

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
16 июля 2009 г.
Регистрационный № 077-0709

**ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
(для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов,
психологов здравоохранения)**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. Е.В. Ласый, канд. мед. наук И.И. Хвостова,
канд. мед. наук С.В. Давидовский

Минск 2009

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение (СП) представляет собой актуальную этическую, моральную, социальную и медицинскую проблему. Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн человек во всем мире, включая 163 тыс. в Европейском регионе. По данным ВОЗ, самоубийство является 13-й по счету причиной смерти во всем мире, а в возрастном диапазоне 15–35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий. Предположительно в 10–20 раз большее число людей совершает суицидальные попытки, что выдвигает эту форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности в мире. Уровень суицидов в Республике Беларусь в 2008 г. составил 27,5/100000. Для РБ характерны определенные демографические закономерности распространенности суицидов, которые могут определять группы риска и стратегии профилактических вмешательств: уровень суицидов примерно в 6 раз выше в мужской популяции, чем в женской; в сельской местности в 2,6 раза выше, чем в городе (50,3 и 19,2 /100000 в 2008 г.); выше в подгруппах населения старше 50 лет. В то же время темпы прироста уровня суицидов выше в подгруппе населения до 30 лет. Профилактика суицидального поведения представляет собой важную социальную задачу, осуществление которой возможно только при интеграции усилий множества ведомств в единую превентивную стратегию. Хотя ведущими являются социально-психологические факторы риска, наличие психического расстройства значительно увеличивает риск суицидального поведения, что делает крайне актуальной для врачей психиатров, психотерапевтов, психологов проблему оценки суицидального риска и профилактики суицидального поведения.

КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицидальное поведение — аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явным или скрытым намерением смерти.

С точки зрения клинической практики СП принято подразделять на **внутренние** и **внешние** формы.

Внутренние формы:

- *Антивитальные переживания* — размышления об отсутствии ценности жизни без четких представлений о своей смерти.
- *Пассивные суицидальные мысли* — фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни.
- *Суицидальные замыслы* — разработка плана суицида.
- *Суицидальные намерения* — решение к выполнению плана.

Внешние формы:

- *Самоубийство (суицид)* — намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.

- **Суицидальная попытка (парасуицид)** — не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий.

- **Прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид)** — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения внешними обстоятельствами (например, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение: человека «сняли» с рельсов до прохода поезда, прервали акт самоповешения и т. п.).

- **Абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид)** — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения непосредственно самим субъектом.

В настоящее время считается рискованным деление СП на «истинное» и «демонстративно-шантажное» вследствие высокой вероятности гиподиагностики серьезных суицидальных намерений и принятия их за манипулятивные. Объективная оценка степени суицидальных интенций часто затрудняется следующими обстоятельствами:

- *диссимуляция* пациентом истинных намерений поступка (например, из-за опасения госпитализации в психиатрическую больницу или социального осуждения);

- *защитное поведение* пациента (неосознаваемые психологические защиты), например, диссоциативная амнезия обстоятельств поступка и его мотивов; декларация манипулятивных намерений при явно противоречащих им тяжелых последствиях попытки и др.;

- неадекватные представления пациента (завышенные или заниженные) о *степени летальности* избранного способа парасуицида. Это характерно для действий детей, подростков или лиц с тяжелыми психическими расстройствами;

- недоучет пациентом *случайных внешних обстоятельств* (например, вмешательство посторонних).

Эти и другие обстоятельства приводят к тому, что далеко не всегда **степень травматичности** суицидального акта соответствует его **мотивам**. Кроме того, использование терминов «демонстративный», «шантажный», «манипулятивный» вносит морализаторский, осуждающий оттенок, что может оказать негативное влияние на процесс терапевтических отношений специалиста и пациента.

Из сферы СП принято исключать:

- *Несчастные случаи*:

- 1) случайные, т. е. не намеренные самоповреждения и передозировки. Например, пациент кулаком разбил окно, повредив при этом предплечье, с целью ухода из отделения (а не самоповреждения); случайная передозировка психоактивных веществ (ПАВ) и пр.

2) самоповреждения лиц, которые не могли понимать значение или последствия своих действий из-за высокой степени слабоумия или тяжёлого психического расстройства **на момент поступка**. Например, в состоянии психоза пациент принял балконную дверь за выход из помещения; в контексте бредовых переживаний пациент пытался «остановить» транспортный поток «энергетическим» воздействием, для чего вышел на проезжую часть и пр.

• *Привычную аутоотравматизацию (ПА)*. Намеренное самоповреждение, не связанное с идеей смерти и суицида. Основные характеристики такого поведения: многократная повторяемость; компульсивная потребность в самоповреждении с нарастанием напряжения и дискомфорта; облегчение после реализации действия, часто смешанное с чувством вины, осознанием неадекватности поступка; стремление скрыть от посторонних следы самоповреждений; обычная локализация самоповреждений — кожа груди, живота, предплечий, нижних конечностей; отсутствие субъективной трактовки поступка как суицидального акта. ПА часто сочетается с суицидальными действиями и вместе с ними может являться признаком серьёзной личностной патологии (например, пограничного расстройства личности).

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Современные подходы профилактики суицидальных действий базируются на модели «суицидального процесса». Суицидальные действия представляют собой один из вариантов поведенческих реакций человека в состоянии психологической дезадаптации, которая проявляется широкой гаммой переживаний — как психологически понятных, так и патологических. Для любой категории пациентов существует ряд общих закономерностей развития суицидальной активности. Суицидальный акт рассматривается как результат взаимодействия многочисленных «базовых» факторов риска (ФР) друг с другом и с «триггерными» (пусковыми) факторами, связанными с кризисной ситуацией и субъективной переработкой индивидом ее значимости для него. К базовым ФР относят множество переменных социального, демографического, религиозного, этнического, психологического, семейного и биологического характера. Соответственно этим ФР можно выделить группы риска суицида (например, «мужчины старше 45 лет»; «люди, страдающие биполярным аффективным расстройством (БАР)» и др.). Тем не менее, базовые факторы носят лишь вероятностный характер; принадлежность к группе риска не обозначает обязательного «вердикта». Риск значительно усиливается при интеграции нескольких ФР (например, «мужчина после 45 лет, проживающий в одиночестве, страдающий рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) и зависимостью от алкоголя»). Но для «запуска» суицидальных действий необходим триггерный фактор, которым, как правило, является *конфликт или кризис*. Обычно внутренней составляющей этого кризиса является

утрата (или возможность утраты) значимого объекта. Примеры: смерть близкого человека; развод (отделение) или его перспектива; утрата работы или социального статуса; утрата здоровья (постановка диагноза тяжелого соматического или психического расстройства, социальная и физическая беспомощность в результате заболевания и пр.); утрата безопасности (реальные угрозы или бред преследования) и др. Степень дезадаптации зависит от взаимодействующих базовых ФР и силы триггера. Пусковые факторы обладают определенной степенью специфичности для конкретного индивидуума, что зависит от ряда его характеристик (личностные черты, особенности социальной ситуации, возраст и пр.). Многочисленные ситуации *межличностных конфликтов* являются источниками дезадаптирующих эмоций *страха, вины и стыда* и симптомокомплекса *депрессии*, которые, как правило, лежат в основе суицидальных мотиваций. На субъективном уровне «пресуицидальное» состояние воспринимается через призму *беспомощности, безнадежности и невозможности альтернативного выхода*. Когнитивная составляющая суицидального восприятия ситуации характеризуется также *когнитивным сужением* («никого выхода нет») и *дихотомическим мышлением* («все или ничего»). Таким образом, СП можно рассматривать как дезадаптивный способ совладания с кризисной ситуацией в субъективном восприятии индивида.

МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Содержание кризиса, характер пускового конфликта, а также то, как он воспринимается индивидуумом, во многом определяют мотивы и смыслы суицидальных действий. Независимо от разнообразия психосоциальных ситуаций, предшествующих суицидальным действиям, мотивы достаточно универсальны.

- ***Крик о помощи», призыв.*** Мотив и смысл суицидального акта (как правило, это суицидальная попытка) — обретение помощи. В представлении страдающего человека иные способы обратить на себя внимание кажутся не столь действенными. При этом индивид действительно может находиться в «невнимательном», игнорирующем окружении либо не использует более адекватных средств предъявления своих потребностей.

- ***Протест, месть, наказание «значимого другого».*** Движущими эмоциями суицидального акта (как попытки, так и суицида) в данном случае являются стыд, гнев и обида. Суицидальные действия могут стать как формой наказания обидчика, который либо сильнее, либо слишком уважаем и любим пострадавшим индивидуумом, так и способом принуждения его изменить свое поведение.

