

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра
_____ Р.А. Часнойть

_____ 200__ г.

Регистрационный №

**ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**(для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, неврологов и
других врачей лечебного профиля)**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Белорусская медицинская академия последипломного образования

АВТОРЫ:

Кандидат медицинских наук, доцент Ласый Е.В.

МИНСК 2009

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение представляет собой актуальную этическую, моральную, социальную и медицинскую проблему. Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн. человек во всём мире, включая 163 тыс. в Европейском регионе. Самоубийство является 13-й по счёту причиной смерти во всём мире, а в возрастном диапазоне 15-35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий. Предположительно в 10-20 раз большее количество 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. Профилактика суицидального поведения представляет собой важную социальную задачу, осуществление которой возможно только при интеграции усилий множества специалистов разного профиля в единую превентивную стратегию.

К сожалению, среди медицинских работников распространено мнение, что диагностика и предотвращение суицидального поведения относятся исключительно к компетенции психиатров и психотерапевтов. Однако, люди с психологическими проблемами и психическими расстройствами значительно чаще обращаются к врачам другого профиля. При этом они могут либо не осознавать своих проблем, либо просто опасаться обращения к психиатру и психотерапевту. По данным ряда исследователей, до 50% суицидальных пациентов контактируют с врачом общей практики в течение двух месяцев до суицидального акта, а 45-70% посещают врача терапевтического профиля за две недели до суицида или попытки. В среднем, врач общей практики сталкивается с суицидом среди своих пациентов каждые три с половиной года и с двумя суицидальными попытками ежегодно.

Предполагается, что более 60% людей, покончивших с собой, *никогда ранее не обращались к психиатрам* до суицида, хотя при ретроспективном анализе документации и биографии у многих из них выявляются признаки расстройств настроения, зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), расстройств личности и другой психической патологии. По данным 2007 г., только 6-7% умерших вследствие суицида в республике Беларусь состояли на учёте в психиатрической службе.

В связи с этим, важным направлением профилактики суицидов является раннее выявление психических расстройств и суицидального риска на этапе первичной врачебной помощи до обращения пациента к психиатру.

1. КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицидальное поведение (СП) – 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:

- ***Антивитаальные переживания*** – размышления об отсутствии ценности жизни без чётких 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 счёт 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 серьёзных 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 тяжёлых 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 тяжёлыми психическими расстройствами;
- недоучёт 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* - случайные, т.е. ненамеренные самоповреждения и передозировки
- *Привычную аутоотравматизацию (ПА)*. Намеренное самоповреждение, не связанное с идеей смерти и суицида. ПА часто сочетается с суицидальными действиями и вместе с ними может являться признаком серьёзной личностной патологии (пограничного расстройства личности).

2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Суицидальные действия представляют собой один из вариантов поведенческих реакций человека (независимо от наличия психического расстройства) в состоянии психологической дезадаптации, которая проявляется широкой гаммой переживаний – как психологически понятных, так и патологических. Независимо от категории пациента, 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 (кризисная ситуация). К базовым ФР относят множество факторов социального, демографического, религиозного, этнического, психологического, семейного и биологического характера. Соответственно этим ФР, можно выделить группы риска суицида (например, «мужчины старше 45 лет»; «люди, страдающие алкогольной зависимостью», «ВИЧ инфицированные», «страдающие онкологическими заболеваниями» 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-ти лет, проживающий в одиночестве, страдающий рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) и зависимостью от алкоголя»). Но для «запуска» суицидальных действий необходим пусковой фактор, которым, как правило, является *конфликт или кризис*. Обычно, причиной кризиса является *утрата (или возможность утраты) значимого объекта* (т.е., человека, материальной или духовной ценности). Примеры: смерть близкого человека; развод; утрата работы или социального статуса; утрата здоровья, постановка диагноза тяжёлого заболевания, социальная и физическая беспомощность, утрата психологической безопасности (психоз, депрессия) и пр. Степень дезадаптации зависит от базовых ФР и силы триггера. Ситуации *межличностных конфликтов* являются источниками эмоций *страха, вины, стыда* и синдрома *депрессии*, которые, как правило, лежат в основе суицидальных мотиваций. Если такое состояние воспринимается через призму *беспомощности, безнадежности и невозможности альтернативного выхода*, суицидальный риск становится высоким. «Суицидальное» восприятие ситуации характеризуется

также *когнитивным сужением* («иного выхода нет») и *дихотомическим мышлением* («всё или ничего»).

