

А.Я. Басова^{1, 2}, М.А. Бебчук⁴, Н.В. Устинова^{1, 3}, Л.С. Намазова-Баранова^{2, 3},
К.Е. Эфендиева^{2, 3}, Е.А. Вишнева^{2, 3}

¹ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, Москва Российская Федерация

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

³ НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Российская Федерация

⁴ Институт интегративной семейной терапии, Москва, Российская Федерация

Компетентность врачей-педиатров в вопросах профилактики, определения риска или выявления суицидального поведения у детей: одномоментное опросное исследование

234

Контактная информация:

Устинова Наталья Вячеславовна, доктор медицинских наук, руководитель отдела социальной педиатрии и организации мультидисциплинарного сопровождения НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», главный научный сотрудник Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой

Адрес: 119333, Москва, ул. Фотиевой, д. 10, стр. 1, тел. раб.: +7 (499) 137-01-97, e-mail: ust-doctor@mail.ru

Статья поступила: 27.04.2022, принята к печати: 16.06.2022

Обоснование. Самоубийства детей и подростков остаются одной из самых болезненных общественных проблем. Пандемия COVID-19 актуализирует обсуждаемую тему из-за увеличения в этот период количества суицидов среди детского населения. В научных исследованиях и практических руководствах обозначена ведущая роль врачей первичного звена в профилактике, выявлении и маршрутизации пациентов с суицидальным поведением. При этом исследований компетентности врачей-педиатров в сфере суицидов не проводилось. **Цель исследования** — изучить компетентность врачей-педиатров в вопросах профилактики, определения риска и выявления суицидального поведения у детей. **Методы.** Проведено одномоментное исследование с использованием оригинальной электронной анкеты, направленной на выявление уровня компетентности врачей-педиатров в оценке суицидального поведения у детей. Опросник включал 18 вопросов. **Результаты.** Получено 208 электронных анкет. 97,1% специалистов утверждали, что оценивают эмоциональный статус своих пациентов во время приема. На приеме 86,1% учитывали особенности внешнего вида ребенка, выражение лица, интонацию голоса, задавали вопросы о настроении (65,4%), опрашивали родителей (62,5%). На наличие следов самоповреждений обращают внимание 98,6% специалистов. Расспрашивают о происхождении этих повреждений 88,4%. Лишь 36,1% респондентов спрашивают пациентов о суицидальных мыслях, намерениях и действиях. Только 69,3% специалистов готовы направить своих пациентов к психологу, а 51,7% — к психиатру. **Заключение.** Несмотря на то, что большинство опрошенных врачей-педиатров замечают признаки суицидальной угрозы (сниженное настроение, следы самоповреждений), они избегают на приеме обсуждать тему суицида. Повышение компетентности врачей педиатрической службы должно быть направлено на дестигматизацию области психического здоровья, повышение уровня знаний и формирование практических навыков в работе с детьми с суицидальным поведением.

Ключевые слова: психиатрия, педиатрия, врач-педиатр, подростки, дети, суицид

Для цитирования: Басова А.Я., Бебчук М.А., Устинова Н.В., Намазова-Баранова Л.С., Эфендиева К.Е., Вишнева Е.А. Компетентность врачей-педиатров в вопросах профилактики, определения риска или выявления суицидального поведения у детей: одномоментное опросное исследование. *Вопросы современной педиатрии*. 2021;20(3):234–241. doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v21i3.2430>

ОБОСНОВАНИЕ

Самоубийство (суицид) остается одной из самых болезненных общественных проблем, особенно в тех случаях, когда его совершают дети. В возрасте от 15 до 29 лет самоубийства становятся второй по значимости причиной смерти от внешних причин, уступая только гибели в автодорожных происшествиях [1, 2]. Масштабное исследование суицидов, проведенное под эгидой UNICEF в 2011 г., показало устойчивые законо-

мерности самоубийств в России, среди них особо неблагоприятная ситуация — в плане суицидального поведения подростков [3]. По данным зарубежных исследований, у 80% молодых людей, совершивших суицид, в анамнезе отмечалось самоповреждающее поведение без суицидальных намерений [4]. Количество подростковых суицидов может быть значительно больше, поскольку в государственной статистике не учитываются как суицид события, регистрируемые как несчастный случай или смерть от

неясных причин («случайное» падение с высоты, гибель под колесами поезда, передозировка наркотиков и др.). Систематический недоучет, то есть вклад так называемых латентных самоубийств, составляет от 15,8% у юношей до 27,6% у девушек (по данным 2009 г.) [3]. Пандемия COVID-19 актуализировала проблему суицида. В зарубежных источниках сообщается об увеличении количества суицидов среди детского населения в странах, столкнувшихся с новой коронавирусной инфекцией [5, 6].