- ***Самоповреждение как избежание непереносимой жизненной ситуации.*** Суицидальная попытка или суицидальные угрозы могут стать мощным оружием, вызывающим чувство вины и страх у людей, эмоционально значимых для данного индивида. Примеры можно найти в различных сферах межличностных и социальных отношений: попытка сохранить партнерские отношения; облегчение условий содержания

заклученного после самоповреждения; изменение финансовых притязаний кредитора и другие ситуации. С разной степенью осознанности суицидальный акт может использоваться как средство манипуляции другими. Причем степень его опасности для индивида может оставаться весьма высокой.

- **Смерть как избежание страдания.** В субъективном представлении человека, страдающего душевной болью и/или тяжелым соматическим недугом, смерть часто представляется как способ прерывания мучений. Например, индивиду в состоянии депрессии жизнь представляется бесперспективной, мучения — бесконечными, собственное «Я» — никчемным, окружающий мир — злым и наказывающим.

- **Наказание себя.** Одна из важнейших человеческих эмоций, воспитываемых социумом с раннего возраста — это эмоция вины. Функции вины — сдерживание человеческой гетероагрессии и стимуляция сочувствия. Однако очень часто чувство вины гипертрофировано и не соответствует реальным поступкам человека. Чувство вины усиливается в случае переживания потери и горя, в состоянии депрессии. Неадаптивный способ «облегчения» чувства вины — самонаказание, в т.ч. с помощью суицидальных актов.

- **Жертвоприношение.** Мотив обусловлен бессознательной фантазией аннулировать последствия некоего действия (реального или фантазийного), вызывающего чувство вины, или альтруистическим желанием «спасти» кого-либо (умершего или страдающего). В жертвоприношении работает неосознаваемая и идущая из раннего детства фантазия о собственном всемогуществе.

- **Воссоединение.** Мотив, исходящий из фантазии о воссоединении с любимым человеком после смерти. Такие представления могут становиться актуальными при переживании тяжелой утраты.

Как правило, суицидальный акт движется более чем одним мотивом. Например, депрессивный пациент может испытывать как потребность в самонаказании, так и в демонстрации своего страдания с целью поиска помощи. Такие мотивы как «крик о помощи», протест, избежание непереносимой ситуации чаще просматриваются при анализе мотиваций парасуицидов, а наказание себя, жертвоприношение, избежание страдания — при исследовании мотивов суицидов. Тем не менее, четкой границы провести невозможно: часто суицид («завершенное самоубийство») может носить характер протеста и практически всегда оказывает сильнейшее воздействие на других людей, а суицидальная попытка может быть способом самонаказания или «трансформации» страдания или быть «незавершенной» попыткой воссоединения.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

ФР суицида — это характеристики, которые имеют тенденцию к регулярному повторному обнаружению в исследованиях на больших

выборках людей, совершивших суицид. Группы населения, различающиеся по ряду статистических показателей (социально-демографических, экономических, медицинских и др.), имеют разные уровни суицидов. ФР являются понятиями вероятностными, и их предиктивная сила носит относительный характер. Иными словами, суицид может произойти и при отсутствии даже одного из факторов. Тем не менее, их значимость усиливается при интеграции множества факторов.

К основным ФР принято относить социально-демографические, биографические, медицинские, индивидуально-психологические и др.

Социально-демографические факторы суицидального риска

Пол. Уровень суицидов у мужчин в 3–6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток несколько выше среди женщин.

Возраст. Уровень суицидов в популяции увеличивается с возрастом, и достигает максимума после 45 лет. Максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст — 20–29 лет.

Семейное положение. Уровень суицидов выше среди лиц, не состоящих в браке, разведенных, вдовых, бездетных и проживающих в одиночестве.

Профессиональный статус. Нарушение профессионального стереотипа (потеря работы, выход на пенсию, статус безработного) ассоциируются с увеличением риска суицида.

Религия. Уровни суицидов выше среди атеистов по сравнению с верующими. Среди основных конфессий максимальные уровни суицидов регистрируются у буддистов, минимальные — у мусульман; христиане и индуисты занимают промежуточное положение.

Медицинские факторы суицидального риска

Психическая патология. Психические расстройства являются серьезнейшим ФР суицида. Самые частые среди них — расстройства настроения (РН), расстройства личности (РЛ) и зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), шизофрения. Риск суицида значительно усиливается при сочетании ряда психопатологических синдромов (например, депрессии и зависимости от ПАВ и др.) или психического расстройства и соматического заболевания.

Депрессия. По мнению ряда исследователей, умеренный или тяжелый депрессивный эпизод предшествует 45–70% суицидов. Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, является очень высоким (8–30%) независимо от характера и течения расстройства. Однако ряд клинических особенностей депрессии может ассоциироваться с исключительно высоким риском самоубийства: депрессивный или смешанный эпизод в клинике БАР, особенно II типа; частые смены фаз (4 и более фаз/год); переход от мании к депрессии; коморбидность депрессии с зависимостью от ПАВ; сочетание депрессии с тревогой; восстановление физической активности до улучшения настроения в процессе лечения антидепрессантами.

Синдром зависимости от алкоголя. От 10 до 22% умирающих в результате суицида страдают алкогольной зависимостью. Уровни суицидов в выборках зависимых от алкоголя достигают 270/100000, что почти в 20 раз превышает показатели в общей популяции (14–17/100000). Увеличение риска связано с принадлежностью к мужскому полу, возрастом после 40 лет, агрессивным и импульсивным поведением, коморбидностью с другими психическими расстройствами, особенно с депрессией.

Синдром зависимости от опиатов. Уровень суицидов в выборках героиновых наркоманов колеблется в диапазоне 82–350/100000. Увеличение риска в отличие от алкоголизма не зависит от пола и ассоциировано с молодым возрастом до 40 лет, коморбидностью с РЛ и депрессией, состоянием синдрома отмены.

Шизофрения. Риск суицида в этой группе пациентов составляет 10–12%, а уровень суицидов колеблется от 147 до 752 на 100000 пациентов в год. Увеличение риска коррелирует со следующими клиническими особенностями: возраст до 40 лет; высокая критичность по отношению к болезни; низкий уровень негативной симптоматики; депрессивная симптоматика; вербальные императивы; интенсивная тревога и страх; бредовые идеи виновности; коморбидность (зависимость и др.); первая декада болезни; паркинсонизм и акатизия; частые короткие госпитализации в течение года; первые 7–10 дней после выписки из стационара.

Расстройства личности. Максимальный риск СП (3–9%) связан с эмоционально-неустойчивым РЛ (ЭНРЛ), для которого характерна эмоциональная лабильность, напряженные межличностные отношения, смены идеализации и обесценивания объекта привязанности, импульсивность, чувство «опустошенности» и «бессмысленности», дихотомическое мышление и пр. Характерно то, что ЭНРЛ часто сочетается с РН и зависимостью от ПАВ. Сочетание этих трех клинических состояний является сильнейшим предиктором СП.

Другие психические расстройства. Высокий суицидальный риск может быть ассоциирован с такими расстройствами, как нервная анорексия, паническое расстройство, расстройства, связанные со стрессом и др. Как правило, предиктором суицида является не диагноз, а клиническое состояние пациента, психопатологический синдром, регистрируемый на данный момент (см. «Оценка суицидального риска»).

Соматическая патология

Связь между соматической патологией и СП очень велика. По данным исследований, примерно 70% людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Группу повышенного суицидального риска составляют лица с *тяжелыми хроническими заболеваниями*. Кроме физических страданий или хронического болевого синдрома данные заболевания приносят массу негативных социально-психологических последствий для пациента. В связи с этим соматические заболевания *часто сочетаются с депрессией*.

Наибольший риск суицида связан со следующими состояниями: эпилепсия; онкологическая патология и заболевания органов кроветворения; сердечно-сосудистые заболевания (ИБС); заболевания органов дыхания (астма, туберкулез); врожденные и приобретенные уродства; потеря физиологических функций; ВИЧ-инфекция; состояния после тяжелых операций и трансплантации донорских органов и тканей; искусственная почка.

Постоянный прием определенных *лекарственных препаратов* может усугублять состояние депрессии у больных хроническими заболеваниями. К таким медикаментам относятся: препараты раувольфии и другие гипотензивные средства, блокаторы адренергических рецепторов, кортикостероиды, противоопухолевые и антигистаминные средства.

Биографические факторы суицидального риска

Суицидальные попытки в анамнезе

Наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее значимых ФР суицида и повторного парасуицида. Около 30–40% лиц, совершивших суицидальные попытки, предпринимают повторные суицидальные действия. Риск повтора суицидальной попытки наиболее высок в течение 3 месяцев после первой.

Суицидальное поведение биологических родственников

Среди биологических родственников людей, совершающих суицидальные действия, уровень суицидов выше, чем в общей популяции. Это связано с закономерностями наследования психических расстройств, а также определенных поведенческих особенностей личности (импульсивность).

