Наиболее часто встречаются следующие ошибки:

– преждевременный переход к рекомендациям без сбора анамнеза;
– избегание обсуждения темы суицида;
– концентрация только на соматических симптомах;
– игнорирование семейных факторов;
– недооценка значения социальных сетей и буллинга;
– отсутствие оценки защитных факторов.

Интерпретация результатов

– 90–100% – высокий уровень подготовки;
– 80–89% – достаточный уровень подготовки;
– 70–79% – минимально достаточный уровень подготовки;
– Менее 70% – требуется дополнительное обучение и повторная оценка.

Критические ошибки имеют приоритет над суммой баллов. Порог принятия решения должен быть обоснован разработчиками экзамена; приведенные границы предназначены для формирующей учебной оценки.

9.3 Пример

Станции для Объективного Структурированного Клинического Экзамена

Первичная оценка депрессии у подростка

Сценарий: На приеме у врача первичного звена подросток 15 лет с жалобами на усталость и снижение успеваемости. Необходимо провести первич-

ную оценку психоэмоционального состояния.

Задания для обучающегося:

1. Установить доверительный контакт;
2. Выявить эмоциональное состояние пациента;
3. Провести первичный скрининг депрессии (PHQ-9 или аналог);
4. Оценить суицидальный риск;
5. Определить дальнейшую тактику ведения.

Инструкция экзаменатору:

Оцените навыки коммуникации, скрининга депрессии, выявления суицидального риска и выбора тактики ведения. Отметьте «Да/Нет» и выставьте баллы согласно критериям. См. таблицу 10.

Таблица 10 – Оценочный лист («Да» – 1 балл, «Нет» – 0 баллов)

Критерии	Да	Нет
I. Установление контакта и коммуникация (4 балла)		
Представился, объяснил цель беседы		
Обеспечил доверительную атмосферу (отсутствие осуждения)		
Использует открытые вопросы		
Демонстрирует активное слушание		
II. Выявление симптомов депрессии (5 баллов)		
Спрашивает о настроении и эмоциональном состоянии		
Уточняет уровень усталости/энергии		
Выясняет изменения сна и аппетита		
Оценивает социальную активность (изоляция, общение)		
Выявляет снижение интереса/мотивации		
III. Скрининг депрессии (PHQ-9 или аналог) (3 балла)		
Проводит структурированный скрининг		
Интерпретирует результаты		
Учитывает длительность симптомов		
IV. Оценка суицидального риска (5 баллов)		
Прямо спрашивает о суицидальных мыслях		
Уточняет наличие планов/намерений		
Оценивает предыдущие попытки		
Оценивает факторы защиты (семья, поддержка)		
Адекватно реагирует без стигматизации/паники		
V. Клиническое мышление и тактика (4 балла)		

Критерии	Да	Нет
Формулирует подозрение на депрессивное расстройство		
Рекомендует направление к психиатру		
Обсуждает необходимость участия родителей/опекунов		
Определяет ответственного за последующее наблюдение и срок следующего контакта		
VI. Безопасность пациента (2 балла)		
Оценивает необходимость срочного вмешательства		
Обеспечивает план дальнейших действий (маршрутизация)		
Итого баллов		

Источник: собственный материал авторов.

9.4 Система оценки

- Максимум: 23 балла;
- Предлагаемый проходной уровень: не менее 70% – минимум 17 из 23 баллов при отсутствии критических ошибок;
- Критический провал: отсутствие оценки суицидального риска – автоматический «не сдано».

Комментарий для экзаменатора

Особое внимание уделяется:

- обязательному прямому вопросу о суицидальных мыслях;
- качеству коммуникации (неформальный, поддерживающий стиль);
- правильной маршрутизации пациента.

Компетенции и требования к подготовке преподавателя по теме «Профилактика суицидального поведения»

Эффективная реализация учебных программ по профилактике суицидального поведения в системе непрерывного медицинского образования предъявляет высокие требования к профессионально-педагогической и клинической квалификации профессорско-преподавательского состава. Специфика темы – высокая стигматизация, психологическая нагрузка и необходимость формирования жестких практических навыков – требует от преподавателя не только теоретических знаний, но и владения специальными андрагогическими и симуляционными методиками.

Преподаватель, осуществляющий подготовку студентов, резидентов и практикующих врачей ПМСП, должен обладать следующим комплексом ключевых компетенций:

1. Клинико-коммуникативные и экспертные компетенции

- Владение навыками активного слушания и эмпатической коммуникации. Способность не только демонстрировать данные навыки в учебном процессе, но и методически деконструировать их для обучающих-

ся, объясняя технику вербализации чувств, использования пауз и валидации состояния пациента.
- Экспертное знание клинической оценки и ограничений скрининга. Преподаватель различает мысли, намерение, поведение и самоповреждение без установленного намерения; обучает описанию фактов без стигматизирующих ярлыков.
- Владение алгоритмами межведомственной маршрутизации. Знание актуальной нормативно-правовой базы, порядка экстренной госпитализации и правил передачи информации профильным специалистам (психиатрам, психотерапевтам).

2. Методические компетенции в симуляционном обучении
- Проведение симуляционного обучения с привлечением стандартизированных пациентов (СП). Умение разрабатывать реалистичные сценарии (скрипты) суицидального криза, брифинговать актеров (СП) для точного воспроизведения вербальных и невербальных маркеров риска, а также управлять динамикой симуляционного сценария.
- Организация и проведение дебрифинга. Профессиональное владение техниками дебрифинга (например, по модели Гиббса или структурированного дебрифинга GAS). Преподаватель должен уметь безопасно «выводить» обучающихся из эмоционально тяжелого симуляционного опыта, направляя их к анализу собственных клинических ошибок и рефлексии без критики.

3. Интерактивные и оценочные компетенции
- Модерация интерактивного разбора клинических случаев (Case-based learning). Навыки фасилитации групповой дискуссии при анализе реальных или деперсонализированных медицинских карт. Умение сфокусировать внимание аудитории на дефектах диагностики, пропущенных «красных флагах» в анамнезе и деонтологических аспектах.
- Разработка и валидация оценочных материалов. Компетентность в составлении заданий разного уровня сложности: тестовых вопросов (MCQ) с акцентом на клиническое мышление, ситуационных задач (кейс-стади) и чек-листов для практических станций.
- Методология проведения ОСКЭ (Объективированного структурированного клинического экзамена). Проектирование паспортов станций ОСКЭ по оценке суицидального риска, стандартизация критериев оценки, подготовка экспертов-экзаменаторов и обеспечение объективности экзаменационного процесса.

4. Психолого-педагогическое сопровождение и обратная связь
- Предоставление конструктивной обратной связи. Использование современных моделей (например, «сэндвич-метод», Правила Пендлтона) для коррекции коммуникативных ошибок обучающихся при сохранении их профессиональной уверенности.
- Управление психологической безопасностью в аудитории. Профилак-

тика ретриггеризации (актуализации личных травм) среди студентов при обсуждении темы суицида. Преподаватель должен уметь вовремя распознать признаки острого стресса у обучающегося, нормализовать атмосферу и при необходимости направить к психологу.

Обучение работников, в первую очередь, врачей ПМСП, методам профилактики суицидального поведения требует ухода от исключительно пассивных форм передачи знаний. Учитывая высокую эмоциональную нагрузку темы и необходимость мгновенного принятия клинических решений на первичном приеме, в учебный процесс должен быть интегрирован комплекс синергетических интерактивных методов.

Каждый этап образовательного цикла выполняет строго определенную дидактическую функцию – от создания когнитивного фундамента до валидизации поведенческих навыков. Соответствие между применяемыми формами обучения и педагогическими целями представлено в таблице 21 ниже.

Таблица 21 – Методы обучения и педагогические цели

Метод	Цель
Лекции	Формирование теоретической базы
Анализ кейсов	Развитие клинического мышления
Ролевые игры	Отработка коммуникации
Стандартизированный пациент	Формирование практических навыков
ОСКЭ	Объективная оценка компетенций
Рефлексивный разбор	Анализ ошибок и самооценка

Источник: собственный материал авторов.

Представленная матрица методов позволяет выстроить сквозную траекторию подготовки специалиста. На начальном этапе (лекционный блок) обучающиеся осваивают эпидемиологию, факторы риска и алгоритмы программы ВОЗ LIVE LIFE. Далее, через командный анализ клинических кейсов, формируется способность дифференцировать уровни суицидальной угрозы. Внедрение симуляционных технологий с привлечением профессиональных актеров (стандартизированных пациентов) позволяет будущим врачам преодолеть психологический барьер и отработать до автоматизма навыки эмпатической беседы, включая составление Плана безопасности Стэнли-Брауна. ОСКЭ и последующий разбор позволяют оценить отдельные практические действия и определить потребность в дальнейшем обучении. Готовность к самостоятельной работе оценивают также по наблюдению в практике, объему полномочий и доступной поддержке.