Таким образом, СП (самоповреждение или самоубийство) можно рассматривать, как дезадаптивный способ избежать тяжёлых чувств, связанных с субъективным восприятием кризисной ситуации индивидом.

3. МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Содержание кризиса, характер пускового конфликта, а также то, как он воспринимается индивидуумом, во многом определяют **мотивы** суицидальных действий.

- **«Крик о помощи», призыв.** Мотив и смысл суицидального акта (как правило, это суицидальная попытка) – обретение помощи.
- **Протест, месть.** Провоцируется чувством «обиды», «несправедливости». Суицидальные действия (попытка или суицид) бессознательно направлены на индукцию чувства вины у значимого человека в ситуации конфликта.
- **Избежание непереносимой жизненной ситуации.** Провоцируется неприемлемым для индивида изменением жизненной ситуации (развод, долги, перспектива выписки из отделения, уголовное наказание и пр.). С разной степенью осознанности суицидальный акт может использоваться как средство манипуляции другими. Степень его опасности для индивида может оставаться весьма высокой.
- **Избежание страдания.** Провоцируется физическими или психологическими страданиями. Смерть или самоповреждение представляется способом их прервать.
- **Наказание себя.** Провоцируется гипертрофированным чувством вины. Неадаптивный способ «облегчения» чувства вины – самонаказание, в том числе с помощью суицидальных актов.

- **Жертвоприношение.** Провоцируется потребностью «искупить вину» за реальные или фантазийные (в случае депрессии, бреда) действия.
- **Воссоединение.** Мотив, исходящий из фантазии о воссоединении с любимым человеком после смерти. Такие представления могут становиться актуальными при переживании тяжёлой 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.

4. 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.

I. Социально-демографические факторы суицидального риска

1) **Пол.** Уровень суицидов у мужчин в 3-6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток несколько выше среди женщин.

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

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

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

5) 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.

II. Медицинские факторы суицидального риска.

б) Психическая патология.

Психические расстройства являются серьезнейшим ФР суицида. Согласно результатам исследований ВОЗ (2002 г.), во многих случаях состояние человека на момент суицида соответствует критериям диагноза какого-либо психического расстройства. Самые частые среди них - расстройства настроения (РН), расстройства личности (РЛ) и зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), шизофрения и другие психозы. В 31-44% случаев самоубийств эксперты ставят более одного психиатрического диагноза, т.е коморбидность расстройств значительно увеличивает риск суицида.

Депрессия. По мнению ряда исследователей умеренный или тяжёлый депрессивный эпизод предшествует 45-70% суицидов. Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, является очень высоким - 8-30%.

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 общей популяции (14-17 /100000).

Синдром зависимости от опиатов. Уровень суицидов в выборках героиновых наркоманов значительно превышает популяционный и колеблется в диапазоне 82-350/100000.

Шизофрения. Риск суицида в этой группе пациентов почти такой же, как среди страдающих депрессией и составляет 10-12%, а уровень суицидов колеблется от 147 до 752 на 100000 пациентов в год.

Расстройства личности. Максимальный риск СП (3-9%) связан с эмоционально-неустойчивым РЛ (ЭНРЛ), для которого характерны быстрые смены настроения, напряжённые межличностные отношения, импульсивность, чувство «опустошённости» и «бессмысленности», мышление в «чёрно-белых тонах». Характерно то, что ЭНРЛ часто сочетается с РН и зависимостью от ПАВ. Сочетание этих трёх 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»).