Пациенты с суицидальным поведением (осознанным стремлением покончить с собой, проявляющимся в виде суицидальных мыслей, намерений, действий) могут встретиться врачам самых разных специальностей. По некоторым данным, суицидальные проявления удаётся обнаружить у 2–7% пациентов первичного звена здравоохранения, в том числе у детей [7]. Не у всех лиц с суицидальным поведением выявляются выраженные психические расстройства [4], и, как правило, к врачу-психиатру они обращаются в последнюю очередь, нередко уже после суицидальной попытки [3, 4]. По этой причине несомненна ведущая роль врачей первичного звена здравоохранения в профилактике, выявлении и маршрутизации пациентов из группы риска. Так, по данным зарубежных исследований, 45% [8] людей, совершивших самоубийство, за неделю до этого обращались за медицинской помощью, из них в 81% случаев — к врачам любых специальностей, кроме психиатров, и только 67% из них в результате получили медицинскую помощь [9, 10]. При этом молодые пациенты до совершения суицидальной попытки (за месяц) гораздо реже обращаются за помощью к врачам общей практики, а если обращаются, то реже рассказывают о своих депрессивных и/или

суицидальных переживаниях и значительно реже получают специализированную помощь, чем люди старшего возраста [11]. В этой связи не вызывает сомнений, что от настороженности любого врача в отношении случаев суицидального и самоповреждающего поведения зависит жизнь пациента [12], так как суицидальное поведение требует оказания экстренной психиатрической помощи [1].

Тем не менее, врачи первичного звена здравоохранения редко оценивают суицидальный риск у своих пациентов [13]. В качестве ключевых препятствий отмечают недостаточность времени на приеме [7], а также особенности культуральных, лингвистических, религиозных представлений пациента и его семьи [14], опасения врачей оскорбить пациента или его родственников вопросами о суицидальных намерениях и спровоцировать таким образом жалобы и обращения в вышестоящие инстанции [15]. Врачи отмечают неловкость при формулировке вопросов, обусловленную их собственной убежденностью в недопустимости, аморальности или греховности подобного поведения [14, 15]. Усугубляет ситуацию и то, что родители подростков крайне болезненно реагируют на любые намеки специалиста о психическом неблагополучии ребенка [16]. В одном исследовании было обнаружено, что врачи, пережившие собственный опыт депрессии, эффективнее в определении суицидального риска у пациентов, что, по-видимому, обусловлено более толерантным отношением к своим пациентам [7].

Трудности с определением суицидального риска могут быть также вызваны отсутствием навыков установления контакта с депрессивными пациентами и выявления суицидальных мыслей [17], особенно в случае с юными

Anna Y. Basova^{1, 2}, Marina A. Bebchuk¹, Natalia V. Ustinova^{1, 3}, Leyla S. Namazova-Baranova^{2, 3}, Kamilla E. Efendiyeva^{2, 3}, Elena A. Vishneva^{2, 3}

¹ G.E. Sukharevskaya Research and Practical Center of Mental Well-Being of Children and Adolescents, Moscow, Russian Federation

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

³ Pediatrics and Child Health Research Institute in Petrovsky National Research Centre of Surgery, Moscow, Russian Federation

⁴ Institute of Integrative Family Therapy, Moscow, Russian Federation

Pediatricians' Competence in Prevention, Risk Determination or Detection of Suicidal Behavior in Children: Cross-Sectional Survey Study

Background. Child and adolescent suicides remain one of the most painful public issues. The COVID-19 pandemic has aggravated this topic as the number of suicides among children population has increased in this period. Research and practice guidelines identify the leading role of primary care physicians in the prevention, identification, and routing of patients with suicidal behavior. At the same time, there were no studies on pediatricians' competence in the field of suicides. **Objective. The aim of the study** is to study pediatricians' competence in prevention, risk determination or and detection of suicidal behavior. **Methods.** Cross-sectional study was conducted with the usage of original electronic questionnaire aimed on identifying the level of pediatricians' competence in evaluating suicidal behavior in children. Questionnaire included 18 questions. **Results.** We have received 208 electronic questionnaires. 97.1% of specialists have confirmed that they evaluate emotional status of their patients during admission. During admission: 86.1% of specialists have considered the characteristics of children appearance, facial expression, voice intonation, 65.4% — have asked questions about mood, 62.5% — have interviewed parents. 98.6% of specialists pay attention to the presence of self-inflicted injuries marks, 88.4% — ask about the origin of these injuries. Only 36.1% of respondents ask patients about suicidal thoughts, intentions, or actions. Only 69.3% of specialists are ready to refer their patients to psychologist, and 51.7% — to psychiatrist. **Conclusion.** Even though most surveyed pediatricians notice signs of suicidal intent (low mood, self-inflicted injuries), they avoid discussing the topic of suicide during admission. Increasing the competence of pediatricians should be aimed on destigmatisation in the field of mental health, increasing the knowledge level, and developing practical skills in working with children with suicidal behavior.

Keywords: psychiatrics, pediatrics, pediatrician, adolescents, children, suicide

For citation: Basova A.Y., Bebchuk M.A., Ustinova Natalia V., Namazova-Baranova Leyla S., Efendiyeva Kamilla E., Vishneva Elena A. Pediatricians' Competence in Prevention, Risk Determination or Detection of Suicidal Behavior in Children: Cross-Sectional Survey Study. *Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2021;20(3):234–241. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v21i3.2430>

пациентами [16]. В большом опросе, проведенном зарубежными исследователями, врачи указывали на трудности определения факторов риска суицидального поведения и защитных факторов у подростков, невозможность разграничить «крик о помощи» с истинным суицидальным поведением, а болезненные психические нарушения, в том числе самоповреждающее поведение, — с пубертатным кризом и свойственными ему особенностями подростковой психики [16]. Большие сложности у врачей вызывала необходимость соблюдения конфиденциальности в случае больных с высоким суицидальным риском, особенно это касалось детей и подростков. Многие специалисты отмечали, что предпочитают не задавать вопросов о суицидальных намерениях, чтобы «не открыть ящик Пандоры» [16]. И, наконец, основное опасение заключается в том, что, задавая вопросы о нежелании жить и суицидальных намерениях, врач может вызвать ухудшение психического состояния своего пациента, спровоцировать усиление суицидальных мыслей, нанесение самоповреждений и даже совершение суицидальной попытки [18].