Заключение

Профилактика суицида в первичной медико-санитарной помощи основывается на доступности помощи, уважительном отношении к человеку и согласованных действиях специалистов. Возможности ПМСП связаны с регулярными контактами с населением, длительным наблюдением пациентов и пониманием их семейных и социальных обстоятельств. Для реализации этих возможностей необходимы подготовка команды, доступная консультативная поддержка и преемственность между службами.

В пособии рассмотрены взаимосвязанные задачи врача общей практики, медицинской сестры, психолога и социального работника. Общими для команды являются распознавание признаков неблагополучия, поддерживающее общение, своевременное привлечение помощи и участие в обеспечении безопасности пациента. Конкретные обязанности распределяются с учётом квалификации работников, действующих нормативных требований и организации помощи на местах.

Выявление суицидальных мыслей или самоповреждения должно приводить к последовательным действиям. Скрининг помогает определить необходимость дальнейшей оценки, но не устанавливает диагноз и не заменяет клинического решения. Результаты опросников рассматриваются вместе с актуальным состоянием человека, обстоятельствами кризиса, предшествующим поведением и доступностью поддержки. План безопасности разрабатывается совместно с пациентом и не подменяет срочную помощь при непосредственной угрозе.

Особого внимания требует работа с подростками. Возрастные особенности общения, вопросы конфиденциальности, участие законных представителей, семейные отношения и образовательная среда влияют на возможность получения и выполнения помощи. Привлечение семьи должно сопровождаться оценкой того, способна ли она обеспечить необходимую поддержку и безопасность. При переходе между службами важно сохранять непрерывность сопровождения.

Направление к другому специалисту является этапом помощи. Команде необходимо знать, состоялся ли контакт с принимающей службой, какие рекомендации получены и кто отвечает за дальнейшее наблюдение. Согласованные сроки повторного контакта, порядок действий при неявке и доступность помощи вне рабочего времени делают маршрут понятным пациенту, его близким и специалистам.

Представленные учебные ситуации, тестовые задания и материалы ОСКЭ предназначены для отработки знаний, коммуникации и практических действий. Их целесообразно использовать в сочетании с обсуждением случаев, симуляционными упражнениями и конструктивной обратной связью. Учебная оценка помогает выявить пробелы подготовки; готовность к самостоятельной работе дополнительно оценивается в практике с учётом полномочий специалиста и доступной профессиональной поддержки.

Применение материалов пособия требует адаптации к условиям конкрет-

ной организации ПМСП: уточнения маршрутов, ответственных сотрудников, способов связи и порядка передачи информации. Непрерывное обучение, супервизия и анализ организации помощи поддерживают готовность команды к своевременному реагированию. Основным ориентиром этой работы остаются потребности человека, обеспечение его безопасности и доступность последующей помощи.

БАНК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Ситуационная задача 1. «Отличница с резким спадом»

Клиническая ситуация

Девушка 15 лет обратилась на прием в сопровождении матери. Ранее характеризовалась как успешная ученица, имела высокую успеваемость и активно участвовала во внеклассных мероприятиях. В течение последних двух месяцев отмечается резкое снижение успеваемости, отказ от общения с друзьями, повышенная утомляемость и плаксивость. По словам матери, подросток стала проводить больше времени в своей комнате и избегать семейных мероприятий.

Слова пациентки:

– «Я всех разочаровала».
– «Мне нет смысла стараться».

Задания обучающемуся:

1. Выделите факторы риска.
2. Оцените вероятность депрессивного состояния.
3. Определите необходимость оценки суицидального риска.
4. Сформулируйте тактику врача общей практики.

Эталон ответа:

Факторы риска:

– перфекционизм;
– снижение самооценки;
– социальная изоляция;
– академический стресс;
– признаки депрессивного состояния.

Тактика:

– проведение скрининга депрессии;
– оценка суицидальных мыслей;
– оценка семейной поддержки;
– консультирование родителей;
– направление к специалисту по психическому здоровью при необходимости.

Срочность определяют после уточнения актуальных мыслей, намерения, доступа к средствам и возможности безопасного сопровождения. Указывают ответственного и срок следующего контакта; готовый диагноз из краткого описания не выводят. См. таблицу 11.

Таблица 11 – Критерии оценивания

Критерий	Баллы
Выявлены факторы риска	2
Предположено депрессивное состояние	2

Критерий	Баллы
Проведена оценка суицидального риска	3
Предложена адекватная тактика	3

Источник: собственный материал авторов.

Максимум: 10 баллов.

Ситуационная задача 2. «Буллинг в школе»

Клиническая ситуация

Подросток 14 лет жалуется на боли в животе и головные боли, возникающие преимущественно перед посещением школы. В ходе беседы сообщает, что одноклассники регулярно унижают его в школьном чате, распространяют обидные комментарии и насмешки.

Подросток просит родителей перевести его на домашнее обучение.

Со слов пациента:

– «Лучше бы меня не было».
– «Они правы».

Задания обучающемуся:

1. Определите факторы риска.
2. Оцените наличие суицидального риска.
3. Опишите тактику врача общей практики.

Эталон ответа:

Факторы риска:

– буллинг;
– социальная изоляция;
– снижение самооценки;
– соматизация эмоционального дистресса;
– депрессивные переживания.

Тактика:

– уточнение характера и длительности буллинга;
– оценка суицидальных мыслей и намерений;
– выявление поддерживающих взрослых;
– консультирование родителей;
– взаимодействие со школой;
– направление к психологу.

Срочность определяют после уточнения актуальных мыслей, намерения, доступа к средствам и возможности безопасного сопровождения. Указывают ответственного и срок следующего контакта; готовый диагноз из краткого описания не выводят. См. таблицу 12.

Таблица 12 – Критерии оценивания

Критерий	Баллы

Критерий	Баллы
Выявлены факторы риска	3
Проведена оценка суицидального риска	3
Определена роль семьи и школы	2
Предложена тактика ведения	2

Источник: собственный материал авторов.

Максимум: 10 баллов.

Ситуационная задача 3. «Импульсивный подросток»

Клиническая ситуация

Юноша 16 лет направлен на консультацию после конфликта с родителями. В анамнезе отмечаются вспышки агрессии, рискованное поведение и эпизоды самоповреждений (поверхностные порезы предплечий).

Со слов подростка:

– «Мне все равно».
– «Я ничего не боюсь».

Задания обучающемуся:

1. Определите факторы риска.
2. Проведите дифференциальную оценку самоповреждений и суицидального риска.
3. Сформулируйте тактику врача общей практики.

Эталон ответа:

Факторы риска:

– импульсивность;
– эмоциональная нестабильность;
– самоповреждающее поведение;
– семейные конфликты;
– риск суицидального поведения.

Тактика:

– оценка мотивов самоповреждения;
– уточнение наличия суицидальных мыслей, плана и намерения;
– оценка уровня импульсивности;
– работа с семьей;
– направление к специалисту по психическому здоровью.

Срочность определяют после уточнения актуальных мыслей, намерения, доступа к средствам и возможности безопасного сопровождения. Указывают ответственного и срок следующего контакта; готовый диагноз из краткого описания не выводят. См. таблицу 13.

Таблица 13 – Критерии оценивания

Критерий	Баллы
Выявлены факторы риска	3
Проведена оценка самоповреждений	2
Проведена оценка суицидального риска	3
Предложена тактика	2

Источник: собственный материал авторов.

Максимум: 10 баллов.

Ситуационная задача 4. «После расставания»

Клиническая ситуация

Подросток 17 лет обратился на прием через месяц после разрыва первых серьезных романтических отношений. Отмечает снижение аппетита, бессонницу, постоянное возвращение к переписке с бывшим партнером, снижение интереса к привычным занятиям.

Со слов подростка:

– «Без него все бессмысленно».

Задания обучающемуся:

1. Определите факторы риска.
2. Оцените наличие кризисного состояния.
3. Сформулируйте тактику врача общей практики.

Эталон ответа:

Факторы риска:

– эмоциональная утрата;
– зависимость самооценки от отношений;
– депрессивные симптомы;
– ограниченный круг поддержки.

Тактика:

– оценка суицидальных мыслей;
– оценка импульсивности;
– выявление поддерживающих лиц;
– краткосрочное наблюдение;
– консультирование семьи;
– направление к психологу при необходимости.

Срочность определяют после уточнения актуальных мыслей, намерения, доступа к средствам и возможности безопасного сопровождения. Указывают ответственного и срок следующего контакта; готовый диагноз из краткого описания не выводят. См. таблицу 14.

Таблица 14 – Критерии оценивания

Критерий	Баллы
Выявлены факторы риска	3
Оценен кризисный характер ситуации	2
Проведена оценка суицидального риска	3
Предложена тактика	2

Источник: собственный материал авторов.

Максимум: 10 баллов.

Ситуационная задача 5. «Скрытая депрессия»

Клиническая ситуация

Подросток 15 лет не предъявляет активных жалоб. По словам родителей, в последние недели начал раздавать свои личные вещи друзьям и публиковать в социальных сетях сообщения со словами благодарности и прощания.