7) 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. Около 50% из этой группы страдают сочетанием психического расстройства и

соматического заболевания. Группу повышенного суицидального риска составляют больные *тяжёлыми 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 или являются одной из её причин*.

Наибольший риск суицида связан со следующими состояниями: эпилепсия; онкологические и заболевания органов кроветворения; сердечно-сосудистые заболевания (ИБС); заболевания органов дыхания (астма, туберкулёз); врождённые и приобретенные уродства; потеря физиологических функций; ВИЧ-инфекция; состояния после тяжёлых операций и трансплантации донорских органов и тканей; среди больных с искусственной почкой.

Постоянный приём определённых *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.

Соматические заболевания часто сопутствуют тем или иным психическим расстройствам, обладающим высоким суицидальным риском. Депрессивные состояния часто сопровождаются снижением иммунитета и учащением инфекционно-воспалительных или респираторных заболеваний, больные алкоголизмом часто страдают хроническими заболеваниями печени и т.д.

Психическое расстройство может проявляться или маскироваться соматическими симптомами (вегетативная нестабильность, функциональные нарушения гастро-интестинального тракта, мигренеподобные го-

ловные боли, могут быть симптомами тревожного расстройства, соматизированных расстройств или депрессии).

Психическое расстройство может быть следствием соматического заболевания (реактивная депрессия у пациента, узнавшего о наличии неизлечимого заболевания; тревога в связи с ожиданием тяжёлой операции; панические атаки во время приступов стенокардии и др.).

III. Биографические факторы суицидального риска

8) Суицидальные попытки в анамнезе

Наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее значимых ФР суицида и повторного парасуицида.

9) Суицидальное поведение биологических родственников

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

10) Суицидальное поведение «значимых других»

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

11) Другие анамнестические факторы риска.

Среди других биографических факторов риска часто выделяют наличие психической патологии у близких родственников, смерть близких родственников, воспитание в условиях отсутствия родительской привязанности и др.

IV. 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.

5. 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, как и любое социальное взаимодействие, носит двусторонний характер: специалист не просто «объективно» и бесстрастно оценивает состояние пациента, но эмоционально реагирует на его вербальные и невербальные послания, что неизбежно вносит элемент «субъективизма» в оценку риска и дальнейшие действия врача. В диагностике суицидального риска особое значение имеют следующие компоненты:

- Особенности клинического интервью и отслеживание собственных эмоций врача при его проведении;
- Объективная клиническая оценка врачом состояния и поведения пациента.

5.1. Особенности эмоциональных реакций врача

Зачастую пациенты с депрессией и личностными проблемами, не осознавая того, требуют к себе повышенного внимания окружающих, вовлекая в сферу оказания помощи широкий круг близких людей и медицинских работников. Многочисленные соматические и депрессивные жа-

лобы, проявления низкой социальной и бытовой продуктивности, чрезмерная настойчивость или эмоциональная недоступность могут провоцировать определённое защитное поведение, как у близких пациента, так и у медицинских работников, оказывающих помощь. Упоминание о суицидальных намерениях, подозрение о наличии у пациента психического расстройства могут вызывать ряд **специфических чувств**, которые свойственны многим людям в подобной ситуации:

- *Тревога и страх* – связаны с возможностью реализации пациентом суицидальных идей и представлениями врача о негативных для него последствиях этого акта (административное наказание, жалоба родственников и пр.).
- *Раздражение и гнев* – связаны с ощущением манипулятивного давления, «суицидального шантажа», с которыми часто ассоциировано суицидальное поведение, независимо от его мотивов и исходов.
- *Презрение и обесценивание* – связаны как с фактом традиционного «стигматизирующего» отношения к людям с психическими расстройствами, так и с фактом культурального восприятия суицида как греха, нравственной слабости, неполноценности.
- *Гипертрофированное чувство вины* – связано с ощущением собственной причастности к суицидальным высказываниям или действиям пациента.