Суицидальное поведение «значимых других»

В некоторых случаях большое значение имеет *копирование поведения эмоционально значимых лиц* (родных, партнеров, кумиров массовой культуры и др.). Поведение посредством моделей характерно для детей, подростков, членов религиозных сект.

Другие анамнестические факторы риска

Среди других биографических факторов риска часто выделяют наличие психической патологии у близких родственников, смерть близких родственников в возрасте пациента до 13 лет, систематическое насилие со стороны родных и близких в возрасте до 13 лет и др.

Индивидуально-психологические факторы риска

Данные факторы отражают не столько риск СП, сколько вероятность сниженной толерантности личности к эмоциональным нагрузкам. К ним относят следующие личностные особенности: эмоциональная неустойчивость, в т.ч. в период возрастных кризов (пубертатный, инволюционный); импульсивность; эмоциональная зависимость; заниженная или завышенная самооценка; максимализм и категоричность; сильно

выраженное желание достижения целей; низкая способность к вытеснению травмирующего фактора; тревожность и гипертрофированное чувство вины.

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Основным «инструментом» оценки суицидального риска является клиническое интервью с пациентом, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц и из медицинской документации. Процесс общения с пациентом носит субъективный характер. В связи с этим в диагностике суицидального риска особое значение имеют следующие компоненты:

- Особенности терапевтической коммуникации и проведения клинического интервью.
- Отслеживание контрпереносных реакций — чувств, мыслей и поведенческих реакций врача или психолога, возникающих в процессе коммуникации с пациентом и потенциально могущих оказать прямое или косвенное влияние на поведение пациента, терапевтические отношения и адекватность оценки суицидального риска специалистом.
- Объективная клиническая и социально-психологическая оценка состояния и поведения пациента специалистом.

Анализ полученной информации используется для прогноза суицидального риска и планирования тактики терапевтических мероприятий.

Терапевтические коммуникации

Клиническое интервьюирование пациента с потенциальным риском СП проводится в соответствии с общими правилами проведения психиатрического интервью. Во многом его техника базируется на методах, разработанных в практике психоаналитической психотерапии. Стандартные техники психиатрической коммуникации включают в себя открытые и прямые вопросы, фасилитацию пациента к развитию высказанной мысли, демонстрацию поддержки и включенности специалиста, эмпатическое принятие чувств пациента, отражение специалистом части сказанного пациентом, молчание, прояснение информации, конфронтацию противоречивых посланий пациента, суммирование, интерпретацию.

Особенности депрессивного и суицидально настроенного пациента:

- Депрессивный статус связан с понижением социальной и бытовой продуктивности индивида, низкой самооценкой, жалобами на беспомощность, невербальными проявлениями сниженного настроения и т. д. Независимо от осознаваемого желания «никому не мешать» такие пациенты *бессознательно требуют к себе повышенного внимания окружающих.*
- В результате этого в сферу оказания помощи вовлекается *широкий круг лиц* (семья, специалисты помогающих профессий и др.).
- Повышенное внимание, оказываемое депрессивному пациенту/родственнику, может *ограничивать удовлетворение потребностей вовлеченных в этот круг людей.*

- Депрессивные и суицидальные жалобы и соответствующие невербальные проявления могут вызывать *сильную тревогу и напряжение у близких пациента и помогающих специалистов.*

- Часто эмоциональная недоступность пациента, отсутствие позитивной динамики в терапии, жалобы пациента на «бесполезность помощи», повторяющиеся суицидальные знаки *вызывают у лиц, вовлеченных в процесс коммуникации, чувство отчаяния и бесперспективности* терапии.

- Депрессивные симптомы и суицидальные проявления могут сочетаться с *явно демонстрируемой неприязнью или враждебностью к окружающим*, что вызывает у них соответствующие реакции.

Особенности суицидального контекста:

- Суицидальное поведение — не «эндогенный» симптом, а **событие, происходящее в поле человеческих отношений**. Суицидальный акт хоть и является проявлением воли индивида, но триггерами обычно бывают напряженные межличностные отношения. По меткому выражению психоаналитика Пауля Федерна, «Только тот, смерти которого желают другие, убивает себя».

- Независимо от мотивов и исходов **суицидальный акт является сильнейшим способом воздействия** на других людей. Именно поэтому суицидальное поведение часто воспринимается как манипуляция и шантаж.

- Суицид всегда **имеет адресацию к «значимым другим»**: родитель, партнер, врач, учитель и др.

- Независимо от мотивов и исходов суицидальный акт имеет отсылку к **смерти и общечеловеческому страху, с нею связанному**.

Особенности проведения клинического интервью

- **Неотложность**. Оказание психологической и медицинской помощи в случае потенциального риска суицида необходимо начинать при первом контакте с пациентом. Клиническое интервью не может быть «отложено».

- **Эмпатия** — это способность определить особенности эмоционального состояния другого человека, поставить себя на его место и сопереживать ему. Эмпатия подразумевает сопереживание, но не психологическое «слияние» с пациентом.

- **Искренность**. Неискренность, которую может позволить себе специалист, проявляется невербально и достаточно легко «прочитывается» пациентом. Это нарушает коммуникацию и разрушает терапевтический альянс. В то же время искренность не подразумевает раскрытия тех зон чувств и мыслей специалиста, которые не имеют отношения к пациенту.

- **Избежание моральных оценок**. Тема суицида нагружена моральным, нравственным и религиозным контекстом. Распространенной общечеловеческой оценкой суицидального акта является осуждение либо того, кто его совершил, либо кого-то из его окружения («поиск виноватого»). Смысл клинического интервью заключается в профессиональной безоценочной помощи пациенту.

- **Разделение ответственности**. Специалист несет ответственность за адекватное и своевременное оказание помощи пациенту, оценку

суицидального риска, диагностику тяжести психического расстройства, предоставление рекомендаций пациенту и его родственникам. Специалист не может нести ответственность за результат терапевтических мероприятий. Иными словами, при адекватном выполнении названных выше обязанностей, специалист не может быть ответственным за совершение суицидальных действий пациентом. Начиная с первого интервью, ответственность необходимо разделить между пациентом, близкими ему людьми и помогающими специалистами.

- **Избежание невыполнимых обещаний.** В коммуникации с пациентом рекомендуется придерживаться принципа реальности. Человек в критической ситуации часто склонен идеализировать фигуру помогающего специалиста и переоценивать его возможности (например, наделять образ специалиста способностью «излечить» от психического расстройства). Необходимо определить границы своих возможностей и проинформировать пациента о них.

- **Избежание принятия решений «вместо» пациента.** Специалист может помочь адаптации пациента в условиях кризиса, переживанию негативных чувств, принятию утраты, формулировке жизненных планов, следованию плану лечения. Но специалист не может изменить саму ситуацию (например, «вернуть» ушедшего или умершего) или знать, какие жизненные решения будут «правильными» для пациента. Способ адаптации и конкретные решения пациент выбирает и принимает самостоятельно.

- **Нейтральность к психопатологии.** В обязанности психиатра, психотерапевта и клинического психолога входит исследование психического статуса и постановка диагноза в случае соответствия состояния критериям какого-либо расстройства. Однако какой бы серьезной не была патология (бред, галлюцинации), коммуникация с пациентом не должна ограничиваться только этой темой. Любые психопатологические симптомы являются лишь частью более широкого личностного и психологического контекста переживаний человека.

- **Избежание навязывания своего темпа коммуникации.** У депрессивных пациентов и индивидов в состоянии кризисной дезадаптации часто ситуационно нарушены коммуникативные способности. Это может проявляться в замедлении ассоциативных процессов, медленном темпе речи и односложных ответах. Специалист «подстраивает» темп речи, громкость голоса под особенности пациента.

- **Неоднократное прояснение информации.** По ходу интервью некоторые темы требуют неоднократного прояснения, прежде всего, тема суицидальных мыслей и намерений. Вопросы об этом должны задаваться несколько раз по ходу беседы, возможно, в других формулировках. Часто после отрицательного ответа в первой половине интервью на вопрос о суицидальных мыслях во второй половине беседы пациент ответит положительно.

Клиническая и социально-психологическая оценка суицидального риска предполагает анализ следующих параметров:

• **Факторы predisпозиции:** относительные ФР СП. Описывают «почву», принадлежность к группе риска, что указывает лишь на базовые предпосылки и увеличивает *вероятность* того, что у данного индивида определенным специфичным триггер может вызвать дезадаптацию, которая может закончиться суицидальным актом (см. «Относительные факторы риска суицидального поведения»).

• **Факторы текущего состояния.** В отличие от факторов predisпозиции эти факторы описывают *актуальное* поведение и психический статус человека и непосредственно указывают на степень суицидального риска:

1. Суицидальные интенции (намерения).
2. Тяжесть психического расстройства /психопатологического синдрома.
3. Степень безнадежности и импульсивности.
4. Тяжесть психосоциального стрессора (триггера).
5. Наличие социальной поддержки.
6. Желание пациента принимать помощь.