Со слов подростка:

– «Спасибо за все».
– «Вы хорошие люди».

Задания обучающемуся:

1. Оцените клиническое значение описанного поведения.
2. Определите факторы риска.
3. Сформулируйте алгоритм действий врача.

Эталон ответа:

Описанные изменения требуют уточнения как возможное подготовительное поведение. Без интервью нельзя утверждать наличие депрессии или намерения; отсутствие жалоб не исключает потребности в оценке.

Тактика:

– незамедлительная оценка суицидальных мыслей;
– уточнение наличия плана и намерения;
– оценка доступа к потенциально опасным средствам;
– привлечение родителей;
– решение вопроса о срочной консультации психиатра.

Срочность определяют после уточнения актуальных мыслей, намерения, доступа к средствам и возможности безопасного сопровождения. Указывают ответственного и срок следующего контакта; готовый диагноз из краткого описания не выводят. См. таблицу 15.

Таблица 15 – Критерии оценивания

Критерий	Баллы
Оценено значение возможного подготовительного поведения	3

Критерий	Баллы
Выявлены факторы риска	2
Проведена оценка суицидального риска	3
Предложена безопасная тактика	2

Источник: собственный материал авторов.

Максимум: 10 баллов.

Ситуационная задача 6. «Высокие ожидания семьи»

Клиническая ситуация

Подросток 16 лет обратился на прием в сопровождении матери. Родители настаивают на поступлении в престижный университет. В течение последних месяцев отмечаются повышенная тревожность, нарушения сна, эпизоды сердцебиения, чувство нехватки воздуха во время подготовки к экзаменам.

Со слов подростка:

– «Если я не поступлю, все будет кончено».
– «Я подведу родителей».

Задания обучающемуся:

1. Определите факторы риска.
2. Оцените наличие тревожного расстройства.
3. Определите необходимость оценки суицидального риска.
4. Сформулируйте тактику врача общей практики.

Эталон ответа:

Факторы риска:

– высокое давление со стороны семьи;
– страх неудачи;
– катастрофизация событий;
– тревожное расстройство;
– зависимость самооценки от достижений.

Тактика:

– оценка выраженности тревоги;
– оценка наличия панических атак;
– оценка суицидальных мыслей («лучше умереть, чем потерпеть неудачу»);
– обсуждение роли семьи;
– психообразование;
– направление к психологу или специалисту по психическому здоровью при необходимости.

Срочность определяют после уточнения актуальных мыслей, намерения, доступа к средствам и возможности безопасного сопровождения. Указывают ответственного и срок следующего контакта; готовый диагноз из краткого описания не выводят. См. таблицу 16.

Таблица 16 – Критерии оценивания

Критерий	Баллы
Выявлены факторы риска	3
Выявлены признаки тревожного расстройства	2
Проведена оценка суицидального риска	3
Предложена адекватная тактика	2

Источник: собственный материал авторов.

Максимум: 10 баллов.

Ситуационная задача 7. «Потеря близкого человека»

Клиническая ситуация

Подросток 16 лет обратился через два месяца после смерти близкого родственника. Родители отмечают замкнутость, снижение интереса к ранее любимым занятиям, нарушения сна и эпизоды плача.

Во время беседы подросток сообщает:

– «Иногда мне кажется, что я хотел бы быть рядом с ним».

Задания обучающемуся:

1. Определите факторы риска.
2. Разграничьте переживание утраты, возможное депрессивное расстройство и признаки потребности в специализированной оценке; не устанавливайте расстройство затяжного горя только по сроку два месяца.
3. Оцените суицидальный риск.
4. Сформулируйте тактику врача общей практики.

Эталон ответа:

Факторы риска:

– недавняя утрата;
– эмоциональный кризис;
– депрессивные симптомы;
– возможные суицидальные мысли.

Тактика:

– оценка характера переживания утраты;
– уточнение наличия мыслей о смерти;
– оценка суицидальных намерений;
– выявление системы поддержки;
– наблюдение в динамике;
– направление к психологу или психиатру при наличии признаков осложненного горя либо депрессии.

Срочность определяют после уточнения актуальных мыслей, намерения, доступа к средствам и возможности безопасного сопровождения. Указывают ответственного и срок следующего контакта; готовый диагноз из краткого

описания не выводят. См. таблицу 17.

Таблица 17 – Критерии оценивания

Критерий	Баллы
Выявлены факторы риска	2
Проведена дифференциальная оценка горя	2
Проведена оценка суицидального риска	4
Предложена тактика	2

Источник: собственный материал авторов.

Максимум: 10 баллов.

Ситуационная задача 8. «Алкоголь и рискованное поведение»

Клиническая ситуация

Юноша 17 лет доставлен на консультацию после нескольких эпизодов употребления алкоголя. Родители сообщают об агрессивном поведении, конфликтах и участии в рискованных ситуациях после употребления спиртных напитков.

Со слов подростка:

– «Все мои друзья пьют».
– «Когда выпью, становится легче».

Задания обучающемуся:

1. Определите факторы риска.
2. Оцените возможную связь между употреблением алкоголя и суицидальным поведением.
3. Сформулируйте тактику врача общей практики.

Эталон ответа:

Факторы риска:

– употребление алкоголя;
– снижение самоконтроля;
– импульсивность;
– агрессивное поведение;
– риск травматизации и суицидального поведения.

Тактика:

– скрининг употребления психоактивных веществ;
– оценка суицидальных мыслей;
– оценка рискованного поведения;
– работа с семьей;
– мотивационное консультирование;
– направление к профильному специалисту при необходимости.

Срочность определяют после уточнения актуальных мыслей, намерения, доступа к средствам и возможности безопасного сопровождения. Указывают

ответственного и срок следующего контакта; готовый диагноз из краткого описания не выводят. См. таблицу 18.

Таблица 18 – Критерии оценивания

Критерий	Баллы
Выявлены факторы риска	3
Установлена связь алкоголя и риска суицида	2
Проведена оценка суицидального риска	3
Предложена тактика	2

Источник: собственный материал авторов.

Максимум: 10 баллов.

Ситуационная задача 9. «Подросток с хроническим заболеванием»

Клиническая ситуация

Подросток 17 лет длительно наблюдается по поводу хронического заболевания. В последние месяцы отмечаются отказ от отдельных элементов терапии, снижение мотивации к лечению, апатия.

Со слов подростка:

– «Я устал жить так».
– «Смысла уже нет».

Задания обучающемуся:

1. Определите факторы риска.
2. Оцените возможную связь отказа от лечения и суицидального риска.
3. Сформулируйте тактику врача общей практики.

Эталон ответа:

Факторы риска:

– хроническое заболевание;
– эмоциональное истощение;
– снижение качества жизни;
– депрессивные симптомы;
– пассивные суицидальные мысли.

Тактика:

– оценка депрессивного состояния;
– оценка суицидальных мыслей и намерений;
– анализ причин отказа от лечения;
– оценка семейной поддержки;
– совместное ведение с профильным специалистом;
– направление к специалисту по психическому здоровью.

Срочность определяют после уточнения актуальных мыслей, намерения, доступа к средствам и возможности безопасного сопровождения. Указывают ответственного и срок следующего контакта; готовый диагноз из краткого

описания не выводят. См. таблицу 19.

Таблица 19 – Критерии оценивания

Критерий	Баллы
Выявлены факторы риска	3
Определена связь отказа от лечения и риска самоповреждения	2
Проведена оценка суицидального риска	3
Предложена тактика	2

Источник: собственный материал авторов.

Максимум: 10 баллов.

Ситуационная задача 10. «Социальные сети и сравнение себя с другими»

Клиническая ситуация

Девочка 14 лет активно пользуется социальными сетями. В последние месяцы стала выражать недовольство своей внешностью, ограничивать питание и избегать фотографирования.

Со слов подростка:

– «Я хуже всех».
– «Я никому не нравлюсь».

Задания обучающемуся:

1. Определите факторы риска.
2. Оцените возможное влияние социальных сетей на психическое состояние подростка.
3. Определите необходимость оценки расстройства пищевого поведения и суицидального риска.
4. Сформулируйте тактику врача общей практики.

Эталон ответа:

Факторы риска:

– низкая самооценка;
– негативный образ тела;
– социальное сравнение;
– риск депрессивного состояния;
– риск расстройства пищевого поведения.

Тактика:

– оценка эмоционального состояния;
– скрининг расстройств пищевого поведения;
– оценка суицидальных мыслей;
– анализ связи между использованием социальных сетей и настроением;
– консультирование семьи;
– психообразование по вопросам цифровой среды;
– направление к психологу при необходимости.

Срочность определяют после уточнения актуальных мыслей, намерения, доступа к средствам и возможности безопасного сопровождения. Указывают ответственного и срок следующего контакта; готовый диагноз из краткого описания не выводят. См. таблицу 20.