Не вызывает сомнения, что в России врач-педиатр сталкивается с подростками с признаками самоповреждений и с суицидальным поведением как в рамках профилактических осмотров, так и при обращении по поводу различных заболеваний. Несмотря на это, при анализе историй болезни 7065 подростков с суицидальным поведением, обращавшихся в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» в период с 2011 по 2021 г., не было обнаружено ни одного случая направления за психиатрической помощью врачом-педиатром. При этом отсутствуют отечественные научные исследования осведомленности врачей-педиатров в данных вопросах. Таким образом, из первичной профилактики суицидального поведения выпадает одно из звеньев — первичная медико-санитарная служба в виде врачей-педиатров. Остаются неясными причины, препятствующие врачам-педиатрам выявлять и направлять за получением квалифицированной помощи детей с суицидальными проявлениями.

Цель исследования

Изучить компетентность врачей-педиатров в вопросах профилактики, определения риска и выявления суицидального поведения у детей.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено одномоментное опросное исследование.

Проведение опроса

Опросник

Компетентность врачей-педиатров в оценке эмоционального статуса, самоповреждающего и суицидального поведения у детей, а также основные проблемы, препятствующие эффективной профилактике суицидов, определялись с использованием оригинального опросника. Опросник полностью состоит из вопросов, разработанных авторами. Предварительная версия опросника включала 18 пунктов. 1-й вопрос был направлен на выявление стажа работы врача-педиатра. С помощью следующих вопросов изучалась информация о поведении педиатра во время приема: оценивается ли эмоциональное состояние ребенка, используются ли для оценки эмоционального состояния шкалы и специальные опросники, задаются ли определенные вопросы о настроении (и ребенку, и его опекунам), задаются ли вопросы о суицидальных мыс-

лях/намерениях (ребенку и опекунам), как оцениваются внешние проявления эмоционального неблагополучия, выявляются ли самоповреждения, какие сложности возникают при оценке эмоционального состояния и определении риска суицида. 17 вопросов были закрытого характера, но часть из них предполагала возможность оставить пояснительный комментарий к сделанному респондентом выбору. 1 вопрос являлся открытым, предполагал отражение видения респондентов, в чем состоят трудности профилактики и выявления суицидального поведения на педиатрическом приеме.

Условия проведения исследования

Исследование проводилось совместно ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (далее — Центр им. Г.Е. Сухаревой) и Союзом педиатров России в 2020–2021 гг. Первый этап исследования (2020 г.) — разработка опросника, отвечающего целям исследования. Предварительная версия опросника была протестирована с участием 10 педиатров — членов Союза педиатров России, первыми откликнувшихся на призыв к тестированию. В процессе очного обсуждения с участниками пилотного опроса выверялись формулировки вопросов с учетом профессиональной лексики педиатров. В частности, некоторые специальные термины, понятные психиатрам, были заменены на общеизвестные или были добавлены пояснения. В итоговую версию опросника были включены все 18 пунктов. Валидация опросника с потенциальными респондентами не проводилась.

Выборка исследования

В исследование включали врачей-педиатров — членов Союза педиатров России. Список потенциальных участников опроса формировали случайным образом с использованием онлайн-генератора случайной выборки из числа членов Союза с известным адресом электронной почты. Критерии невключения в опрос отсутствовали.

Проведение опроса

В сентябре 2021 г. потенциальным участникам высылалось письмо с приглашением принять участие в опросе (см. Приложение 1), содержавшее ссылку на опросник, размещенный на платформе Google Workspace (см. Приложение 2). Анкетирование проводилось онлайн. Участников предупреждали, что срок заполнения опросника — не позднее 01 декабря 2021 г. Процесс рассылки приглашений был однократным. Участники имели возможность вернуться к заполнению опросника и продолжить отвечать с последнего незаполненного вопроса или внести изменения в отмеченные ранее пункты. После того как респонденты выбирали опцию «отправить», внесение изменений становилось невозможным. Платформа не позволяла отправить опросник с незаполненными ответами на вопросы.

Статистические процедуры

Принципы расчета размера выборки

Предварительный расчет необходимого размера выборки не проводился.

Статистические методы

Анализ данных выполнен с помощью статистического онлайн-калькулятора (<https://www.socscistatistics.com/>). При исследовании представленных выборок использовался метод χ^2 (3×3 ; $p < 0,05$).

Этическая экспертиза

Проведение исследования одобрено решением локального Этического комитета Центра им. Г.Е. Сухаревой (№ протокола 2/21, 21.04.2021). В ходе опроса персональная информация (ФИО, пол, возраст) и контактные данные (электронный адрес) в привязке к результатам опроса не регистрировались.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Формирование выборки исследования

Письма-приглашения со ссылкой на опросник были направлены 700 врачам-педиатрам. В ответ было получено 208 заполненных электронных анкет.