Указанные параметры представляются наиболее важными, находятся в неразрывной связи друг с другом и оцениваются в совокупности.

Суицидальные интенции (намерения)

Обычно рекомендуется обращать внимание на следующие факты:

• Необычное для данного индивида или социального контекста поведение; *смена стереотипа поведения*. Примеры: прерывание социальных контактов; эмоциональное «оцепенение» в ситуации стресса; неадекватное ситуации утраты «приподнятое» настроение, «эпатирующее» поведение.

• Признаки *«прощания»*: раздача долгов, подарков, написание завещания, «прощальных» писем.

• Фантазии и мысли о *смерти, самоповреждении, самоубийстве*. Необходимо оценить частоту, длительность и характер этих феноменов, а также *способность их контролировать* пациентом самостоятельно.

• *Суицидальные угрозы*. Нередко высказывания носят *прямой* характер («Я покончу с собой»), но чаще суицидальные тенденции проявляются в *косвенных* угрозах типа: «Не хочу быть больше обузой...», «Лучше не жить, чем так страдать...», «Теперь я больше никого не беспокою...», «Я вам больше не помешаю...», «Вы меня больше не увидите...» и т. п. Кроме того, косвенные угрозы могут быть выражены в символической невербальной форме (пример: пациент, страдавший шизофренией, незадолго до суицида повесил веревочную петлю на забор во дворе частного дома, где он жил с матерью и братом).

• *Суицидальные попытки ранее*: количество, тяжесть, триггерная ситуация. Количество и тяжесть парасуицидов являются относительным предиктором дальнейшего суицидального поведения. Триггеры часто носят стереотипный характер, что облегчает прогнозирование риска.

- *Степень планирования суицида.* Четкие представления индивида о времени, месте и способе суицидальных действий связаны с большим риском их реализации.

- *Наличие средств суицида* (накапливание медикаментов, наличие огнестрельного оружия, ядохимикатов и пр.). Риск увеличивается при совпадении средств, имеющихся в наличии, с теми, о которых фантазирует пациент.

В качестве дополнительных средств оценки суицидального риска рекомендуется использовать оценочные шкалы: Шкала суицидальных интенций Пирса (приложение 2), Шкала суицидальных мыслей и др.

Тяжесть психического расстройства/особенности психопатологического синдрома

Риск суицида ассоциирован со многими психическими расстройствами и является максимальным среди пациентов, страдающих БАР, РДР, зависимостью от ПАВ, ЭНРЛ, шизофренией и близкими к ней психозами, и значительно увеличивается при коморбидности этих состояний. Тем не менее, при непосредственной оценке опасности суицида рекомендуется основное внимание уделять не столько факту «формального» диагноза, сколько особенностям психопатологического синдрома, независимо от диагностической категории.

Синдром депрессии в большинстве случаев сопровождается суицидальными мыслями или/и действиями. В «чистом» виде депрессия достаточно легко диагностируется в рамках РН. Значительно больше затруднений встречается при выявлении депрессии, коморбидной другим расстройствам. В качестве примера можно привести шизофрению, РЛ и зависимость от ПАВ. Так, при шизофрении синдром депрессии может проявляться как достаточно типичными симптомами (сниженное настроение, ангедония и др.), так и *маскироваться* негативной и экстрапирамидной симптоматикой или проявляться лишь в контексте психотических феноменов. Примером могут служить императивные слуховые псевдогаллюцинации суицидальной направленности и бредовые идеи виновности, греховности и пр. Аналогично депрессивный синдром трансформируется и маскируется симптоматикой зависимости от ПАВ или эмоционально-лабильным поведением с эпизодами «отыгрывания» агрессивных импульсов при ЭНРЛ. Одной из причин недооценки или игнорирования депрессии в этих случаях может являться также *психологический* фактор: стереотипное представление специалиста о «неудобстве» двух и более диагнозов; о «несочетаемости» «депрессии и шизофрении»; «обесценивание» депрессии, которой страдают пациенты с зависимостью от ПАВ или РЛ и др.

Выраженное чувство вины и/или сверхценные/бредовые идеи виновности, как правило, ассоциируются с идеей самонаказания и значительно усиливают риск суицидальных действий. Примеры: расстройства адаптации или посттравматическое стрессовое расстройство

как варианты переживания реакции горя; тяжелый депрессивный эпизод с бредом виновности; постпсихотическая депрессия и др.

Императивные «голоса» и **бред воздействия** суицидальной и аутоагрессивной направленности, как правило, являются симптомами шизофрении или острых шизофреноподобных психозов и отражают депрессивные переживания пациента.

Бред преследования также может рассматриваться как депрессивный вариант бредовых идей. Персекуторные идеи образуются по механизму проекции собственной агрессии на окружающих и связаны с нарушением базовой потребности человека в безопасности и сильнейшим чувством страха. Парадоксальным способом контроля этого страха может быть самоповреждение или самоубийство. Логика поступка отражена в следующих примерах: пациент наносит себе порез в области предплечья, надеясь, что преследователи «увидят», как он «себя наказал и отстанут», «пожалев» его; пациент наносит глубокий порез в области шеи, желая «убить себя и не оставить им шанс издеваться» над ним.

Страх и тревога разной степени выраженности проявляются практически при любых психических расстройствах. Психотический вариант страха описан в контексте симптоматики бреда преследования. Различные непсихотические варианты тревоги (паническое расстройство, другие тревожно-депрессивные синдромы в симптоматике невротических расстройств) также ассоциируются с увеличением риска аутоагрессии.

Вербальная и невербальная агрессия часто являются предшественниками аутоагрессивного поведения, что прослеживается и в анамнезе пациентов, совершающих суицидальные действия. Психологические механизмы суицида во многом сводятся к перенаправлению агрессии «на себя», *реализации чувства вины через самонаказание или предотвращению нанесения вреда окружающим*. Примеры: пациент, страдающий шизофренией, объясняет свой тяжелый парасуицид путем падения с высоты тем, что «спасал соседа по палате» от своей агрессии: «Слышал голоса, которые приказывали убить его»; пациент, страдающий обсессивно-компульсивным расстройством, обратился с жалобами на «мысли убить себя», появившиеся вслед за яркими навязчивыми фантазиями «схватить котенка и швырнуть его о стену».

Когнитивное сужение, которое часто сопровождает состояния крайне напряженного аффекта (например, в клинике психотического страха, панической атаки, острой реакции на стресс) или депрессивный эмоциональный фон с обесценивающим восприятием собственного «Я». В таких состояниях пациент может быть не способным прогнозировать возможности *альтернативного* (т. е. не суицидального) выхода из ситуации. Мышление характеризуется дихотомическими колебаниями между полюсом «вернуть ситуацию в прежнее, докризисное состояние» (например, вернуть умершего, покинувшего, здоровье, безопасность и т. д.) и полюсом «уничтожить себя, если невозможно первое». Когнитивное сужение обычно сопровождается *фиксацией* на ситуации кризиса, постоянным возвращением

к теме и объекту потери. Внешне поведение может характеризоваться эмоциональным ступором или хаотичным возбуждением.

Степень безнадежности и импульсивности

Безнадежность представляет собой депрессивное восприятие реальности, собственного «Я» и будущих перспектив в негативно окрашенных, обесценивающих тонах. Ряд исследователей считает, что риск суицида у депрессивных пациентов коррелирует не столько с тяжестью депрессии, определенной с помощью стандартизированных оценочных шкал, сколько с выраженностью безнадежности, оцененной с помощью Шкалы безнадежности А. Бека (приложение 3).

Импульсивность обычно определяют как поведение без адекватного обдумывания действий. Импульсивность может являться чертой характера, однако патологической выраженности достигает при таких психических расстройствах и патологических состояниях, как РЛ, зависимость от ПАВ, мания, интоксикация ПАВ и др. Оценивать выраженность импульсивности принято по таким кластерам как моторная импульсивность (толерантность к однообразным действиям, способность довести действие до конца, терпеливость в ожидании вознаграждения и пр.) и когнитивная импульсивность (скорость мышления, способность концентрации внимания и др.), а также по степени планирования поступков (смене работы, места жительства, партнеров, круга общения, трата денег и пр.). В клинической практике используется ряд оценочных шкал для измерения уровня этой черты (шкалы импульсивности Баррат, Плучека). Предполагается, что именно сочетание высокого уровня импульсивности с симптомами депрессии и безнадежностью является серьезным предиктором СП.