Таблица 20 – Критерии оценивания

Критерий	Баллы
Выявлены факторы риска	3
Проведена оценка образа тела и питания	2
Проведена оценка суицидального риска	3
Предложена тактика	2

Источник: собственный материал авторов.

Максимум: 10 баллов.

Итоговая система оценивания ситуационных задач

Максимальная оценка за каждую задачу составляет 10 баллов.

Интерпретация результатов:

- 9–10 баллов – высокий уровень сформированности компетенции;
- 7–8 баллов – достаточный уровень;
- 5–6 баллов – удовлетворительный уровень;
- менее 5 баллов – компетенция требует дополнительного формирования.

Критической ошибкой считается отсутствие оценки суицидального риска в ситуациях, содержащих прямые или косвенные признаки суицидального поведения.

БАНК КЛИНИЧЕСКИХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Формат: пять вариантов ответа, один наиболее правильный. Задания 1–15 посвящены выявлению и маршрутизации; 16–25 – плану безопасности; 26–30 – командной работе и оценке. Вопросы предназначены для обучения и обсуждения клинического решения.

1. Подросток 16 лет набрал 4 балла PHQ-9, но сообщает, что сегодня решил покончить с собой. Какое действие первоочередное?

A. Оценить непосредственную безопасность и организовать срочную помощь

B. Направить к психологу в порядке обычной записи

C. Считать результат отрицательным и завершить прием

D. Ограничиться рекомендациями по сну

E. Назначить повторный PHQ-9 через две недели

2. После положительного ASQ пациент отвечает, что прямо сейчас мыслей о суициде нет. Что следует сделать?

A. Провести краткую клиническую оценку безопасности обученным специалистом

B. Сразу назначить антидепрессант

C. Повторить ASQ и учитывать только последний ответ

D. Передать семье решение о необходимости обследования

E. Зафиксировать отсутствие риска и отпустить

3. Медицинская сестра выявила актуальные суицидальные мысли и намерение у пациента, ожидающего приема. Как ей действовать?

A. Передать пациенту телефон службы поддержки и завершить контакт

B. Оставаться рядом и немедленно привлечь ответственного врача

C. Попросить дождаться очереди в общем коридоре

D. Начать психотерапию без информирования врача

E. Предложить самостоятельно обратиться к психиатру завтра

4. Пациент после самоповреждения отрицает желание умереть. Какой вывод наиболее обоснован?

A. Отсутствие намерения полностью исключает дальнейшую угрозу

B. Эпизод следует записать как демонстративный без обследования

C. Следует отдельно оценить намерение, обстоятельства и текущую безопасность

D. Оценку можно заменить обещанием пациента

E. Повторный контакт требуется только при новой травме

5. Взрослый пациент отказывается от психиатрической консультации из-за предыдущего негативного опыта. Непосредственная угроза после оценки не установлена. Каков следующий шаг?

A. Назначить лечение без обсуждения

B. Пообещать абсолютную конфиденциальность при любых обстоятельствах

C. Убедить родственника дать согласие вместо пациента

D. Закрыть случай из-за отказа

E. Выяснить барьеры, обсудить доступные варианты и согласовать наблюдение

6. Подросток сообщает о насилии дома и просит не приглашать предполагаемого обидчика на беседу. Что наиболее уместно?

A. Обещать никому ничего не сообщать

B. Оценить безопасность, объяснить пределы конфиденциальности и подключить законные механизмы защиты

C. Обязательно пригласить этого родственника первым

D. Отложить оценку до письменного заявления семьи

E. Считать семейную поддержку достаточным защитным фактором

7. По итогам оценки рассматривается амбулаторное сопровождение. Какой элемент необходимо добавить к направлению?

A. Только подпись родственника

B. Обещание пациента больше не обсуждать суицид

C. Ответственного, срок контакта, порядок передачи и действия при неявке

D. Общую рекомендацию обратиться при ухудшении

E. Только сумму опросника

8. Пациент после кризиса не пришел на согласованный повторный прием. Какой ответ команды соответствует непрерывности помощи?

A. Отметить отсутствие приверженности без дальнейших действий

B. Выполнить согласованный порядок активного контакта и повторно определить срочность

C. Дождаться следующего самостоятельного обращения

D. Удалить направление как неисполненное

E. Передать всю ответственность регистратуре

9. Психолог использует GAD-7 и получает высокий балл. Что позволяет заключить этот результат?

A. Подтвержден конкретный диагноз без интервью

B. Другие психические состояния исключены

C. Госпитализация обязательна по сумме баллов

D. Тревожные симптомы выражены и требуют клинической интерпретации

E. Установлено суицидальное намерение

10. Во время консультации пациент с хронической болью говорит:

«Лучше бы не просыпаться». Какой следующий вопрос наиболее полезен?

A. Возникают ли мысли о самоубийстве и есть ли они сейчас?

B. Не преувеличиваете ли вы тяжесть боли?

C. Вы ведь не собираетесь делать глупости?

D. Может быть, сначала закончим соматический осмотр?

E. Ваши родственники знают, что вы так говорите?

11. В документации написано: «Риск низкий, отпущен домой». Чего прежде всего недостает?

A. Клинического обоснования безопасности, плана и ответственных за наблюдение

B. Дополнительного диагноза по шкале

C. Повторного указания возраста

D. Отметки об успешном заполнении анкеты

E. Сравнения с другим пациентом

12. Подросток с возможной интоксикацией сонлив, достоверная беседа затруднена. Что первоочередно?

A. Принять отрицание намерения как окончательный вывод

B. Организовать оценку и лечение неотложного соматического состояния с обеспечением безопасности

C. Ожидать дома до возможности разговора

D. Завершить все вопросы ASQ до осмотра

E. Передать пациенту форму для самостоятельного заполнения

13. Социальный работник выяснил, что пациент не посещает специалиста из-за отсутствия средств на дорогу. Какое действие наиболее соответствует его роли?

A. Изменить лекарственную терапию

B. Повторить тот же адрес без уточнения барьера

C. Помочь найти доступный способ получения помощи и проверить выполнение согласованного решения

D. Предложить пациенту самостоятельно решить вопрос

E. Отменить консультацию как невыполнимую

14. Семья после смерти родственника от суицида просит помощи с переживанием утраты и организационными вопросами. Как называется соответствующая работа?

A. Постсвенция

B. Замена клинического разбора

C. Медикаментозная профилактика

D. Диагностика по семейному анамнезу

E. Первичный скрининг умершего пациента

15. Обучающийся набрал 20 из 23 баллов ОСКЭ, но предложил пациенту с актуальным намерением одному ехать на консультацию. Как оценить станцию?

A. Снизить только один балл

B. Засчитать при наличии письменного направления

C. Признать критическую ошибку независимо от суммы

D. Повторно подсчитать PHQ-9

E. Засчитать, так как балл выше порога

16. Кто должен составлять индивидуальный план безопасности?

A. Пациент совместно с подготовленным специалистом, с подходящей поддержкой

B. Пациент самостоятельно вместо клинической оценки

C. Любой родственник вместо пациента

D. Специалист без участия пациента

E. Регистратор по единому шаблону

17. В каком случае разработка плана безопасности должна уступить пер-

воочередному действию?

A. Пациент предпочитает записывать от руки

B. Прием подходит к концу

C. Выявлена непосредственная угроза, требующая срочной помощи

D. План нужно перевести на другой язык

E. Пациент не помнит номер друга

18. Пациент предлагает подписать обещание не совершать суицид вместо дальнейшего обсуждения. Как ответить?

A. Повысить доверие к обещанию при свидетелях

B. Принять обещание как достаточную защиту

C. Потребовать нотариального заверения

D. Продолжить оценку и совместный план; обещание не заменяет помощь

E. Передать обещание родственникам и завершить контакт

19. Как лучше записать ранний признак кризиса в плане?

A. Общей фразой «стало плохо»

B. Формулировкой, понятной только врачу

C. Одинаково для всех пациентов

D. Словами пациента с конкретным узнаваемым примером

E. Только кодом диагноза

20. Что относится к внутренней стратегии совладания?

A. Телефон психиатра

B. Контакт близкого человека

C. Адрес принимающей службы

D. Доступное безопасное действие самого пациента, которое помогает пережить нарастание дистресса

21. Действие ответственного за лекарства Чем контакт для отвлечения отличается от контакта для прямой помощи при кризисе?

A. В первом случае не допускается беседа

B. Во втором случае пациент прямо сообщает о трудности и просит поддержки

C. Второй заменяет экстренную помощь

D. Оба контакта всегда должны быть одним человеком

E. Первый обязательно

F. является родственником

22. В план внесен телефон службы, работающей только по будням. Что нужно добавить?

A. Контакт службы другой страны без проверки

B. Отметку, что остальные часы пациент отвечает за себя

C. Указание звонить многократно до ответа

D. Только имя руководителя поликлиники

E. Проверенный порядок получения помощи вне рабочего времени

23. Как организовать безопасность среды?