Эти и другие эмоции способствуют формированию **непродуктивных защитных реакций** врача, препятствующих адекватной оценке суицидального риска:

- *Избегание вопросов о суицидальных намерениях.* После наблюдения первых признаков психического расстройства или суицидального риска (скрытых или явных) специалист неосознанно отрицает необходимость дальнейшего уточнения («Если я об этом не знаю, то этого не существу-

ет»). Кроме того, врач может необоснованно опасаться, что вопросы о суициде подтолкнут пациента к его реализации. На самом деле, расспрашивание пациента о суицидальных намерениях может принести ему облегчение.

- *Неверие пациенту.* Врач не допускает мысли, что суицидальные высказывания (или интуитивные опасения специалиста) могут быть реализованы («Те, кто совершают суицид, об этом не говорят», «Истерические реакции не опасны»). Чувствуя недоверие, пациент либо уходит от контакта, либо пытается «доказать серьёзность» своих намерений (совершает повторные суицидальные действия).

- *Враждебность к пациенту.* Может проявляться в открытом конфликте, в желании быстро избавиться от пациента, в провоцировании пациента на более опасные действия («Если Вы хотели покончить с собой, почему же только руку порезали?»).

- *Морализаторство и осуждение.* Врач может пытаться убедить пациента в «греховности», «аморальности» его мыслей или действий, пытаться «наставлять на путь истинный» и пр. Обычно, такое поведение усиливает у пациента чувства вины и стыда, препятствует открытому диалогу.

- *Ощущение собственной некомпетентности.* Врач избегает оценивать риск суицида и психический статус, либо считая себя некомпетентным в этой области, либо не относя это к своим профессиональным обязанностям («Это дело психиатров»). Как говорилось выше, до 60% людей, умирающих вследствие суицида, никогда при жизни к психиатрам не обращаются. В связи с этим, первичная оценка психического состояния и риска суицида является одной из профессиональных обязанностей врачей всех лечебных специальностей.

Некоторых из чувств, которые возникают в процессе коммуникации с пациентом, практически невозможно избежать, т.к. они базируются на личностных и биографических особенностях специалиста. Однако, их можно отследить, и оценить, как они могут повлиять на поведение пациента и адекватность оценки риска суицида. Проанализированное собственное чувство, как правило, снижает свою интенсивность, что делает возможным «принять» врачу противоречивые эмоции и поведение пациента без моральной оценки и личной обиды.

5.2. Особенности проведения клинического интервью

В беседе с пациентом рекомендуется придерживаться следующих принципов:

- **Неотложность.** Указание на суицидальный риск говорит о том, что беседа с таким пациентом не может быть «отложена». Возможно, ему придётся уделить больше внимания, чем другим пациентам.
- **Эмпатическое отношение.** Эмпатия – это способность определить особенности эмоционального состояния другого человека, поставить себя на его место и сопереживать ему. Эмпатия подразумевает искренность врача, сопереживание, но не психологическое «слияние» с пациентом.
- **Баланс открытых и прямых вопросов.** Беседу всегда следует начинать с «открытых» вопросов, подразумевающих возможность ответа в виде рассказа, монолога (например, «Расскажите о себе», «Что Вас беспокоит?»). По ходу интервью увеличивается доля «прямых», «закрытых» вопросов, требующих конкретных ответов («Вы испытывали чувство тоски?», «У Вас были мысли о самоповреждении?»).
- **Избегание моральных оценок.** Тема суицида нагружена моральным, нравственным и религиозным контекстом. Распространённой общечеловеческой оценкой суицидального акта является осуждение, либо того, кто его совершил, либо кого-то из его окружения («поиск виновного»).

Смысл клинического интервью заключается в профессиональной безоценочной помощи пациенту.

- **Разделение ответственности.** Специалист несёт ответственность за адекватное и своевременное оказание помощи пациенту, оценку суицидального риска и психического статуса, организацию консультативной помощи, предоставление рекомендаций пациенту и его родственникам. Специалист не может нести ответственность за результат терапевтических мероприятий. Иными словами, при адекватном выполнении названных выше обязанностей, врач не может быть ответственным за совершение суицидальных действий пациентом. Начиная с первого интервью, ответственность необходимо разделить между пациентом, близкими ему людьми и помогающими специалистами.