Характеристики выборки (групп) исследования

123 респондента (59,1%) указали стаж работы более 20 лет, 45 (21,6%) — от 11 до 20 лет, 40 человек (19,2%) — 10 лет и менее.

Основные результаты исследования

202 (97,1%) специалиста утверждали, что оценивают эмоциональный статус своих пациентов во время приема. При этом лишь небольшое количество врачей — 16 (7,7%) — используют тесты и опросники. Подавляющее большинство — 179 (86,1%) — учитывают внешний вид, выражение лица, интонации голоса ребенка, задают вопросы о настроении во время осмотра (136; 65,4%), спрашивают родителей (125; 62,5%). Большинство — 156 (75%) — специалистов уточняют у пациента или его родственников, принимают ли они какие-либо психотропные препараты, что особенно важно с учетом возможного лекарственного взаимодействия, развития нежелательных реакций, в том числе таких потенциально крайне опасных осложнений, как серотониновый синдром.

На наличие следов самоповреждений на коже пациента обращают внимание практически все специалисты — 205 (98,6%). Однако далеко не все они спрашивают подростка о происхождении этих повреждений — 184 (88,4%), и еще меньшее количество сообщает об увиденном законным представителям (родителям или опекунам) — 171 (82,2%). Кроме того, повреждения на теле ребенка могут быть вызваны жестоким или ненадлежащим обращением, о чем медицинские организации обязаны информировать органы внутренних дел [19], так что выяснение причины выявленных при осмотре явлений необходимо. Известно, что несуицидальное самоповреждающее поведение, не неся прямой угрозы жизни подростка, значительно увеличивает риск совершения суицидальной попытки [20]. Сочетание же свежих следов самоповреждений и сниженного настроения указывает на наличие суицидального риска и должно насторожить любого специалиста.

Тем не менее, лишь 36,1% (75 человек) респондентов спрашивают своих пациентов о суицидальных мыслях, намерениях и действиях. При этом лишь 53,3% из этих специалистов задают прямые вопросы: «Были ли у тебя мысли о смерти? Есть ли у тебя желание закончить свою

жизнь? Были ли у тебя попытки причинить себе вред? Когда у тебя возникают такие мысли/попытки?» В целом они составляют 19,2% (40) от всех опрошенных.

С учетом стажа работы специалисты, оценивавшие суицидальные риски у своих больных, распределились следующим образом (табл. 1).

При исследовании представленных выборок методом χ^2 (3×3 , $p < 0,05$) статистически значимых различий выявлено не было. Однако обращает внимание, что врачи со стажем работы 11–20 лет чаще, чем в других группах, обеспокоены суицидальным поведением своих больных и склонны задавать прямые вопросы пациентам.

Каким же образом врачи-педиатры оценивают суицидальное поведение своих пациентов? 12,9% врачей, участвовавших в исследовании, используют общеизвестные тесты и опросники, помогающие оценить тревогу и депрессию (шкалу депрессии Бека; HADS).

56% врачей-педиатров, заметив снижение настроения и следы самоповреждений на теле ребенка, спрашивают родителей: «Обычно родители сами рассказывают о таких мыслях у детей, об их поведении»; «Родителей спрашиваю прямо»; «Если есть подозрения — возможно задать вопрос родственникам, когда ребенок выйдет из кабинета». Следует принять во внимание, что в описываемой ситуации свидетельство родителей не может использоваться в качестве единственного или основного источника информации о суицидальном поведении подростка. Нередко родители до дня самоубийства не подозревают о суицидальных намерениях ребенка. Так, в одном из национальных исследований была показана низкая корреляция между сообщениями о суицидальных мыслях у детей и сообщениями их родителей, в случае же суицидальных действий она и вовсе отсутствовала [21]. Установлено, что в приватной беседе с врачом подростки в три раза чаще сообщают о своих суицидальных попытках, чем их родители [21]. Безусловно, информация, полученная от родителей, необходима, она существенно дополняет те сведения, которые сообщает ребенок, помогает установить доверительный контакт и оценить влияние микросоциального окружения. Но отрицание родителями суицидального поведения ребенка не свидетельствует о его отсутствии.

Итак, лишь 36,1% врачей-педиатров спрашивают подростка о суицидальных мыслях, намерениях и действиях, и только 19,2% делают это прямо. При этом подавляющее большинство врачей замечают и эмоциональное неблагополучие ребенка, и следы самоповреждений.

63,9% (133) опрошенных врачей-педиатров не затрагивают тему суицидального поведения. Свои опасения они объяснили следующим образом (табл. 2).