A. Ограничиться общей просьбой быть осторожнее

B. Согласовать конкретные действия и ответственных за безопасное хранение или удаление опасных средств

C. Возложить все действия только на пациента

D. Попросить пациента обещать не использовать доступные средства

E. Не обсуждать средства, чтобы не затрагивать тему

24. После составления плана пациент не понимает, кому позвонит первым. Что следует сделать?

A. Заменить контакты общим советом успокоиться

B. Передать только копию врачу

C. Отложить объяснение до следующего кризиса

D. Отрепетировать последовательность и устранить препятствие

E. Считать план завершенным, раз бланк заполнен

25. Когда следует пересматривать план безопасности?

A. Только при смене врача

B. При изменении состояния, поддержки, доступности контактов или после кризиса

C. Только раз в год

D. План после подписания не изменяется

E. Только по окончании лечения

26. У подростка нет конкретного плана, но есть выраженная ажитация и неясное намерение. Как трактовать отсутствие плана?

A. Как один элемент оценки, который не исключает срочной потребности в помощи

B. Как отрицательный результат всех видов скрининга

C. Как подтверждение несуицидального поведения

D. Как основание ограничиться памяткой

E. Как достаточное основание для обычной записи

27. Какое основание наиболее подходит для решения об амбулаторном сопровождении?

A. Только согласие родственника

B. Только низкий балл шкалы

C. Совокупная оценка состояния, условий безопасности, поддержки и реализуемого плана наблюдения

D. Только обещание пациента

E. Только отсутствие предыдущих попыток

28. В конце приема врач выдал направление, но принимающая служба не знает о срочности. Что нужно сделать?

A. Считать передачу завершенной

B. Связаться с принимающей стороной и подтвердить передачу клинической информации

C. Попросить пациента объяснить все самостоятельно

D. Ожидать записи в информационной системе

E. Заменить направление повторной анкетой

29. У подростка после семейного конфликта выявлены мысли о смерти. Как использовать сведения семьи?

A. Заменить ими собственные ответы подростка

B. Не учитывать сведения семьи ни при каких обстоятельствах

C. Опросить только того родственника, который привел пациента

D. Считать расхождения доказательством симуляции

E. Дополнить ими беседу с подростком, учитывая согласие, закон и безопасность

30. Какое утверждение об учебной оценке наиболее корректно?

A. Наличие сертификата устраняет потребность в супервизии

B. Рост тестовых баллов доказывает снижение числа суицидов

C. Порог 70% является универсальным клиническим стандартом

D. Успешная одна станция гарантирует самостоятельную работу

E. Тесты и ОСКЭ оценивают определенные результаты и дополняются наблюдением практики

Ключи и обоснования ответов

1. – A. Низкая сумма PHQ-9 не отменяет прямого сообщения об актуальном намерении.

2. – A. Неострый положительный скрининг требует последующей оценки; отсутствие актуальных мыслей не завершает маршрут.

3. – B. Первое действие – обеспечение безопасности и передача врачу без обычного ожидания.

4. – C. Описание повреждения и оценка намерения – разные задачи; отрицание намерения не отменяет оценки.

5. – E. Отказ требует обсуждения причин и плана, а не автоматического прекращения помощи.

6. – B. Семья не считается безопасным ресурсом автоматически; действия определяются защитой ребенка и законом.

7. – C. Продолжение помощи требует конкретных исполнителей и сроков.

8. – B. Неявка является поводом выполнить заранее установленный план, а не завершить наблюдение.

9. – D. GAD-7 оценивает симптомы тревоги и не является самостоятельным диагнозом или оценкой намерения.

10. – A. Прямой уточняющий вопрос помогает оценить содержание и актуальность переживаний.

11. – A. Общая категория не объясняет основания решения и дальнейшие действия.

12. – B. Медицинская неотложность требует помощи; невозможность беседы не равна отсутствию угрозы.

13. – C. Социальное сопровождение должно устранять конкретное препятствие.

14. – A. Поственция адресована людям, переживающим суицидальную утрату.

15. – C. Потенциально опасная передача пациента имеет приоритет над общим баллом.

16. – A. План является совместной индивидуализированной работой.

17. – C. План не должен задерживать срочную помощь.

18. – D. Контракт безопасности не заменяет клиническую оценку и план действий.

19. – D. Узнаваемые индивидуальные признаки облегчают применение плана.

20. – D. Внутренние стратегии выполняются самим пациентом; контакты поддержки выделяются отдельно.

21. – B. Задачи контактов могут различаться, даже если человек один и тот же.

22. – E. План должен быть выполним в то время, когда возникает кризис.

23. – B. Необходимы конкретные выполнимые меры с учетом обстоятельств.

24. – D. Проверка понимания и осуществимости является частью работы с

планом.

25. – B. План должен соответствовать текущим обстоятельствам.

26. – A. Отсутствие одного признака не определяет безопасность ситуации.

27. – C. Решение требует индивидуальной клинической оценки и конкретного плана.

28. – B. Выдача документа не равна завершенной передаче пациента.

29. – E. Разные источники дополняют оценку и могут отражать различные обстоятельства.

30. – E. Учебные показатели имеют ограниченный охват и требуют соответствующей интерпретации.

Источник: авторские учебные виньетки на основе [28, разд. «Make a safety plan with the patient», «Determine disposition»; 35, с. 256–264; 2, с. 16–33]. Предлагаемый ключ проверен на соответствие формулировкам; до использования в итоговой аттестации требуется апробация заданий.

Список использованных источников

1. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Электронный ресурс]. – Version 2.0. – Geneva: WHO, 2016. – 173 p. – ISBN 978-92-4-154979-0. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790 (дата обращения: 01.11.2026).

2. National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE guideline NG225 [Электронный ресурс]. – 2022. – URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations (дата обращения: 01.11.2026).

3. The Columbia Lighthouse Project. About the Protocol: Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) [Электронный ресурс]. – URL: https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale/ (дата обращения: 01.11.2026).

4. National Institute of Mental Health. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit [Электронный ресурс]. – URL: https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials (дата обращения: 01.11.2026).

5. National Institute of Mental Health. Youth Outpatient Brief Suicide Safety Assessment Guide [Электронный ресурс]. – URL: https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/youth-outpatient/youth-outpatient-brief-suicide-safety-assessment-guide (дата обращения: 01.11.2026).

6. Turecki G., Brent D. A., Gunnell D. [et al.]. Suicide and suicide risk // Nature Reviews Disease Primers. – 2019. – Vol. 5. – Art. 74. – DOI: 10.1038/s41572-019-0121-0.

7. Australian Institute for Suicide Research and Prevention; Postvention Australia. Postvention Australia Guidelines: a resource for organisations and individuals providing services to people bereaved by suicide [Электронный ресурс]. – Brisbane: AISRAP, 2017. – ISBN 978-0-9876213-5-1. – URL: https://postventionaustralia.org/wp-content/uploads/2019/05/Postvention-Australia-Guidelines.pdf (дата обращения: 01.11.2026).

8. World Health Organization. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries [Электронный ресурс]. – Geneva: WHO, 2021. – 142 p. – ISBN 978-92-4-002662-9. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629 (дата обращения: 01.11.2026).

9. World Health Organization; World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective [Электронный ресурс]. – Geneva: WHO, 2008. – 206 p. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241563680 (дата обращения: 01.11.2026).

10. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан: приказ от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020 (зарегистрирован 2 декабря 2020 года № 21712); стандарт в редакции приказа от 27 декабря 2024 года № 114 (зарегистрирован 28 декабря 2024 года № 35560) // ИПС «Әділет» [Электронный ресурс]. – URL: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021712 (дата обращения: 01.11.2026).

11. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution A/RES/70/1 [Электронный ресурс]. – 2015. – URL: https://sdgs.un.org/2030agenda (дата обращения: 01.11.2026).

12. World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates [Электронный ресурс]. – Geneva: WHO, 2025. – 64 p. – ISBN 978-92-4-011006-9. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069 (дата обращения: 01.11.2026).

13. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2030 [Электронный ресурс]. – 2021. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029 (дата обращения: 01.11.2026).

14. Luoma J. B., Martin C. E., Pearson J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence // American Journal of Psychiatry. – 2002. – Vol. 159, no. 6. – P. 909–916. – DOI: 10.1176/appi.ajp.159.6.909.

15. World Health Organization; United Nations Children’s Fund. Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours [Электронный ресурс]. – Geneva: WHO; New York: UNICEF, 2021. – 172 p. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240025554 (дата обращения: 01.11.2026).

16. WONCA Working Party for Mental Health. Core competencies of family doctors in primary mental health care [Электронный ресурс]. – 2018. – URL: https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/Core%20competencies%20January%202018.pdf (дата обращения: 01.11.2026).

17. Wyman P. A., Brown C. H., Inman J. [et al.]. Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2008. – Vol. 76, no. 1. – P. 104–115. – DOI: 10.1037/0022-006X.76.1.104.