Тяжесть психосоциального стрессора и ответной реакции

Под психосоциальными стрессорами понимается, в данном случае, широкий круг событий, которые значительно нарушают удовлетворение базовых потребностей индивида и вызывают дезадаптацию. Реакция на такое воздействие зависит как от тяжести самого кризисного события, так и от способности человека справиться с его эмоциональными, физическими и социальными последствиями. В свою очередь, «устойчивость» индивида связана со способностью адекватно тестировать реальность и использовать адаптивные копинг-стратегии. Состояние дистресса, таким образом, может быть связано как с реальными внешними событиями (утрата, конфликт партнерских отношений, потеря работы и пр.), так и с искаженной трактовкой реальности в связи со специфическими когнитивными нарушениями (бредовые идеи преследования, гипертрофированное чувство вины при депрессии и др.).

Качество социальной поддержки

Наличие поддержки со стороны родных, партнеров, друзей, сослуживцев, социальных служб является протективным фактором. В некоторых случаях важным антисуицидальным фактором может быть наличие домашнего животного, за которым требуется уход. Отсутствие поддержки (проживание в одиночестве, замкнутый образ жизни или наличие

враждебного, осуждающего окружения) значительно усиливает риск суицида.

Желание пациента принимать помощь

Сотрудничество пациента с теми, кто оказывает ему помощь, значительно увеличивает шансы на благоприятный исход критической ситуации. Эмоциональная недоступность, нежелание принимать помощь, сожаления о том, что ему «мешают» осуществить суицидальный замысел являются признаками неблагоприятного прогноза.

Состояние высокого суицидального риска

- Устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве.
- Состояние депрессии.
- Проявления чувства вины /тяжелого стыда /обиды /сильного страха.
- Высокий уровень безнадежности в высказываниях.
- Заметная импульсивность в поведении.
- Факт недавнего/текущего кризиса/утраты.
- Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты.
- Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»).
- Отсутствие социально-психологической поддержки/не принимающее окружение.
- Нежелание пациента принимать помощь/недоступность терапевтическим интервенциям /сожаления о том, что «остался жив».
- Доминирование негативных чувств врача, нарушающих процесс коммуникации: тревога, неприязнь, бессилие и безнадежность, идеализация или обесценивание пациента.

КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Кризисное вмешательство (КВ) — это комплекс организационных, лечебных и профилактических мероприятий, направленных на снижение суицидального риска и устранение негативных соматических и психосоциальных последствий суицидального акта.

Организационные мероприятия

КВ осуществляется врачом психиатром, психотерапевтом психоневрологического диспансера, кабинета, психиатрического или соматического стационара. Принципы организации лечебно-профилактической помощи:

- Обеспечить немедленное наблюдение за пациентом.
- Обеспечить адекватные меры по оценке психического статуса и суицидального риска.
- Обеспечить проведение терапевтических мероприятий, адекватных характеру и тяжести ПР.

- Наладить контакт специалистов, осуществляющих помощь, с родственниками и другими эмоционально значимыми лицами.

- При необходимости исключить пациента из стрессовой ситуации.

Амбулаторная психиатрическая и психотерапевтическая служба

Высокий суицидальный риск лица, обратившегося на амбулаторный прием или при посещении на дому, обуславливает необходимость неотложной госпитализации в психиатрический стационар с согласия гражданина или его законных представителей. Гражданин, страдающий ПР, также может быть госпитализирован в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до решения суда, если его обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а ПР обуславливает его непосредственную опасность для себя и (или) окружающих (Ст. 30 Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Выраженность суицидального риска, прежде всего, оценивается клинически по изложенному выше алгоритму. В качестве *дополнительного* метода оценки могут служить шкалы суицидального риска. При использовании Шкалы оценки риска суицида (ШОРС, The Sad Persons Scale, Patterson et al., 1983) относительным показанием для госпитализации служит суицидальный риск в диапазоне 5-6 баллов, абсолютным — 7–10 баллов (приложение 1). При оценке тяжести совершенного парасуицида достаточно удобный алгоритм предоставляет Шкала суицидальных интенций Пирса (ШСИП, D.W. Pierce, 1977): баллы в диапазоне 4–10 (средний уровень суицидальных интенций) можно рассматривать как относительные показания для госпитализации; соответственно, общая шкальная оценка более 10 баллов (высокий уровень суицидальных интенций) — как абсолютные показания для госпитализации (приложение 2).

О пациенте с любым уровнем суицидального риска собирают максимально полную информацию, позволяющую при необходимости быстро вступить с ним в контакт (номера телефонов самого пациента, адреса; пациент может также предоставить телефоны близких родственников, оговорив с врачом, в каких случаях с ними можно связаться).

В случае клинической и дополнительной (с помощью шкал) оценки суицидального риска как низкого (0–2 балла по ШОРС или 0–3 балла по ШСИП) или среднего (3–4 балла по ШОРС или 4–10 балла по ШСИП) может быть принято решение об амбулаторном лечении. Частота встреч с таким пациентом может варьировать от ежедневных (например, в режиме дневного стационара) до еженедельных. Частоту встреч устанавливает психиатр (психотерапевт) в зависимости от ряда обстоятельств (состояния пациента, характера его работы, возможности добраться на прием), определяющим все же будет являться состояние пациента. Постановка на диспансерный учет такого пациента определяется критерием наличия «хронического и затяжного ПР с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями» (Ст. 28 Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

В случае неявки на встречу пациента, наблюдающегося по первой группе диспансерного наблюдения в связи с суицидальным риском, врачу-психиатру необходимо организовать осмотр на дому в течение 2-х суток (за исключением выходных) (Инструкция МЗ РБ от 09.03.2006 «Порядок оказания внестационарной психиатрической помощи»).

В случае неявки к психиатру пациента с суицидальным риском из группы лечебно-профилактического наблюдения он приглашается на прием письменно или по телефону.

В случае неявки пациента с суицидальным риском на прием к психотерапевту он приглашается на прием письменно или по телефону, в случае повторной неявки или отказа от дальнейшего психотерапевтического вмешательства решение о повторном приглашении принимается психотерапевтом по его усмотрению после тщательной оценки доступных данных о диагнозе ПР, клинической симптоматике и тяжести суицидальных проявлений.

Одним из направлений работы врача является информирование членов семьи больного, которым в доступной форме и с учетом реального риска должна быть предоставлена информация о характере ПР, тактике поведения в экстренных ситуациях, предвестниках наступающего кризиса, мерах по его предотвращению. Однако прежде чем предоставлять информацию членам семьи, необходимо обсудить ее в общих чертах с самим пациентом. Вполне возможно, что он сам укажет врачу тех членов семьи, которым должна быть адресована информация, или попросит избежать обсуждения каких-то подробностей.

При наличии телефона в кабинете психиатра (психотерапевта) больному необходимо в обязательном порядке сообщить этот телефон и проинструктировать, в какой ситуации он может связаться с лечащим врачом.

В случае возникновения экстренной ситуации, когда больной информирует по телефону врача о том, что намерен совершить суицид, предлагается следующий алгоритм действий:

- по возможности долго продолжать беседу с больным;
- одновременно медицинская сестра по другому телефону вызывает на адрес больного психиатрическую бригаду скорой помощи и информирует дежурного МЧС;
- информируются члены семьи, которые могут в данный момент обеспечить доступ в квартиру или своим появлением предотвратить попытку суицида.

Амбулаторная карта пациентов с суицидальным риском маркируется в соответствии с инструкцией МЗ РБ от 09.03.2006 «Порядок оказания внестационарной психиатрической помощи» и приказом МЗ РБ от 24.09.2003 № 152 «О дальнейшем развитии психотерапевтической службы»:

- в психотерапевтической службе: S или SP (суицидальная попытка в прошлом, суицидальные признаки);

- в психиатрической службе: ОУ («особый учет») в диспансерной группе; S в группе лечебно-профилактического наблюдения.

Соматический стационар

Тактика психиатра (психотерапевта) соматического стационара при консультировании больного с высоким суицидальным риском определяется в значительной степени тяжестью соматического состояния. Лечение в соматическом стационаре следует продолжать, если тяжесть соматического состояния представляет угрозу для жизни пациента. Однако в данном случае лечение должно быть продолжено либо в условиях реанимационного отделения, либо с организацией индивидуального поста.

Высокий суицидальный риск больного при относительно компенсированном соматическом состоянии обуславливает необходимость неотложной (в т. ч. при отказе пациента — недобровольной) госпитализации в психиатрический стационар.

Психиатрический стационар

При поступлении в стационар больного в порядке неотложной госпитализации с высоким суицидальным риском (ШОРС — 7–10 баллов; ШСИП — более 10 баллов) данный больной помещается в наблюдательную палату. Первый осмотр такого пациента лечащим врачом целесообразно провести как можно скорее совместно с психотерапевтом и (или) психологом для выработки плана совместного вмешательства. При снижении суицидального риска до среднего уровня больного можно перевести в общую палату. Несмотря на это за такими пациентами сохраняется тщательное наблюдение, целью которого является ограничение доступа к местам, удобным для совершения суицида (открытые окна, уединенные места, лестничные проемы высотных зданий, электрооборудование, доступ к лекарственным средствам, колющим и режущим предметам и т. д.). Медицинскому персоналу необходимо быть особенно настороженным в ранние утренние часы (3–6 ч), так как именно в это время у больного с суицидальными намерениями увеличивается вероятность осуществления своего плана.