Прямые вопросы могут спровоцировать суицид — опасаются 89 (42,8%) врачей («Напрямую задать такой вопрос может быть опасно»; «Не хочу напоминать о возможности суицида»; «Боюсь навредить, а не помочь своими советами и расспросами»; «Чтобы такие мысли не появились. Зачем напоминать, что такое бывает, чтобы появились такие мысли? Психика очень ранима, дети

Таблица 1. Распределение специалистов, оценивавших суицидальный риск, по стажу работы

Table 1. Distribution of specialists evaluating suicidal risk according to years of service

Врачи-педиатры, чел. (%)	Стаж работы		
	≤ 10 лет	11–20 лет	> 20 лет
Общее количество	40 (100)	45 (100)	123 (100)
Насторожены относительно суицидального поведения	10 (25)	22 (48,9)	43 (35)
Задают прямые вопросы о суицидальном поведении	4 (10)	10 (22,2)	16 (13)

Таблица 2. Основные причины, по которым врачи-педиатры не задают вопросов о суицидальном поведении**Table 2.** Major causes why pediatricians do not ask questions about suicidal behavior

Врачи-педиатры, чел. (%)		Стаж работы			Всего
		≤ 10 лет	11–20 лет	> 20 лет	
Общее количество		40 (100)	45 (100)	123 (100)	208 (100)
Уточняют наличие суицидального поведения у пациентов		10 (25)	22 (48,9)	43 (35)	75 (36,1)
Не спрашивают о суицидальном поведении		30 (75)	23 (51,1)	80 (65)	133 (63,9)
Не спрашивают о суицидальном поведении	Прямые вопросы могут спровоцировать суицид	17 (42,5)	18 (40)	54 (43,9)	89 (42,8)
	Недостаточно навыка или умения задавать такие вопросы, трудности установления контакта с подростками	6 (15)	9 (20)	14 (11,4)	29 (13,9)
	Недостаточно времени на приеме	6 (15)	3 (6,7)	19 (15,4)	28 (13,5)
	Подобная тема может вызвать недовольство, агрессию и жалобы пациента и/или родственников	3 (7,5)	3 (6,7)	11 (8,9)	17 (8,2)
	Не входит в компетенцию	–	–	14 (11,4)	14 (6,7)
	Этические проблемы	8 (20)	–	–	8 (3,8)

очень внушаемы, особенно общаясь с врачом. Нельзя говорить напрямую»). Статистически значимых различий между группами с разным стажем работы выявлено не было.

2. Недостаточно навыка или умения задавать такие вопросы, трудности установления контакта с подростками: «Не нахожу правильных слов»; «Не могу сформулировать вопрос профессионально»; «Нет понимания, как правильно общаться с такими пациентами, боюсь усугубить ситуацию». Эту причину указали 29 (13,9%) врачей. Обращает на себя внимание, что недостаток навыка был выражен у специалистов с различным стажем работы с тенденцией к преобладанию у врачей со стажем 11–20 лет.

3. Недостаточно времени на приеме: «Не хватает времени для тактичного, спокойного разговора»; «Я спрашиваю о многом другом, на это не хватает времени». 28 (13,5%) специалистов считают это основной причиной. На данное обстоятельство ссылаются преимущественно врачи, проработавшие менее 10 или более 20 лет.

4. Подобная тема может вызвать недовольство, агрессию и жалобы пациента и/или родственников: «Страх негативной реакции или агрессии со стороны пациентов и родственников»; «Опасаюсь жалоб»; «Ожидание неадекватной реакции, недопонимания со стороны родителей и пациента». Опасения негативной реакции со стороны пациента и/или его родственников высказали 8,2% врачей.

5. Не входит в компетенцию: «Не относится напрямую к моей деятельности»; «Не в моей компетенции». 14 (6,7%) врачей-педиатров считают, что оценка эмоционального статуса и суицидального риска не входит в их компетенцию. Интересно, что все специалисты, ответившие подобным образом, работают в профессии более 20 лет. Отметим, что в рамках задач настоящего исследования не было возможности параллельно определить степень эмоционального выгорания врачей-педиатров в зависимости от стажа.

6. Этические проблемы: «Неэтично»; «Не лезу в личную жизнь своих пациентов» — 8 (3,8%) врачей рассматривают подобные вопросы как нарушающие приватность и неэтичные. Все они имели стаж работы менее 5 лет.

Лишь 144 (69,3%) специалиста готовы направить своих пациентов к психологу, а 107 (51,7%) — к психиатру.

В качестве основания для выбора дальнейшего маршрута большинство респондентов указывают свою оценку ситуации и реакцию родителей («Мое видение проблемы у данного пациента, адекватность пациента и родителей»; «Думаю, направление к психиатру вызовет отторжение у родственников»), наличие информации о бесплатных специалистах, личные контакты с соответствующими специалистами.

ОБСУЖДЕНИЕ

Резюме основного результата исследования

Подавляющее большинство опрошенных врачей-педиатров замечают внешние признаки суицидальной угрозы (сниженное настроение, следы самоповреждающего поведения), но избегают на приеме темы суицида. В качестве основных причин этого выявляются стигматизация сферы душевного здоровья и мифологизированные представления о проблеме, недостаток знаний и навыков для установления контакта с больным и его законными представителями, организационные препятствия, в частности недостаточное время приема, опасения жалоб со стороны родственников пациента, формальное отношение к своей деятельности, этические проблемы.

Ограничения исследования

В исследовании приняли участие только те педиатры, которые проявили интерес к опросу и заявленной теме суицидального поведения детей и подростков. Можно предположить, что мы не получили ответов от наименее вовлеченных в проблематику суицидов и потому проигнорировавших запрос на участие в исследовании педиатров. Таким образом, можно говорить об ограничении выборки, которое могло повлиять на результаты, и о том, что реальный уровень компетентности и навыков врачей-педиатров в области суицидального поведения детей и подростков может быть еще ниже.