18. Kitchener B. A., Jorm A. F. Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial [ISRCTN13249129] // BMC Psychiatry. – 2004. – Vol. 4. – Art. 23. – DOI: 10.1186/1471-244X-4-23.

19. Patel V., Weobong B., Weiss H. A. [et al.]. The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial // The Lancet. – 2017. – Vol. 389, no. 10065. – P. 176–185. – DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31589-

6.

20. Patel V., Weiss H. A., Chowdhary N. [et al.]. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial // The Lancet. – 2010. – Vol. 376, no. 9758. – P. 2086–2095. – DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61508-5.

21. Araya R., Rojas G., Fritsch R. [et al.]. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial // The Lancet. – 2003. – Vol. 361, no. 9362. – P. 995–1000. – DOI: 10.1016/S0140-6736(03)12825-5.

22. Chibanda D., Weiss H. A., Verhey R. [et al.]. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: a randomized clinical trial // JAMA. – 2016. – Vol. 316, no. 24. – P. 2618–2626. – DOI: 10.1001/jama.2016.19102.

23. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders [Электронный ресурс]. – 3rd ed. – Geneva: WHO, 2023. – ISBN 978-92-4-008427-8. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278 (дата обращения: 01.11.2026).

24. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure // Journal of General Internal Medicine. – 2001. – Vol. 16, no. 9. – P. 606–613. – DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

25. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 // Archives of Internal Medicine. – 2006. – Vol. 166, no. 10. – P. 1092–1097. – DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

26. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. NICE guideline NG222 [Электронный ресурс]. – 2022. – URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations (дата обращения: 01.11.2026).

27. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management. NICE guideline NG134 [Электронный ресурс]. – 2019. – URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/recommendations (дата обращения: 01.11.2026).

28. National Institute of Mental Health. Adult Outpatient Brief Suicide Safety Assessment Guide [Электронный ресурс]. – URL: https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/adult-outpatient/adult-outpatient-brief-suicide-safety-assessment-guide (дата обращения: 01.11.2026).

29. Республика Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: Кодекс от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК // ИПС «Әділет» [Электронный ресурс]. – 2020. – URL: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360 (дата обращения: 01.11.2026).

30. 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 & Adolescent Medicine. – 2012. – Vol. 166, no. 12. – P. 1170–1176. – DOI: 10.1001/archpediatrics.2012.1276.

31. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Электронный ресурс]. – Geneva: WHO, 2022. – 296 p. – ISBN 978-92-4-004933-8. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338 (дата обращения: 01.11.2026).

32. Babor T. F., Higgins-Biddle J. C., Saunders J. B., Monteiro M. G. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care [Электронный ресурс]. – 2nd ed. – Geneva: WHO, 2001. – WHO/MSD/MSB/01.6a. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a (дата обращения: 01.11.2026).

33. Humeniuk R., Henry-Edwards S., Ali R., Poznyak V., Monteiro M. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care [Электронный ресурс]. – Geneva: WHO, 2010. – 68 p. – ISBN 978-92-4-159938-2. – URL: https://www.who.int/publications-detail-redirect/978924159938-2 (дата обращения: 01.11.2026).

34. Boston Children’s Hospital. CRAFFT: Screening tools [Электронный ресурс]. – URL: https://crafft.org/get-the-crafft/ (дата обращения: 01.11.2026).

35. Stanley B., Brown G. K. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk // Cognitive and Behavioral Practice. – 2012. – Vol. 19, no. 2. – P. 256–264. – DOI: 10.1016/j.cbpra.2011.01.001.

36. World Health Organization. Adolescent health [Электронный ресурс]. – URL: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/ (дата обращения: 01.11.2026).

37. American Academy of Pediatrics. Screening for suicide risk in clinical practice // Blueprint for Youth Suicide Prevention [Электронный ресурс]. – URL: https://www.aap.org/en/patient-care/blueprint-for-youth-suicide-prevention/strategies-for-clinical-settings-for-youth-suicide-prevention/screening-for-suicide-risk-in-clinical-practice/ (дата обращения: 01.11.2026).

38. Richardson L. P., McCauley E., Grossman D. C. [et al.]. Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for detecting major depression among adolescents // Pediatrics. – 2010. – Vol. 126, no. 6. – P. 1117–1123. – DOI: 10.1542/peds.2010-0852.

39. Pfizer Inc. Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners [Электронный ресурс]. – URL: https://www.phqscreeners.com/ (дата обращения: 01.11.2026).

40. Mossman S. A., Luft M. J., Schroeder H. K. [et al.]. The Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale in adolescents with generalized anxiety disorder: signal detection and validation // Annals of Clinical Psychiatry. – 2017. – Vol. 29, no. 4. – P. 227–234A. – URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29069107/ (дата обращения: 05.11.2026).

Приложение А

Опросник PHQ-9

ОПРОСНИК ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ-9 (PHQ-9)

Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы? *(Ставьте "✔", чтобы указать свой ответ)*	Ни разу	Несколько дней	Более недели	Почти каждый день
1. Вам не хотелось ничего делать	0	1	2	3
2. У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	0	1	2	3
3. Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон, или Вы слишком много спали	0	1	2	3
4. Вы были утомлены, или у Вас было мало сил	0	1	2	3
5. У Вас был плохой аппетит, или Вы переедали	0	1	2	3
6. Вы плохо о себе думали: считали себя неудачником (неудачницей), или были в себе разочарованы, или считали, что подвели свою семью	0	1	2	3
7. Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или на просмотре телепередач)	0	1	2	3
8. Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали? Или, наоборот, Вы были настолько суетливы или взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного	0	1	2	3
9. Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-нибудь вред	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Если Вы положительно ответили на какие-нибудь пункты, то оцените, насколько трудно Вам было работать, заниматься домашними делами или общаться с людьми из-за этих проблем?

Совсем не трудно	Немного трудно	Очень трудно	Чрезвычайно трудно
☐	☐	☐	☐

Разработано докторами Робертом Л. Шпицем (Robert L. Spitzer), Джанет Б.У. Уиллямс (Janet B.W. Williams), Куртом Кронке (Kurt Kroenke) и их коллегами в рамках образовательного гранта компании Pfizer Inc. Воспроизведение, перевод, показ и распространение разрешены.

Форма PHQ-9 приведена в исходном русскоязычном варианте из представленного авторами макета; формулировки пунктов при редакции не изменялись. Исходная валидация – среди взрослых. Для подростков необходимо выбирать возрастно подходящую форму и учитывать особенности ее валидации. Положительный пункт 9 требует отдельной оценки [24, с. 606–613; 39, разд. «PHQ-9»].

Приложение Б
Опросник GAD-7

GAD-7

Как часто Вас за последние 14 дней беспокоили следующие проблемы? *(Ставьте "✔", чтобы указать свой ответ)*	Ни разу	Несколько дней	Более недели	Почти каждый день
1. Вы нервничали, тревожились или испытывали сильный стресс	0	1	2	3
2. Вы были неспособны успокоиться или контролировать свое волнение	0	1	2	3
3. Вы слишком сильно волновались по различным поводам	0	1	2	3
4. Вам было трудно расслабиться	0	1	2	3
5. Вы были настолько суетливы, что Вам было тяжело усидеть на месте	0	1	2	3
6. Вы легко злились или раздражались	0	1	2	3
7. Вы испытывали страх, словно должно произойти нечто ужасное	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T____ = ____ + ____ + ____ + ____)

Разработано докторами Робертом Л. Шпицем (Robert L. Spitzer), Джанет Б.У. Уилльямс (Janet B.W. Williams), Куртом Кронке (Kurt Kroenke) и их коллегами в рамках образовательного гранта компании Pfizer Inc. Воспроизведение, перевод, показ и распространение разрешены.