- **Избегание невыполнимых обещаний.** В коммуникации с пациентом рекомендуется придерживаться принципа реальности. Человек в критической ситуации часто склонен идеализировать фигуру врача и переоценивать его возможности. Необходимо определить границы своих возможностей и проинформировать пациента о них.

- **Нейтральность к психопатологии.** В обязанности врача входит первичная оценка психического статуса и постановка предварительного диагноза. Однако, какой бы серьёзной не была патология, рекомендуется помнить, что любые психопатологические симптомы являются лишь частью переживаний и особенностей человека и не должны низводить его до статуса «психически больного». Например, галлюцинаторные «голоса» и бред преследования сопровождаются сильным страхом; осознание факта психического расстройства – чувствами вины, стыда, социальной неполноценности; депрессия – ощущением бесконечности страданий, безнадёжностью и др.

- **Избегание навязывания своего темпа коммуникации.** У депрессивных пациентов часто нарушены коммуникативные способности. Это может проявляться в замедлении ассоциативных процессов и темпа 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 в разных формулировках.

Следование данным принципам общения способствует формированию доверительного контакта и даёт возможность пациенту говорить о негативных чувствах. Следует обязательно задать вопросы, касающиеся суицидальных намерений. Возможна следующая последовательность задаваемых вопросов:

1. Вы чувствуете тоску и беспомощность, отчаяние?
2. Чувствуете ли Вы, что никому до Вас нет дела?
3. Есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
4. Бывают ли у Вас фантазии о смерти?
5. Бывают ли у Вас мысли о нанесении себе самоповреждений?
6. Вы чувствуете желание покончить с собой?

Если пациент утвердительно отвечает на последние вопросы необходимо уточнить следующее:

- Как часто появляются мысли о самоубийстве/самоповреждении?
- Представляет ли пациент конкретный способ этого действия?

- Был (есть) ли у него определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?
- Имеется ли доступ к избранному способу (медикаменты, яды, оружие, др.)?
- Чувствует ли он способность противостоять этим мыслям?
- Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?

5.3. Клиническая оценка

Включает в себя анализ ФР суицида и клиническую оценку психического статуса и суицидальных намерений пациента.

- **Относительные ФР СП** указывают на принадлежность к группе риска и вероятность суицидальной дезадаптации (см. «Относительные факторы риска суицидального поведения»). Риск увеличивается при интеграции ряда факторов. Например, пожилой человек, проживающий в одиночестве, страдающий хроническим соматическим заболеванием и депрессией принадлежит к группе высокого суицидального риска.
- **Факторы текущего состояния.** В отличие от ФР, эти факторы описывают *актуальное* поведение и психический статус человека, и *непосредственно* указывают на степень суицидального риска. Следует оценить:
 1. Суицидальные намерения
 2. Наличие депрессии, тревоги и других психопатологических симптомов
 3. Степень безнадёжности и импульсивности
 4. Тяжесть психосоциального стрессора
 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.

1. 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 побеспокою...», «Я вам больше не помешаю...», «Вы меня больше не увидите...» и т.п.
- * *Суицидальные попытки ранее*. Количество и тяжесть парасуицидов прогнозируют вероятность дальнейшего суицидального поведения.
- * *Степень планирования суицида*. Чёткие 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 наличии доступа к средствам, о которых думает пациент.

В качестве дополнительных средств оценки суицидального риска рекомендуется использовать оценочные шкалы (приложения 1, 2).

2. Наличие депрессии и тревоги

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. Особое значение связано с диагностикой синдрома депрессии.

Симптомы депрессии

Основные:

- *Заметное снижение настроения.* Характерные признаки: соответствующие жалобы, «потухший» взгляд, задержка дыхания, тяжёлые вздохи, избегание контактов, сниженная речевая продукция.
- *Снижение интереса к обычным для данного человека делам, контактам и развлечениям.* Утрата способности получать удовольствие от тех занятий, которые в обычных обстоятельствах приносят его.
- *Снижение энергичности, работоспособности, повышение утомляемости.* Человек обвиняет себя за слабость воли, неконкурентоспособность, несоответствие доминирующим социальным нормам.