Информация о готовящейся выписке таких пациентов представляется в амбулаторную психиатрическую (психотерапевтическую) службу за 7 дней до планируемой выписки, эпикриз — в день выписки.

Скорая помощь (психиатрическая бригада)

Действия врача-психиатра психиатрической бригады скорой медицинской помощи по оценке суицидального риска и принятию решения о госпитализации пациента в психиатрический стационар аналогичны тактике врача-психиатра амбулаторного звена и соматического стационара.

Этапы кризисного вмешательства

КВ осуществляется путем проведения полуструктурированного интервью, целью которого является выявление и редукция суицидальных тенденций. Оно является закономерным продолжением диагностического интервью и строится на описанных выше принципах и техниках коммуникации (см. раздел «Кризисное вмешательство»). Активность

специалиста постепенно увеличивается к последним этапам интервью. КВ включает в себя:

- **Сбор информации о кризисе.** На данном этапе устанавливается взаимное доверие. Стил ь поведения специалиста — принятие любых чувств и переживаний пациента без оценки и интерпретаций. Важно предоставлять пациенту психологическую поддержку, не ускорять темп интервью. Рекомендуются не пренебрегать тем, что может показаться «несерьезным», «манипулятивным», «попыткой привлечь внимание». Необходимо неоднократно прояснять суицидальные намерения (фантазии, мысли, планы); оценить психический статус и тяжесть психотравмирующих событий (см. раздел «Кризисное вмешательство»); получить максимум информации о ситуации, предшествовавшей СП. В случае нежелания пациента раскрывать подробности суицидального акта, рекомендуется сосредоточить внимание на актуальных переживаниях и чувствах.

- **Определение внутреннего смысла кризиса, мотивов и целей суицидальных намерений.** Мотивы и цели суицидальных актов отличаются от провоцирующих их поводов. Для понимания внутреннего смысла кризиса важно выстроить «объяснительную» гипотезу: фрустрированная потребность, доминирующие эмоции, значимые люди, ожидания от поступка, пусковой фактор. Два первых этапа позволяют выработать предварительный план терапии и сформулировать первые терапевтические интерпретации.

- **Терапевтические интерпретации и вмешательства.** Вводятся в коммуникацию тогда, когда пациент почувствовал, что его ситуация и он сам спокойно и доброжелательно «приняты» специалистом. КВ является лишь началом терапии, поэтому интерпретаций не должно быть много. Интерпретации преподносятся в мягкой манере, как мнение специалиста, а не фиксированные догмы:

Обсуждение мотивов суицидального акта. Мотивы, связанные с «воздействием на других», не должны интерпретироваться в осуждающей и пренебрежительной манере. Желание воздействия на других — составляющая любого СП и широкого диапазона человеческих поступков.

Демонстрация сомнения в том, что суицидальный акт реализует цель. В тех случаях, когда суицидальный акт рассматривается как попытка изменить поведение значимых других, возможно обсуждение с пациентом, насколько реалистичны такие фантазии. Когда СП действительно вынуждает изменить поведение значимых лиц (т. е. цель «достигается»), можно предложить обсуждение чувств, которые в этой ситуации испытывает пациент и предположительно, «адресат» СП.

Прояснение основной «дихотомии». Суицидальное мышление характеризуется дихотомичностью и безальтернативностью. Одна из задач совместной работы — построить континуум между «все» и «ничего», помочь пациенту найти альтернативные выходы из кризиса. Например, обсудить, как можно справиться с болью утраты; как выразить свои чувства и потребности другому человеку, не прибегая к аутоагрессии.

Девальвация значимости проблемы. Можно осторожно усилить сомнения о тотальной значимости потери или неудачи. Процесс снижения интенсивности переживаний по поводу утраты с течением времени — естественный адаптационный процесс, которому можно способствовать. Нужно быть крайне аккуратным с чувствами пациента. Во-первых, пациент может посчитать, что специалист не воспринимает его чувства и проблему «всерьез». Во-вторых, несвоевременное обесценивание потери может стимулировать развитие негативного переноса.

Преодоление исключительности ситуации. Обсудить общность ситуации пациента и других людей. Совместно подобрать примеры альтернативного решения проблемы. Важно избежать обесценивания кризиса конкретного пациента: несмотря на общность, в каждой кризисной ситуации и чувствах человека есть уникальность.

Обсуждение значения и динамики симптомов. Депрессивный пациент воспринимает свое состояние как личностный дефект, изменение которого невозможно. Важно показать, что безнадежность и депрессия — это временные состояния, а не личностная характеристика человека.

Возвращение к прошлому опыту удачного решения проблем стимулирует пациента применить те адаптивные способы справиться с тяжелыми эмоциями, которые были эффективны ранее.

Стимулирование активности. Простые действия могут быть эффективны для снижения уровня тревоги и депрессии.

- ***Совместная формулировка плана терапевтических мероприятий.*** Это способствует дисквалификации представлений пациента о безнадежности и отсутствию возможности получить поддержку, и заново выстраивает смысл существования в его субъективной картине мира.

- ***Обратная связь и обсуждение поведения пациента.*** В конце интервью важно получить обратную связь и трактовку пациентом своего текущего состояния и планов на ближайшее время (часы, дни). *Слишком оптимистичные заверения пациента о быстрых позитивных изменениях должны настораживать.* Суицидальные мысли могут легко возвращаться в течение нескольких дней или часов. Наиболее вероятным исходом удачного вмешательства будет установление доверия между врачом и пациентом и готовность последнего продолжить работу.

- ***Антисуицидальный контракт.*** Одним из возможных вариантов окончания КВ может быть совместное составление антисуицидального контракта. В нем уточняются ответственность «сторон» за терапевтические мероприятия, что может увеличить степень сотрудничества пациента. Одним из пунктов ответственности пациента может быть отказ от суицидальных действий на время терапии. Такая договоренность является лишь первым шагом: контракт можно «продлевать», а при завершении терапии оставить его «открытым», т. е. предоставить пациенту возможность позвонить специалисту (или его коллегам) или вернуться в терапию в случае ухудшения состояния.

Завершая первое интервью, специалист оставляет его «открытым», четко объясняя пациенту, что далее последует продолжение терапевтических коммуникаций. КВ, как правило, не ограничивается одной встречей и представляет собой процесс, длительность которого определяется продолжительностью периода высокого риска суицидальных действий.

Медикаментозная терапия

Лекарственные препараты назначаются по показаниям в зависимости от психопатологического синдрома и диагноза психического расстройства. Специфического «антисуицидального» лечения не существует. Симптоматическая кризисная терапия направлена на купирование тревоги, страха, агитации, возбуждения, нарушений сна, бреда и галлюцинаций и других психопатологических симптомов. Принципы назначения медикаментов пациентам с высоким суицидальным риском описаны в следующем разделе.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПОСТКРИЗИСНЫЙ ПЕРИОД

В период после преодоления тяжелого эмоционального кризиса с суицидальными тенденциями пациент нуждается в продолжении лечения и профилактического наблюдения, характер которого зависит от тяжести синдрома и диагноза психического расстройства.

Организационные мероприятия

Профилактическая помощь в посткризисный период осуществляется психотерапевтом, психиатром психоневрологического диспансера, кабинета.

Значительная часть повторных суицидальных попыток совершается в течение первой недели после выписки из стационара, где пациент получал антикризисное лечение. Поэтому информация о готовящейся выписке лица с высоким суицидальным риском (совершившего суицидальную попытку) должна быть передана в амбулаторную (психиатрическую, психотерапевтическую) службу не менее чем за 7 дней до планируемой выписки. Эпикриз должен быть передан в день выписки.

Больной должен быть осмотрен на приеме в течение 3-х дней после выписки (в случае неявки диспансерного пациента он осматривается на дому). Следующая встреча назначается не позднее чем через 5 дней, затем через 14 дней (при условии стабильности состояния). Выписка медикаментов в эти периоды осуществляется в минимальных количествах, допустимых к отпуску в аптеке (на период времени до следующей запланированной встречи со специалистом).

Факт совершения суицидальной попытки или состояние высокого суицидального риска не являются достаточным основанием для установки диспансерного наблюдения психиатрической службы за пациентом. Диспансерное наблюдение устанавливается за гражданином, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, на основании статьи 28 Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан

при ее оказании». Лица, подлежащие данной форме диспансерного наблюдения, в случае высокого суицидального риска должны наблюдаться в группе ОУ — «особый учет» (частота и сроки наблюдения регламентированы инструкцией МЗ РБ от 09.03.2006 «Порядок оказания внестационарной психиатрической помощи»).