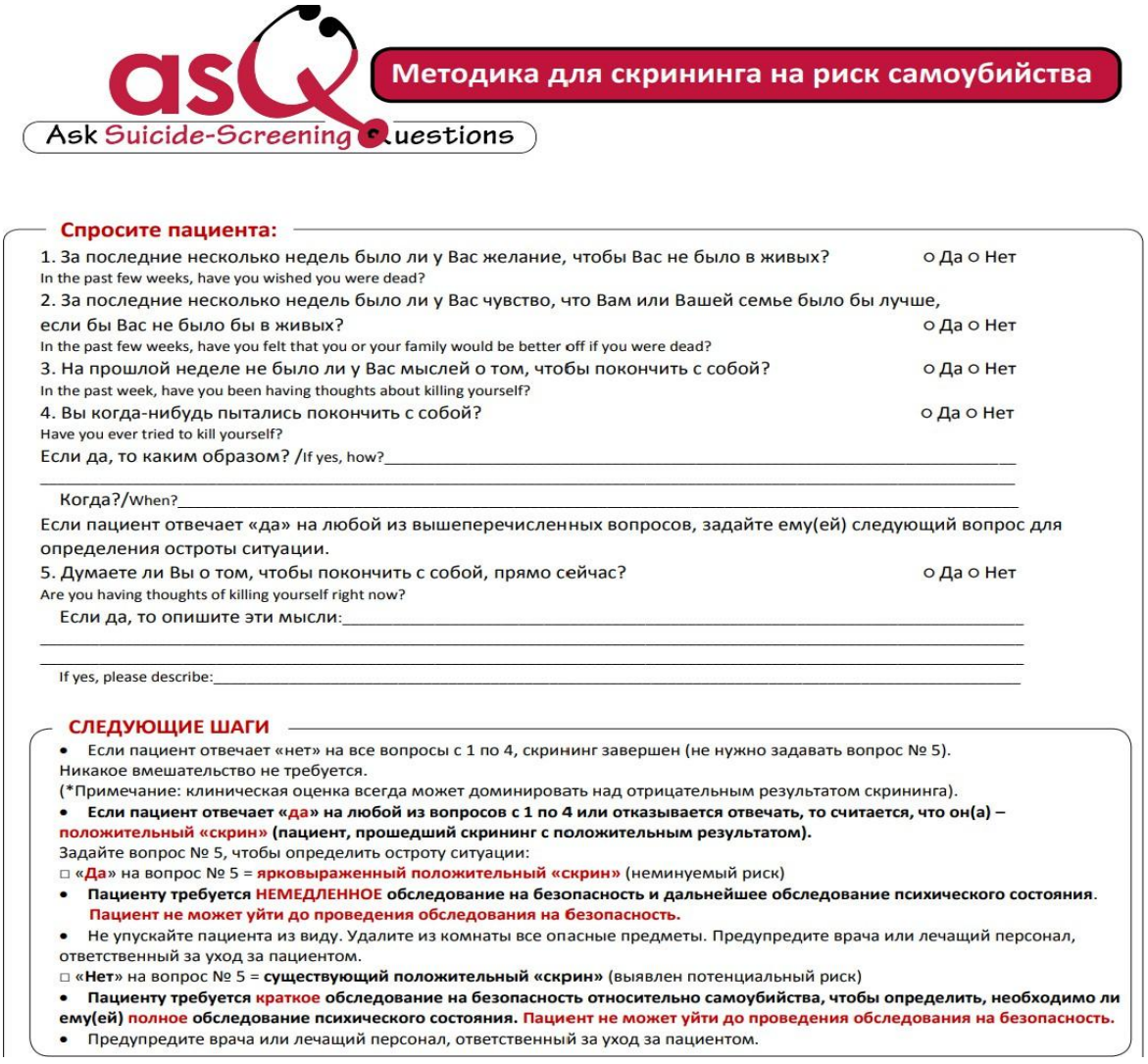
Форма GAD-7 приведена в исходном русскоязычном варианте из представленного авторами макета; формулировки пунктов при редакции не изменялись. Исходная валидация – среди взрослых. Сумма отражает выраженность симптомов и не заменяет диагноз; применение в другой возрастной группе требует обоснования [25, с. 1092–1097; 39, разд. «GAD-7»]. Диагностическая ценность GAD-7 у подростков с генерализованным тревожным расстройством оценивалась в отдельном исследовании [40, с. 227–234].

Приложение В
Скрининг ASQ

ASQ – краткий скрининг суицидального риска. Используется официальная форма NIMH; русский вариант доступен в разделе переводов комплекта материалов ASQ [4, разд. «ASQ Translations»].

Комплект материалов ASQ предназначен для медицинских пациентов от 8 лет. Первичное исследование 2012 года проводилось среди пациентов 10–21 года в педиатрических отделениях неотложной помощи; эти возрастные границы нельзя смешивать. Положительный результат требует клинической оценки обученным специалистом [4, разд. «About the Tool»; 30, с. 1170–1176].

В исходной выборке исследования чувствительность составила 96,9%, специфичность – 87,6%. Эти характеристики не означают точность прогноза суицида и не переносятся автоматически на любую популяцию [30, с. 1170–1176].



Источник: NIMH комплект материалов ASQ, официальный русский перевод; изображение сохранено из исходного макета. Для работы используют актуальную форму и соответствующий возрасту маршрут [4, разд. «ASQ Translations»].

Приложение Г
Карманный алгоритм

Карманный алгоритм действий при выявлении признаков суицидального кризиса у подростка

1. Установить контакт и проверить непосредственную безопасность. При медицинской неотложности организовать помощь без ожидания окончания опросника.
2. Прямо уточнить мысли о суициде, актуальность, намерение, действия, доступ к средствам и доступную поддержку. При необходимости использовать подходящий скрининг с последующей оценкой.
3. При непосредственной угрозе не оставлять подростка одного; привлечь врача и организовать срочную передачу по локальному маршруту. Не отправлять одного к другому специалисту.
4. Если срочность неясна, обеспечить клиническую оценку до ухода. Отсутствие плана, отрицательный пункт шкалы или обещание не являются достаточным основанием для завершения помощи.
5. При согласованном амбулаторном ведении оформить план, ответственного, срок контакта, участие безопасного взрослого в рамках закона и порядок действий при ухудшении.
6. Подтвердить получение дальнейшей помощи. Если направление не выполнено, связаться с пациентом и пересмотреть план.

Источник: авторский учебный алгоритм по [5, разд. «Assess the patient», «Determine disposition»; 10, § 6, пп. 91–99]. Для конкретного учреждения используется утвержденный порядок связи и передачи.

Приложение Д
Признаки кризиса у подростков

Красные флаги суицидального риска у подростков

Памятка для врача общей практики

Наличие одного или нескольких признаков требует обязательной оценки суицидального риска.

Вербальные сигналы (высказывания подростка)

Особого внимания требуют следующие фразы:

- «Я больше не хочу жить».
- «Без меня всем будет легче».
- «Лучше бы меня не было».
- «Все бессмысленно».
- «Я всем мешаю».
- «Скоро это закончится».
- «Вы обо мне больше не будете беспокоиться».
- «Я устал бороться».
- «Мне ничего не поможет».

Поведенческие признаки

Следующие изменения поведения могут свидетельствовать о повышенном суицидальном риске:

- раздача личных вещей;
- написание прощальных сообщений;
- публикация прощального контента в социальных сетях;
- резкое прощание с друзьями или родственниками;
- поиск информации о способах самоубийства;
- накопление лекарственных препаратов;
- подготовка потенциально опасных предметов;
- завершение важных дел;
- внезапное спокойствие после длительного периода эмоционального неблагополучия.

Эмоциональные признаки

- чувство безнадежности;
- выраженная вина;
- ощущение собственной бесполезности;
- эмоциональная изоляция;
- отчаяние;
- чувство безысходности;
- потеря интереса к ранее значимым занятиям.

Клинические факторы риска

- депрессия;
- тревожные расстройства;
- расстройства поведения;

– расстройства пищевого поведения;
– употребление алкоголя или психоактивных веществ;
– хронические заболевания;
– хроническая боль;
– нарушение сна.

Психосоциальные факторы риска

– буллинг;
– кибербуллинг;
– семейные конфликты;
– насилие;
– потеря близкого человека;
– романтическое расставание;
– академический стресс;
– социальная изоляция.

Признаки потребности в немедленной оценке

Немедленных действий требуют:

– наличие суицидальных мыслей;
– наличие конкретного плана;
– наличие намерения реализовать план;
– предыдущие суицидальные попытки;
– повторяющиеся самоповреждения;
– доступ к потенциально смертельным средствам.

Практическое правило

Любой подросток с признаками эмоционального кризиса должен быть прямо опрошен о наличии суицидальных мыслей.

Приложение Е
Передача и последующее наблюдение

См. таблицу Е.1.

Таблица Е.1 – Организация передачи подростка и последующего наблюдения

Ситуация	Действия	Подтверждение результата
Медицинская неотложность или непосредственная угроза	Непрерывное наблюдение; врач организует экстренную помощь и безопасную передачу.	Известны принимающая сторона и сотрудник, которому переданы сведения.
Намерение или безопасность неясны	Клиническая оценка до ухода; при недостаточных возможностях – срочная передача в соответствующую службу.	Зафиксированы основание решения и порядок сопровождения.
Амбулаторное сопровождение после оценки	Совместный план, подходящая поддержка, назначенный контакт и согласованный маршрут.	Проверены возможность записи и получения помощи; определен ответственный.
Неявка или отказ	Активный контакт по согласованному порядку; уточнение причин и новой срочности.	Задокументированы попытки связи, решение врача и следующий шаг.

Источник: авторская организация маршрута на основе [5, разд. «Assess the patient», «Determine disposition»; 10, § 6, пп. 91–99]. Категория риска не используется как автоматический прогноз или единственное основание решения. Названия служб, дежурные контакты и порядок передачи устанавливаются организацией.

Приложение Ж
Памятка для родителей

Памятка для родителей

Как понять, что подростку нужна помощь

Подростковый возраст связан с эмоциональными изменениями. Однако некоторые признаки могут говорить о том, что ребенок переживает серьезный кризис и нуждается в поддержке взрослых.