Дополнительные:

- *Снижение самооценки и потеря уверенности в себе.* Своё прошлое, настоящее и будущее человек воспринимает как череду прошедших и предстоящих неудач, в которых винит только себя.
- *Чрезмерное чувство вины, беспричинное порицание себя.* Субъект гипертрофированно обвиняет себя в реальных и надуманных неудачах, берёт на себя вину за события в жизни близких, а иногда и незнакомых людей.
- *Повторяющиеся мысли и высказывания о смерти, самоубийстве. Суицидальные акты.*

- *Нарушение концентрации внимания, снижение памяти, чувство интеллектуальной неполноценности.* У человека может появиться ощущение, что его умственные способности необратимо снижаются и он болен каким-либо тяжёлым органическим заболеванием мозга. С купированием симптоматики депрессии эти симптомы проходят.
- *Нерешительность*, чрезмерные колебания в выборе даже незначительного решения.
- *Заторможенность*, снижение двигательной активности. Реже – тревожная ажитация, беспокойное повышение двигательной активности.
- *Нарушения сна.* Затруднения в засыпании, пробуждения по ночам, раннее окончательное пробуждение, отсутствие удовлетворённости ночным сном, чувство постоянной мыслительной работы по ночам. Ранние пробуждения (на 2 и более часов раньше обычного) могут свидетельствовать об утяжелении депрессии. Бессонница в ранние утренние часы может сопровождаться тягостными тревожными переживаниями с суицидальными мыслями.
- *Понижение или повышение аппетита.* Понижение аппетита с потерей веса на 5 и более процентов от обычной массы тела также говорит о тяжести состояния. В некоторых случаях повышение аппетита и увеличение веса может служить бессознательной компенсацией отсутствия удовлетворения в других жизненных сферах. Учащение употребления алкоголя также может говорить о безуспешных попытках «ухода» от тяжёлых чувств.
- *Снижение либидо*, уменьшение потребности в сексуальной сфере.
- *Соматические симптомы:* задержка стула, сухость слизистых, снижение артериального давления.

Тревога может быть симптомом невротических и психотических расстройств. Часто сопровождает депрессию. *Невротическая* тревога про-

является жалобами на беспокойство по любым, даже самым мелким причинам, двигательным беспокойством, вегетативной нестабильностью, нарушениями сна, беспокойством о здоровье. Тяжёлые приступы невротической тревоги (панические атаки) сопровождаются страхом смерти, потери рассудка. Тревога и страх *психотического* происхождения сопровождаются параноидным бредом (бред преследования, воздействия), ипохондрическими идеями о наличии неизлечимого заболевания, галлюцинаторными голосами, симптомами открытости мыслей. Как правило, проявляются нарушенным поведением (ажитация, возбуждение, избегание преследований), «странными» высказываниями о преследованиях, «издевательствах», «энергетических влияниях» и пр. Одной из форм избегания тревоги и страха может стать суицид. Слуховые галлюцинации при сочетании параноидного бреда и депрессивной симптоматики могут приобретать императивный суицидальный характер. Страх, сопровождающий психоз, связан с более высоким риском СП, чем невротическая тревога.

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 предотвращении нанесения вреда окружающим*. Примеры: пациент, страдающий шизофренией, объясняет свой тяжёлый парасуицид путём 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 котёнка и швырнуть его о стену».