Интерпретация результатов исследования

Предполагалось, что данное исследование окажется в большей степени интересно молодым врачам с небольшим практическим опытом и высоким уровнем тревоги. Однако результаты оказались совершенно противоположными: большинство респондентов имели стаж работы более 20 лет. Столь значительное количество врачей с большим стажем могло бы свидетельствовать о преоб-

ладании данной возрастной группы среди членов Союза педиатров, но более вероятно, что оно обусловлено накопившимся опытом работы с самыми разными, в том числе суицидальными, пациентами и значительно большим пониманием рисков своей работы и последствий неправильных действий врача.

Как показало исследование, знания и навыки врачей-педиатров могут быть недостаточными для осуществления эффективной профилактической работы в отношении суицидального поведения детей и подростков. Даже выявление педиатрами на осмотре признаков суицидальной угрозы (самоповреждения, сниженное настроение и др.) не позволяет проводить необходимые мероприятия — как из-за стигматизации сферы психического здоровья, так и из-за отсутствия необходимого обучения для понимания проблемы и возможности оказать своевременную помощь. Так, более 40% опрошенных не затрагивают тему суицида из-за опасения, что это может спровоцировать суицид. Основаниями для него служат случаи так называемых подражательных самоубийств, «эффект Вертера», а также всплеск самоубийств после появления в сети Интернет публикаций о суицидах знаменитостей. Однако результаты ряда научных исследований свидетельствуют, что использование деликатных, но прямых вопросов о суицидальных намерениях не только не ухудшает, но, напротив, улучшает состояние пациента. В частности, в 2005 г. в США было проведено рандомизированное контролируемое исследование по оценке ятрогенных рисков суицидальных опросов среди молодежи [21]. В исследовании участвовали более 2000 человек. Было установлено, что использование вопросов о суицидальных проявлениях не только не ухудшало общего состояния, настроения и не усиливало суицидальных проявлений, но, напротив, улучшало состояние тех молодых людей, у которых при проведении исследования были выявлены суицидальные проявления. Таким образом, исследование показало безопасность проведения скрининговых опросов на предмет выявления суицидальных проявлений у молодежи [22]. Похожее исследование было проведено в 2011 г. в Великобритании на 443 пациентах, страдающих депрессией [23]. В результате было подтверждено, что вопросы о наличии суицидальных идей, задаваемые врачом общей практики, не приводят к усилению депрессии, а также к появлению или усугублению суицидальных переживаний [23]. Это подтверждается данными исследования 2014 г., в котором прямые вопросы, направленные на оценку суицидального риска и самоповреждений, не ведут к усилению суицидальных идей и самоповреждающих действий [24].

Лишь половина опрошенных нами педиатров готова направить пациента с риском суицидального поведения к психиатру — в первую очередь из-за опасений негативной реакции со стороны родственников, что свидетельствует о сохраняющейся стигматизации психиатрии [15].

Важно отметить, что действующий федеральный государственный образовательный стандарт подготовки врачей-педиатров [25, 26] предусматривает соответствующие компетенции у выпускников и практикующих специалистов. Так, в перечне универсальных компетенций выпускников обозначена способность применять современные коммуникативные технологии, к трудовым действиям врача-педиатра отнесена «оценка клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи детям», а к трудовым умениям — «устанавливать контакт с ребенком, родителями (законными представителями)» и «обосновывать необходимость направления детей на консультацию

к врачам-специалистам». Однако выбор программ повышения квалификации, в том числе в рамках периодической аккредитации, во многом определяется не только представлениями и осознаваемыми потребностями конкретного врача-педиатра, но и профессиональным мировоззрением организаторов здравоохранения, т.е. руководителей медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению.

Вероятно, одним из существенных барьеров в формировании практических навыков эффективной коммуникации с подростком, имеющим риск суицидального поведения, является стигматизация детской психиатрии. Профессиональные установки врачей-педиатров на отдельное существование соматического и психического здоровья у детей блокируют интерес к смежной области деятельности и получение современной информации. Сохранение искаженного представления о границах компетенций, мифов о детской психиатрии и службе детского психического здоровья ставят под угрозу своевременность и доступность специализированной помощи детям с суицидальным поведением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первичная профилактика суицидального поведения невозможна без вовлечения врачей-педиатров. Однако, как показало исследование, этому препятствуют недостаточная компетентность врачей в сфере коммуникаций с пациентом и его семьей, низкий уровень профессиональных представлений о проблеме суицида в разрезе клинических проявлений, выявления и маршрутизации. Повышение компетентности врачей педиатрической службы должно быть направлено на демифологизацию области психического здоровья, повышение уровня знаний и формирование практических навыков в работе с детьми, имеющими психические расстройства и расстройства поведения, в частности для выявления и оценки рисков суицидального поведения. Маршрутизация пациентов с суицидальным поведением, которую определяет врач-педиатр на приеме, также во многом зависит от уровня информированности, степени лояльности детской психиатрии и понимания им роли семьи в соблюдении дальнейших рекомендаций. Построение эффективной коммуникации с семьей больного ребенка требует развития отдельных знаний и навыков. Требование быть способным и иметь профессиональную готовность к установлению контакта с семьей пациента, к формированию так называемого семейно-ориентированного подхода в педиатрии обуславливает необходимость включения соответствующих разделов в базовую подготовку врачей-педиатров.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

FINANCING SOURCE

Not specified.

РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

DISCLOSURE OF INTEREST

Not declared.

ORCID

А.Я. Басова

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

М.А. Бебчук

<https://orcid.org/0000-0001-7976-0800>

Н.В. Устинова

<https://orcid.org/0000-0002-3167-082X>

Л.С. Намазова-Баранова

<http://orcid.org/0000-0002-2209-7531>

Е.А. Вишнева

<https://orcid.org/0000-0001-7398-0562>

К.Е. Эфендиева

<https://orcid.org/0000-0003-0317-2425>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498>. Accessed on March 5, 2021.
2. WHO. Suicide. In: World Health Organisation. 17 June 2021. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Accessed on July 04, 2022.
3. Hawton K, Houston K, Shepperd R. Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners' and medical records. *Br J Psychiatry*. 1999;175:271–276. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.175.3.271>
4. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др. Смертность российских подростков от самоубийств. — ЮНИСЕФ; 2011. — 133 с. [Ivanova AE, Sabgaida TP, Semenova VG, et al. *Smertnost' rossiiskikh podrostkov ot samoubiistv*. UNICEF; 2011. 133 p. (In Russ).]
5. Thomas R. Massive concern' over rise in suicidal children during pandemic, major NHS care provider warns. In: *Independent*. February 09, 2022. Available online: <https://www.independent.co.uk/news/health/suicidal-children-nhs-care-covid-b2011075.html>. Accessed on April 22, 2022.
6. Luciano L. Schools face rise in suicides during pandemic: "So many kids are hurting". In: CBS News. April 07, 2022. Available online: <https://www.cbsnews.com/news/student-suicides-covid-pandemic-mental-health/>. Accessed on April 22, 2022.
7. Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, et al. Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med*. 2007;5(5):412–418. doi: <https://doi.org/10.1370/afm.719>
8. National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide (NCISH) Annual Report 2015. In: *Healthcare Quality Improvement Partnership*. July 22, 2015. Available online: <https://www.hqip.org.uk/resource/national-confidential-inquiry-into-suicide-and-homicide-ncish-annual-report-2015/>. Accessed on March 02, 2020.
9. Calman N, Little V. New York health center taps into EHRs' role in lifesaving. Available online: <https://www.integration.samhsa.gov/about-us/esolutions-newsletter/suicide-prevention-in-primary-care>. Accessed on February 07, 2020.
10. Reed J. Primary Care: A Crucial Setting for Suicide Prevention. Available online: <https://www.integration.samhsa.gov/about-us/esolutions-newsletter/suicide-prevention-in-primary-care>. Accessed on February 07, 2020.
11. Younes N, Chee CC, Turbelin C, et al. Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2013;14:68. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-68>
12. Басова А.Я., Северина Ю.В., Залманова С.Л. Суицидальное поведение в практике врача-интерниста. Экстренная и неотложная помощь. Неврология. Психиатрия. Отдельные реанимационные состояния: учебник. — М.; 2021. — С. 134–154. [Basova AY, Severina YuV, Zalmanova SL. *Suitsidal'noe povedenie v praktike vracha-internista. Ekstrennaya i neotlozhnaya pomoshch'. Nevrologiya. Psikhatriya. Otdel'nye reanimatsionnye sostoyaniya*: Textbook. Moscow; 2021. pp. 134–154. (In Russ).]
13. Bryan CJ, Corso KA, Rudd MD, Cordero LC. Improving identification of suicidal patients in primary care through routine screening. *Prim Care Community Psychiatr*. 2008;13(4):143–147. doi: <https://doi.org/10.1080/17468840802168268>
14. Ritter K, Chaudhry HR, Idemudia E, et al. Suicide motives and culture: degree of modernization, response behaviour and acceptance. *Prim Care Community Psychiatr*. 2008;69–76.
15. WHO. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Accessed on March 05, 2021.
16. Michail M, Tait L. Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009654. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009654>
17. Saini P, Windfuhr K, Pearson A, et al. Suicide prevention in primary care: General practitioners' views on service availability. *BMC Res Notes*. 2010;3:246. doi: <https://doi.org/10.1186/1756-0500-3-246>
18. Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, et al. Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. *Ment Health Fam Med*. 2008;5(4):229–235.
19. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 июня 2021 г. № 664н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел в случаях, установленных пунктом 5 части 4 статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated June 24, 2021 No. 664n "Ob utverzhdenii Poryadka informirovaniya meditsinskimi organizatsiyami organov vnutrennikh del v sluchayakh, ustanovlennykh punktom 5 chasti 4 stat'i 13 Federal'nogo zakona "Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii" (In Russ).] Доступно по: <http://ivo.garant.ru/#/document/402637218/paragraph/1:0>. Ссылка активна на 05.07.2022.
20. Becker M, Correll CU. Suicidality in Childhood and Adolescence. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;117(15):261–267. doi: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0261>
21. Zalsman G, Shoval G, Mansbach-Kleinfeld I, et al. Maternal versus adolescent reports of suicidal behaviors: a nationwide survey in Israel. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(12):1349–1359. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0862-1>
22. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, et al. Evaluating iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2005;293(13):1635–1643. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.293.13.1635>
23. Crawford M, Thana L, Methuen C, et al. Impact of screening for risk of suicide: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatr*. 2011;198(5):379–384. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083592>
24. Eynan R, Bergmans Y, Antony J, et al. The effects of suicide ideation assessments on urges to self-harm and suicide. *Crisis*. 2014;35(2):123–131. doi: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000233>
25. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 августа 2020 г. № 965 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования — специалитет по специальности 31.05.02 Педиатрия». [Order of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation dated August 12, 2020 № 965 "Ob utverzhdenii federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta vysshego obrazovaniya — spetsialitet po spetsial'nosti 31.05.02 Peditriya". (In Russ).] Доступно по: <https://base.garant.ru/74561322/>. Ссылка активна на 07.07.2022.
26. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 марта 2017 г. № 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый». [Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation dated March 27, 2017 № 306n "Ob utverzhdenii professional'nogo standarta "Vrach-pediatr uchastkovy". (In Russ).] Доступно по: <https://base.garant.ru/71658254/>. Ссылка активна на 07.07.2022.