Обратите внимание, если подросток:

- стал замкнутым и избегает общения;
- перестал интересоваться любимыми занятиями;
- часто говорит о бессмысленности жизни;
- выглядит подавленным большую часть времени;
- резко изменил режим сна или питания;
- избегает друзей и семьи;
- начал причинять себе вред;
- злоупотребляет алкоголем или другими веществами;
- стал раздавать личные вещи;
- публикует тревожные или прощальные сообщения в социальных сетях.

Что можно сделать

Слушайте внимательно

Постарайтесь выслушать ребенка без критики и осуждения.

Полезные фразы:

- «Я вижу, что тебе сейчас тяжело».
- «Спасибо, что рассказал(а) мне об этом».
- «Я рядом и готов(а) помочь».
- «Давай вместе подумаем, что можно сделать».

Говорите прямо

Если вас беспокоит состояние подростка, не бойтесь спросить:

- «Бывают ли у тебя мысли причинить себе вред?»

Исследования показывают, что такие вопросы не провоцируют суицидальное поведение, а помогают вовремя получить помощь.

Обратитесь за профессиональной помощью

При выраженной тревоге, депрессии, самоповреждениях или суицидальных мыслях необходимо обратиться к специалисту.

Помощь могут оказать:

- врач общей практики;
- психолог;
- психиатр;
- специалист центра психического здоровья.

Чего делать не следует

Не рекомендуется:

- обесценивать переживания подростка;

– сравнивать его с другими детьми;
– обвинять или стыдить;
– говорить «это просто возраст»;
– угрожать наказанием за эмоциональные трудности;
– оставлять ребенка одного в кризисной ситуации.

Когда нужна срочная помощь

Немедленно обращайтесь за помощью, если подросток:
– говорит о желании умереть;
– сообщает о наличии плана самоубийства;
– совершил попытку суицида;
– имеет доступ к средствам самоповреждения и намерение их использовать.

В экстренной ситуации:
– обеспечьте постоянное присутствие взрослого рядом;
– ограничьте доступ к опасным предметам и лекарствам;
– вызовите скорую медицинскую помощь по номеру 103;
– при необходимости обратитесь в службу экстренной помощи по номеру 112.

Помните

Большинство подростков, переживающих эмоциональный кризис, могут получить помощь и восстановиться при своевременной поддержке семьи и специалистов.

Ваше внимание, участие и готовность выслушать ребенка имеют большое значение.

Приложение И
Примеры разговоров с подростком

Скрипты сложных разговоров с подростками в практике врача общей практики

Цель приложения

Данное приложение предназначено для поддержки врача общей практики при проведении беседы с подростком, находящимся в эмоциональном кризисе, а также при оценке суицидального риска.

Представленные примеры не являются обязательными фразами и могут адаптироваться в зависимости от возраста подростка, клинической ситуации и индивидуальных особенностей пациента.

Общие принципы коммуникации

Перед началом беседы рекомендуется:

- обеспечить конфиденциальность;
- использовать спокойный и доброжелательный тон;
- демонстрировать заинтересованность и уважение;
- избегать осуждения и критики;
- задавать преимущественно открытые вопросы;
- признавать значимость переживаний подростка.

1. Установление контакта

Цель

Создать безопасную атмосферу и сформировать доверительные отношения.

Возможные фразы

- «Спасибо, что пришел(пришла) сегодня на консультацию».
- «Мне важно понять, что с тобой происходит и чем я могу помочь».
- «Ты можешь рассказывать только то, чем готов(а) поделиться».
- «Здесь нет правильных или неправильных ответов».
- «Я хочу услышать твою точку зрения».

2. Подросток молчит или отказывается разговаривать

Цель

Снизить напряжение и сохранить контакт.

Возможные фразы

- «Я вижу, что сейчас говорить об этом может быть непросто».
- «Не обязательно рассказывать все сразу».
- «Мы можем двигаться в удобном для тебя темпе».
- «Даже если сложно подобрать слова, это нормально».
- «Мне важно понять, как ты себя чувствуешь».

Не рекомендуется

- «Почему ты молчишь?»
- «Если не будешь говорить, я не смогу помочь».

– «Тебе нужно быть более открытым».

3. Обсуждение депрессивных симптомов

Цель

Выявить признаки депрессии и эмоционального неблагополучия.

Возможные вопросы

– «Как изменилось твое настроение за последние недели?»
– «Есть ли вещи, которые раньше приносили удовольствие, а сейчас перестали?»
– «Часто ли тебе бывает грустно или одиноко?»
– «Бывает ли ощущение, что ничего хорошего впереди нет?»
– «Как ты оцениваешь свое настроение по шкале от 0 до 10?»

4. Обсуждение буллинга

Цель

Выявить возможную травматизацию и оценить ее влияние на психическое состояние.

Возможные фразы

– «Некоторые подростки сталкиваются с насмешками или травлей. Случалось ли что-то подобное с тобой?»
– «Что происходит в школе или социальных сетях?»
– «Как это влияет на твое настроение?»
– «Кто знает об этой ситуации?»
– «Есть ли взрослый человек, которому ты доверяешь?»

Поддерживающие высказывания

– «Спасибо, что рассказал(а) об этом».
– «То, что происходит, действительно может причинять боль».
– «Никто не заслуживает такого обращения».

5. Обсуждение самоповреждений

Цель

Понять функцию самоповреждающего поведения и оценить риск суицида.

Возможные вопросы

– «Расскажи, пожалуйста, что происходило перед тем, как ты причинил(а) себе вред?»
– «Что ты чувствовал(а) в тот момент?»
– «Что изменилось после этого?»
– «Это был способ справиться с эмоциями или была цель умереть?»
– «Бывали ли ситуации, когда ты хотел(а) умереть?»

Поддерживающие высказывания

– «Спасибо за честность».
– «Мне важно понять, через что ты проходишь».
– «Многие подростки используют самоповреждение как способ спра-

виться с сильными эмоциями, поэтому важно разобраться, что происходит именно у тебя».

6. Обсуждение суицидальных мыслей

Цель

Провести прямую и безопасную оценку риска.

Введение в тему

- «Когда человеку очень тяжело, иногда могут появляться мысли о смерти или причинении себе вреда».
- «Я задаю этот вопрос многим подросткам, которые переживают сложный период».

Основные вопросы

- «Бывали ли у тебя мысли о том, что не хочется жить?»
- «Возникали ли мысли причинить себе вред?»
- «Думал(а) ли ты о том, чтобы покончить с собой?»

Уточнение риска

- «Есть ли у тебя конкретный план?»
- «Думал(а) ли ты о способе?»
- «Предпринимал(а) ли какие-либо приготовления?»
- «Насколько вероятно, что ты можешь это сделать?»

После положительного ответа

- «Спасибо, что рассказал(а) мне об этом».
- «Очень важно, что ты поделился(ась) своими переживаниями».
- «Сейчас мы вместе подумаем, как обеспечить твою безопасность».

7. Потеря близкого человека

Цель

Поддержка подростка в период переживания утраты.

Возможные фразы

- «Мне очень жаль, что тебе пришлось пережить такую потерю».
- «Каждый человек переживает горе по-своему».
- «Что помогает тебе справляться с этим сейчас?»
- «Есть ли кто-то, кто поддерживает тебя?»

Оценка риска

- «Иногда после смерти близкого человека возникают мысли о том, чтобы быть рядом с ним. Бывали ли у тебя такие мысли?»

8. Разговор с подростком после расставания

Цель

Оценить эмоциональный кризис и суицидальный риск.

Возможные фразы

- «Разрыв отношений может переживаться очень тяжело».
- «Что для тебя было самым сложным в этой ситуации?»
- «Как изменилось твое настроение после расставания?»

– «Бывали ли мысли причинить себе вред или умереть?»

9. Разговор с родителями

Цель

Обеспечить сотрудничество семьи и повысить безопасность подростка.

Возможные фразы

– «Сейчас особенно важна поддержка со стороны семьи».
– «Наша задача – помочь подростку справиться с кризисом и обеспечить его безопасность».
– «Эмоциональные трудности требуют такого же внимания, как и физические заболевания».
– «Важно сохранять контакт с подростком и не оставлять его один на один с переживаниями».

Фразы, которых следует избегать

Не рекомендуется использовать следующие высказывания:

– «Это просто подростковый возраст».
– «У других проблемы гораздо серьезнее».
– «Не думай об этом».
– «Возьми себя в руки».
– «Ты должен(должна) быть сильнее».
– «Ты же не собираешься этого делать?»
– «Подумай о том, как будет плохо твоим родителям».
– «Все это ерунда».

Ключевой принцип

Подросток должен чувствовать, что его слышат, понимают и воспринимают серьезно. Поддерживающая и неосуждающая коммуникация является важнейшим компонентом профилактики суицидального поведения и формирования доверия к системе здравоохранения.