3. Безнадёжность и импульсивность

Безнадёжность представляет собой психологический феномен депрессивного восприятия реальности, собственного «Я» и будущих перспектив в негативно окрашенных тонах. Её степень оценивается с помощью вопросов Шкалы безнадёжности 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 других. Оценивать выраженность импульсивности принято по таким особенностям личности как низкая толерантность к однообразной деятельности, неспособность довести действие до конца, нетерпеливость, низкая способность к концентрации внимания, частые смены работы, трата денег и пр. *Предполагается, что именно сочетание высокого уровня импульсивности с симптомами депрессии и безнадёжностью является серьёзным предиктором СП.*

4. Тяжесть психосоциального стрессора и ответной реакции

Под психосоциальными стрессорами понимается 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. Примеры стрессовых ситуаций, которые нужно принимать во внимание как возможные триггеры СП:

- Постановка диагноза тяжёлого заболевания;
- Ожидание оперативного вмешательства;
- Разлука/разрыв с партнёром;

- Утраты;
- Семейные конфликты;
- Изменения рода деятельности или материальной обеспеченности;
- Отвержение значимым человеком;
- Ситуации обвинения индивида.

5. Качество социальной поддержки

Наличие поддержки со стороны родных, партнёров, 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.

6. Желание пациента принимать помощь

Сотрудничество пациента с теми, кто оказывает ему помощь, значительно увеличивает шансы на благоприятный исход критической ситуации. Эмоциональная недоступность, сокрытие и диссимуляция суицидальных намерений, 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 /тяжёлого стыда /обиды /сильного страха
- Высокий уровень безнадёжности в высказываниях

- Заметная импульсивность в поведении
- Факт недавнего/текущего кризиса/утраты
- Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты
- Выраженное физическое или психическое страдание (болевым синдромом, «душевная боль»)
- Отсутствие социально-психологической поддержки /не принимающее окружение
- Нежелание пациента принимать помощь /недоступность терапевтических интервенций /сожаления о том, что «остался жив»
- Доминирование негативных чувств врача, нарушающих процесс коммуникации: тревога, неприязнь, бессилие и безнадёжность, идеализация или обесценивание пациента

6. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РИСКА СУИЦИДА

При обнаружении у пациента (обследуемого) признаков суицидального риска (прямые или косвенные суицидальные высказывания, суицидальная попытка, информация от родственников) необходимо:

1. Обеспечить немедленное наблюдение за пациентом. Для этой цели привлекается дополнительный медицинский персонал; в стационарных условиях осуществляется перевод в отделение с возможностью круглосуточного наблюдения.

2. Обеспечить адекватные меры по оценке психического статуса и суицидального риска. При проведении клинического интервью (см. раздел б), врач осуществляет первичную оценку суицидального риска и диагностики психического статуса (предварительный диагноз). При выявлении признаков суицидального риска пациенту рекомендуют и организуют

консультацию психиатра. Порядок проведения психиатрического освидетельствования регулируется статьями 24-26 Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1 июля 1999 г. Как правило, психиатрическое освидетельствование проводится по просьбе или с согласия гражданина (в возрасте до четырнадцати лет - по просьбе или с согласия родителей либо иного законного представителя; гражданина, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя). В случае отказа гражданина от психиатрического освидетельствования, оно может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда есть основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его *непосредственную опасность для себя* и (или) окружающих. Решение о проведении психиатрического освидетельствования в данном случае принимается врачом-психиатром.

3. Обеспечить проведение терапевтических мероприятий, адекватных характеру и тяжести психического расстройства. Уже первичная беседа, проводимая в эмпатической недирективной манере, без избегания темы суицидальности и неприятных чувств пациента, может способствовать установлению рабочего альянса и облегчению состояния пациента. Руководствуясь предварительным диагнозом психического расстройства, врач может назначить медикаментозное лечение на этапе до консультации психиатра. Для терапии депрессии используются антидепрессанты (сертралин, пароксетин, флювоксамин, флуоксетин и др.). Следует помнить, что эффект этих препаратов развивается через 2-4 недели, поэтому они не обладают непосредственным (экстренным) «антисуицидальным» действием. В случае тревоги, агитации, возбуждения возможно назначение бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепам, лоразепам) внутрь или па-