Терапевтические отношения

Длительные терапевтические отношения строятся на тех же принципах психиатрической коммуникации, которые описаны в разделе «Оценка суицидального риска». Характер помощи, терапевтических отношений, особенности применяемых методик терапевтических интервенций зависят от доминирующего синдрома, диагноза психического расстройства, квалификации специалиста, личностных особенностей пациента. В посткризисный период на первый план выходят проблемы, которые, возможно, лежат в основе суицидальной дезадаптации и требуют комплексного психологического, медицинского и социального подхода. В данном руководстве мы можем ограничиться лишь общими рекомендациями, касающимися пролонгированных терапевтических отношений врача (психолога) и пациента, преодолевшего суицидальный кризис.

- **Поддержание психологической безопасности.** Совершенно очевидно, что поддержание атмосферы принятия пациента и его чувств, взаимной безопасности и конфиденциальности является базовым требованием терапии. *Психиатр, психотерапевт или психолог, возглавляющий команду помогающих специалистов, вправе требовать того же от среднего и младшего медицинского персонала.*

- **Определение реалистичных целей.** С самого начала терапии необходимо совместно с пациентом и при необходимости его родственниками обсудить цели терапии. Цели рекомендуется формулировать четко и реалистично. Например, при терапии пациента, страдающего шизофренией, цель «излечить» от расстройства не реалистична, но «контролировать симптомы» — достаточно очевидна.

- **Поддержание границ.** Часто суицидальные тенденции являются проявлением личностных проблем пациента, связанных с нарушением способности поддерживать адекватные границы межличностных коммуникаций. Пациент может «перепутать» терапевтические отношения с дружескими или даже интимными. Это, например, может проявляться в «неурочных» телефонных звонках, попытках превратить терапевтические сессии в «дружеские» беседы или в «соблазнении» терапевта и пр. Характерна смена первоначальной идеализации последующим обесцениванием специалиста и «отдалением» от него. *Очень важно постоянно поддерживать границы отношений, руководствуясь принципом взаимной автономности и обоюдного уважения личностного пространства и потребностей каждого.*

- **Подчеркивание автономности пациента.** Многие суицидальные пациенты проявляют черты зависимого поведения, в их жизненных стилях доминирует неуверенность в своей самостоятельности, а в

психодинамической истории — гиперопекающее или пренебрежительное поведение родителей. В терапии важно не следовать этим сценариям, а уважительно подчеркивать самостоятельность пациента и его способность к адекватным выборам.

- **Контейнирование чувств пациента.** В терапевтических отношениях обязательно проявляются те же чувства и поведенческие реакции, которые присущи пациенту в реальной социальной обстановке. Таким образом, специалист может принимать на себя роль того значимого лица, на которое пациент направляет свою любовь, гнев, страх отвержения или контроля и т. д. Важно осознавать, что большая часть этих эмоций имеет «переносный смысл», изначально они предназначаются тем лицам, которые для пациента наиболее значимы (родители, сиблинги и др.). Большинство из этих реакций пациента (за исключением тех, которые нарушают границы безопасности его и специалиста) могут быть «приняты» с последующим анализом причин этих проявлений и обоюдных эмоций, возникающих в процессе. Важно воздержаться от немедленных импульсивных ответных проявлений деструктивных чувств специалистом.

- **Интерпретация эмоциональных реакций в безопасном состоянии.** Особенности аффективного, импульсивного поведения пациента обязательно обсуждаются и интерпретируются, но только в безопасном статусе, вне аффекта. Только в этом случае есть шанс осознания пациентом своих эмоциональных реакций и социальных ситуаций, в которых они возникают. Терапевтический кабинет становится как бы «полигоном», в котором под наблюдением специалиста проводятся «испытания» на более безопасном уровне поведения пациента и его реакций, возникающих в коммуникации с другими людьми.

- **Постоянство терапевта.** В каком-то смысле специалист в терапевтических отношениях играет роль образца аутентичного «взрослого» социального поведения. Постоянство специалиста в поддержании рамок сеттинга (время, частота, длительность, регулярность, место проведения встреч; готовность к принятию эмоций и поведения пациента; выдерживание границ общения и пр.) играет большую роль в поддержании стабильности пациента. Для человека, переживающего кризис или депрессию, наличие стабильного терапевта снижает степень безнадёжности.

- **Доступность терапевта.** В терапии пациента с потенциальным риском суицидального поведения важна доступность терапевта, ограниченная естественными рамками отношений врач-пациент и оговоренная заранее. В этих границах обсуждается возможность дополнительных встреч, телефонных консультаций, возможность обращения к другим специалистам при ухудшении состояния пациента.

- **Постоянное разделение ответственности.** Подчеркивание ответственности каждой из сторон (пациент, значимые для него люди, команда специалистов) за успех терапии способствует устранению ненужных

иллюзий и разочарований, снижает степень зависимости пациента от терапевта.

- **Обучение и информирование.** Терапевт информирует пациента и его близких о симптомах и течении психического расстройства, способах лечения, контроле состояния, стратегиях преодоления стрессовых ситуаций и переживания тяжелых негативных чувств.

- **Демонстрация несовершенства.** Специалист является обычным человеком, для которого свойственны такие качества, как сомнения, усталость, колебания настроения, рабочее напряжение и пр. Когда эти нюансы в небольшой степени проявляются в терапевтических отношениях, это способствует формированию у пациента представлений о *нормальной неоднозначности человеческих отношений и реалистичной картины мира*. Когда указанные проявления личностных особенностей врача или его ситуативных реакций становятся постоянными, доминирующими и плохо контролируемыми, это может нарушить терапевтические отношения и принести вред как пациенту, так и специалисту.

- **«Открытый» контракт.** Терапия с потенциально суицидальным пациентом заканчивается «заключением» открытого контракта, с предоставлением возможности пациенту обратиться за помощью и консультацией в случае необходимости.

Принципы профилактической медикаментозной терапии

Специфического «антисуицидального» медикаментозного лечения не существует. Однако риск суицидального поведения может быть уменьшен при соблюдении ряда принципов терапии пациентов с высоким риском суицида.

- **Раннее выявление и адекватное лечение психического расстройства.** Является одним из ведущих принципов вторичной профилактики суицидального поведения. Значительную роль в раннем выявлении психического расстройства могут сыграть не только психиатры, но и врачи других специальностей, так как именно к ним обращается большинство индивидов с психологическими и психиатрическими проблемами задолго до обращения к психиатру или психотерапевту. *Ранняя диагностика психического расстройства с соответствующим началом адекватной терапии уменьшает интенсивность симптоматики и снижает риск суицидального поведения.*

- **Не избегать диагнозов двух и более психических расстройств.** Во многих случаях высокий суицидальный риск ассоциируется с коморбидностью расстройств (например, депрессии и зависимости от ПАВ). Адекватная диагностика таких состояний и фиксация диагнозов в медицинской документации способствуют назначению подходящего лечения и правильной преемственности другими специалистами.

- **Препараты выписывать часто и в небольшом количестве.** Одним из самых частых способов парасуицида и достаточно распространённым способом суицида является отравление психотропными

препаратами. Одномоментная выписка (или выдача) препарата в небольших безопасных количествах снижает риск фатальных исходов при намеренной передозировке.

- **Контроль над хранением и приемом препаратов.** Данная рекомендация, адресованная родственникам и медицинскому персоналу, снижает риск намеренного накопления и отравления лекарственными препаратами.

- **Назначать препараты, обладающие наименьшей токсичностью.** С целью снижения риска фатального исхода при намеренной передозировке пациентам с потенциальным риском суицида назначаются антидепрессанты с низким *индексом фатальной токсичности* (fatal toxicity index, FTI). Для антидепрессантов он должен составлять *менее 10* (количество смертей /1 млн прописаний препарата). Все представители группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также некоторые другие антидепрессанты (мапротилин, миансерин, моклобемид, миртазапин) отвечают этому требованию. Среди антипсихотических препаратов *высокопотентные* (галоперидол, трифлуоперазин) являются *более безопасными* (с т.з. фатального исхода при передозировке) по сравнению с *низкопотентными* (хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен, тиоридазин). Большинство антипсихотиков второго поколения (рисперидон, зипрасидон, сертиндол) обладает хорошим уровнем безопасности при передозировке. Большинство сообщений о фатальных передозировках связано с применением клозапина, оланзапина, кветиапина. Значительно увеличивается риск фатального исхода при комбинированной передозировке препаратами гетероциклической структуры (например, амитриптилином и хлорпромазином), сочетании передозировки с алкогольной интоксикацией.

- **Баланс эффективности и профиля побочных эффектов.** В некоторых случаях побочные действия психотропных препаратов могут значительно увеличивать дискомфорт, тягостные переживания и риск суицидальных действий. Это хорошо описано для некоторых распространенных побочных симптомов:

Акатизия — моторное беспокойство, сопровождающееся тревогой, дисфорией, импульсивными действиями. Считается разновидностью экстрапирамидных побочных симптомов. Чаще всего ассоциируется с применением типичных высокопотентных нейролептиков, реже — антидепрессантов, противорвотных средств.