Приложение 1

Тема письма: Письмо-приглашение к участию в опросе с разъяснениями целей и задач для целевой аудитории.

«Предотвращение суицидов, в особенности у подрастающего поколения, остается одной из актуальнейших проблем нашего общества. С помощью этого опросника мы постараемся узнать, готовы ли детские врачи говорить о суицидальных мыслях и намерениях с детьми и подростками, знают ли они, как это делать, и делают ли в рамках своих приемов. Полученные в ходе анкетирования данные будут полностью обезличены (деперсонализированы), риск публичной огласки исключен. Результаты будут суммированы с данными других респондентов, полученными в исследовании, проанализированы и, возможно, опубликованы в научной медицинской литературе в обобщенном виде».

Приложение 2

ОПРОСНИК

1. Ваш стаж работы врачом?

☐ Менее 1 года	☐ 1–3 года	☐ 4–5 лет	☐ 6–10 лет	☐ 11–20 лет	☐ Более 20 лет
---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------
2. Оцениваете ли Вы эмоциональный статус своих пациентов?

☐ Да	☐ Нет	☐ Не могу ответить
-----------------------------	------------------------------	---
3. Если да, то как Вы это делаете?

☐ Оцениваю внешний вид, голос и т.п.	☐ Задаю вопросы о настроении во время осмотра
☐ Использую тесты/опросники	☐ Спрашиваю родителей и других родственников ребенка
☐ Другое	
4. Применяете ли Вы антидепрессанты в своей практике?

☐ Да	☐ Нет	☐ Затрудняюсь ответить
-----------------------------	------------------------------	---
5. Уточняете ли Вы у пациентов или их родственников, принимают ли Ваши больные какие-либо психотропные препараты, в том числе антидепрессанты?

☐ Да	☐ Нет	☐ Затрудняюсь ответить
-----------------------------	------------------------------	---
6. Обращаете ли Вы внимание на наличие следов самоповреждений на теле пациента?

☐ Да	☐ Нет
-----------------------------	------------------------------
7. Если да, расспрашиваете ли Вы пациента о замеченных следах самоповреждений?

☐ Да	☐ Нет	☐ Затрудняюсь ответить
-----------------------------	------------------------------	---
8. Сообщаете ли Вы родственникам пациента о наличии следов самоповреждений на теле ребенка?

☐ Да	☐ Нет	☐ Затрудняюсь ответить
-----------------------------	------------------------------	---
9. Спрашиваете ли Вы своих пациентов о суицидальных мыслях/планах/поведении?

☐ Да	☐ Нет	☐ Затрудняюсь ответить
-----------------------------	------------------------------	---
10. Если да, то как Вы это делаете?

☐ Задаю прямые вопросы	☐ Использую тесты/опросники
☐ Расспрашиваю родителей	☐ Другое
11. Если нет, то почему?
 Ответ _____
12. Если да, то какие вопросы Вы задаете?
 Ответ _____
13. Если да, то какие тесты/опросники Вы используете?
 Ответ _____
14. Как Вы считаете, могут ли такие вопросы спровоцировать суицид?

☐ Да	☐ Нет	☐ Затрудняюсь ответить
-----------------------------	------------------------------	---
15. Сообщаете ли Вы родственникам ребенка о его депрессивных переживаниях, самоповреждающем поведении, суицидальных проявлениях?

☐ Да	☐ Нет	☐ Затрудняюсь ответить
-----------------------------	------------------------------	---
16. Какие факторы определяют, сообщите ли Вы родственникам о самоповреждающем поведении или суицидальных намерениях подростка?
 Ответ _____
17. Направляете ли Вы своих пациентов на консультацию к психиатру/психологу/психотерапевту?

☐ Да, к психологу	☐ Да, к психотерапевту	☐ Да, к психиатру	☐ Нет
--	---	--	------------------------------
18. Какие факторы влияют на Ваш выбор специалиста?
 Ответ _____