рэнтерально. Психотическое поведение (бред, галлюцинации) предполагает назначение антипсихотиков (галоперидол, трифлуоперазин, рисперидон и др.). Назначая психотропные препараты пациенту с депрессией и суицидальным риском, важно помнить, что одним из самых частых способов суицидальных действий является передозировка этих средств. В связи с этим, необходимо назначать препараты в небольшом количестве и рекомендовать родственникам (объяснить медперсоналу) необходимость контроля над их хранением и приёмом. Также желательно избегать назначения препаратов, с передозировкой которых связан риск летального исхода (например, трициклические антидепрессанты: амитриптилин, имипрамин и др.). Большинство антидепрессантов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС: флюоксетин, сертралин, эсциталопрам и др.) обладают низким индексом фатальной токсичности и поэтому более безопасны. Корректировка лечения, уточнение диагноза, принятие решения о необходимости госпитализации в психиатрический стационар осуществляется врачом-психиатром, с учётом статей 24-44 Главы 4 «Порядок оказания психиатрической помощи» «Закона...».

4. Наладить контакт с родственниками и другими эмоционально значимыми лицами. Родственники и/или другие близкие люди должны быть поставлены в известность о суицидальных намерениях или действиях пациента. Во многих случаях они могут привлекаться для оказания психологической поддержки пациенту и наблюдения за ним.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суицидальное поведение является сложным феноменом, обусловленным разнообразием мотивов и направленным на реализацию изменения поведения «значимых других» или облегчение (прерывание) тяжёлых душевных и/или физических страданий пациента. Последствия суици-

дальних актов переживаются как тяжёлый стресс родственниками пациента и специалистами, оказывающими помощь. Психические расстройства и соматические заболевания представляют собой фактор высокого риска суицида. Большинство тех, кто совершает самоубийство, никогда до этого не обращаются к психиатру. В связи с этим, ранняя диагностика психических расстройств и оценка суицидального риска на этапе первичного звена здравоохранения является важной предпосылкой снижения риска суицида. Успешность оценки риска суицида зависит, как от полноты объективной регистрации врачом предикторов суицидального риска в поведении пациента, так и от внимательного наблюдения за собственными чувствами в процессе коммуникации. Клиническое интервью базируется на эмпатичном, вне моральных оценок принятии пациента и его эмоций вне зависимости от тяжести психопатологии и характера психического расстройства.

Приложение 1

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

Фактор	Значение
Пол	1 – мужской; 0 - женский
Возраст	1 - <19 лет или >45
Депрессия	1 – если есть
Парасуициды в анамнезе	1 – если есть
Злоупотребление алкоголем	1 – если есть
Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 – шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжёлые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 – если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 – если есть, а избранный метод потенциально летален
Отсутствие супруги (супруга)	1 – разведен, вдов, отделён, проживает в одиночестве
Болезнь	1 – если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжёлая

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 р/нед); 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 том числе принудительная)

Приложение 2

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 чьё-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	Определённые планы (завещание, подарки, страховка)
Суицидальная записка	0	Нет
	1	Написана и порвана
	2	Написана и имеется в наличии
Самоотчёт		
Летальность	0	Считал, что действие не приведёт 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 часа
	2	Обдумывал менее 1 дня
	3	Обдумывал более 1 дня
Реакция на совершенное действие	0	Рад, что остался жив

вие	1	Неопределённая или двойственная реакция
	2	Сожалеет, что остался жив
Медицинский риск		
Прогнозируемый исход	0	Определённо выжил бы
	1	Смерть маловероятна
	2	Смерть вероятна или определённая
Вероятность смерти при отсутствии медицинского вмешательства	0	Вероятность отсутствует
	1	Неопределённо
	2	Высокая вероятность смерти

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

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

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

Приложение 3

Шкала безнадёжности (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, т.к. 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	Всё, 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 своё 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 неопределённым
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 счёт – 20 баллов

0-3 балла – безнадёжность не выявлена;

4-8 баллов – безнадёжность лёгкая;

9-14 баллов – безнадёжность умеренная;

15-20 баллов – безнадёжность тяжёлая.