Состояние повышенной тревоги и гиперактивности обычно связано со стимуляцией серотонинергической системы. Может проявляться в первые 7–15 дней приема антидепрессантов (особенно группы СИОЗС) и антипсихотиков (зипрасидон, сертиндол).

Очевидно, что данная симптоматика купируется тремя способами: снижение дозы препарата; замена препарата на другой; назначение дополнительной купирующей или корректирующей терапии (например, бензодиазепинов в обоих случаях; адrenoблокаторов и тригексифенидила в случае акатизии).

- **Адекватная длительность купирующей терапии в острой фазе.**

Известно, что короткие частые госпитализации при обострениях хронических психических расстройств увеличивают риск суицида, вероятность которого наиболее высока в первые 7–10 дней после выписки. Длительность госпитализации должна соответствовать тяжести состояния пациента и стандартам лечения ПР.

- **Поддерживающая терапия.** Должна быть адекватной по своей длительности, выбору препаратов и их дозировкам доминирующему психопатологическому синдрому и диагнозу. Соответствующие рекомендации указаны в протоколах лечения психических расстройств. Несмотря на то, что не существует универсального «антисуицидального» средства, ряд исследований указывает на некоторые особенности выбора препаратов при лечении пациентов с высоким риском суицида.

Шизофрения. Рекомендуется отдавать предпочтение:

- *постоянной терапии* антипсихотиками, а не прерывистой. Постоянный прием антипсихотиков способствует меньшему риску суицидальных действий;

- *атипичным антипсихотикам* (рисперидон, оланзапин). Кроме того, продемонстрировано явное преимущество клозапина по сравнению с другими нейролептиками по способности снижать уровень СП в выборках больных шизофренией;

- *антипсихотикам пролонгированного действия.* Применение этих препаратов способствует поддержанию стабильных концентраций препарата, меньшей частоте обострений и суицидальных действий, а также связано с меньшим риском намеренной передозировки;

- *комбинации антипсихотической и антидепрессивной* терапии (при сочетании депрессивной и психотической симптоматики).

БАР. Длительное (2 года и более) применение *препаратов лития* в выборках этих пациентов ассоциируется со снижением уровней суицидов до общепопуляционных. Отмена препаратов лития значительно увеличивает риск суицидальных действий. Протективное действие других нормотимиков (в отношении риска суицида) на данный момент доказанным не считается.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностика и оценка суицидального риска является базовым профессиональным навыком психиатров, психотерапевтов и психологов здравоохранения. Суицидальное поведение является сложным феноменом, обусловленным разнообразием мотивов и направленным на изменение поведения «значимых других» или облегчение (прерывание) тяжелых душевных и/или физических страданий пациента. Последствия суицидальных актов переживаются как тяжелый стресс родственниками пациента и специалистами, оказывающими помощь. Психические расстройства представляют собой фактор высокого риска суицида. Успешность оценки риска суицида и терапии, адекватность эмоционального статуса пациента и специалиста зависят как от полноты объективной

регистрации врачом (психологом) предикторов суицидального риска в поведении пациента, так и от внимательного наблюдения за собственными чувствами и поведенческими реакциями в процессе коммуникации. Терапевтический процесс базируется на эмпатичном вне моральных оценок принятии пациента и его эмоций независимо от тяжести психопатологии и характера психического расстройства. Психологическая и медикаментозная терапия, основываясь на ряде общих принципов и рекомендаций, может варьировать в зависимости от статуса пациента и диагноза.

**Шкала оценки риска суицида
(The SAD PERSONS Scale, Patterson et al., 1983)**

Фактор		Значение
Sex	Пол	1 — мужской; 0 — женский
Age	Возраст	1 — <19 лет или >45
Depression	Депрессия	1 — если есть
Previous attempt	Парасуициды в анамнезе	1 — если есть
Ethanol abuse	Злоупотребление алкоголем	1 — если есть
Rational thinking loss	Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 — шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
Social support lacking	Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжелые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 — если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Organized plan	Организованный план суицида	1 – если есть, а избранный метод потенциально летален
No spouse	Отсутствие супруги (супруга)	1 — разведен, вдов, отделен, проживает в одиночестве
Sickness	Болезнь	1 — если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжелая

Общий балл варьирует от 0 (очень низкий риск) до 10 (очень высокий риск)

Действия

Общий балл	Предполагаемое действие
0–2, низкий риск	Амбулаторное наблюдение
3–4, средний риск	Амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1–3 раза в неделю); дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации
5–6, высокий риск	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники)
7–10, очень высокий риск	Госпитализация (в т. ч. принудительная)

**Шкала суицидальных интенций Пирса
(Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D.W., 1977)**

Заполняется после суицидальной попытки

Ф.И.О. пациента _____

Ф.И.О. оценивающего специалиста _____

Дата _____

Обстоятельства		
Изоляция	0	Кто-либо присутствовал рядом
	1	Недалеко или телефонный контакт
	2	Никого рядом
Расчет времени	0	Возможно чье-то вмешательство
	1	Вмешательство маловероятно
	2	Вмешательство фактически невозможно
Меры против спасения	0	Не предпринимал
	1	Пассивные (один в комнате, дверь не закрыта)
	2	Активные меры
Действия по привлечению помощи	0	Сообщил кому-либо о попытке
	1	Вступил в контакт с кем-либо, не сообщая о попытке
	2	Ни кому не сообщал и не контактировал
Предшествующие «последние действия»	0	Не совершал
	1	Частичные приготовления
	2	Определенные планы (завещание, подарки, страховка)
Суицидальная записка	0	Нет
	1	Написана и порвана
	2	Написана и имеется в наличии
Самоотчет		
Летальность	0	Считал, что действие не приведет к смерти
	1	Не был уверен в летальности действия
	2	Был уверен, что действие смертельно
Декларируемые намерения	0	Не хотел умирать

	1	Не уверен
	2	Хотел умирать
Подготовка	0	Действие импульсивно
	1	Обдумывал менее 1 ч
	2	Обдумывал менее 1 дня
Реакция на совершенное действие	3	Обдумывал более 1 дня
	0	Рад, что остался жив
	1	Неопределенная или двойственная реакция
	2	Сожалеет, что остался жив
Медицинский риск		
Прогнозируемый исход	0	Определенно выжил бы
	1	Смерть маловероятна
	2	Смерть вероятна или определена
Вероятность смерти при отсутствии медицинского вмешательства	0	Вероятность отсутствует
	1	Неопределенно
	2	Высокая вероятность смерти

Пункты (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6) = 'сумма баллов подшкалы обстоятельств' = ___

Пункты (7 + 8 + 9 + 10) = 'сумма баллов подшкалы самоотчета' = ___

Пункты (11 + 12) = 'сумма баллов подшкалы медицинского риска' = ___

Общая сумма баллов

0–3 = Низкий уровень интенций

4–10 = Средний уровень интенций

Более 10 = Высокий уровень интенций

Шкала разработана как дополнительный метод оценки, не заменяет клинической оценки риска экспертом

**Шкала безнадежности
(Hopelessness Scale, Beck et al., 1974)**

Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время. Обведите кружком слово ВЕРНО, если Вы согласны с утверждением или слово НЕВЕРНО, если Вы не согласны. Среди утверждений нет правильных или неправильных. Пожалуйста, обведите ВЕРНО или НЕВЕРНО для всех утверждений. Не тратьте слишком много времени на одно утверждение.

01	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, так как я ничего не могу изменить к лучшему
03	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
08	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем
10	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Все, что я вижу впереди — скорее неприятности, чем радости
12	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу
13	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас
14	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Дела идут не так, как мне хочется
15	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я сильно верю в свое будущее
16	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть
17	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем
18	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне расплывчатым и

			неопределенным
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих
20	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому что, вероятно, я не добьюсь этого

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	НЕВЕРНО	1	11	ВЕРНО	1
02	ВЕРНО	1	12	ВЕРНО	1
03	НЕВЕРНО	1	13	НЕВЕРНО	1
04	ВЕРНО	1	14	ВЕРНО	1
05	НЕВЕРНО	1	15	НЕВЕРНО	1
06	НЕВЕРНО	1	16	ВЕРНО	1
07	ВЕРНО	1	17	ВЕРНО	1
08	НЕВЕРНО	1	18	ВЕРНО	1
09	ВЕРНО	1	19	НЕВЕРНО	1
10	НЕВЕРНО	1	20	ВЕРНО	1

Интерпретация

Максимальный счет — 20 баллов

0–3 балла — безнадежность не выявлена

4–8 баллов — безнадежность легкая

9–14 баллов — безнадежность умеренная

15–20 баллов — безнадежность тяжелая