

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ  
Областное государственное бюджетное образовательное учреждение  
дополнительного профессионального образования  
«КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ»  
ФАКУЛЬТЕТ ВОСПИТАНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

## **ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**методические рекомендации для педагогов**



КОСТРОМА  
2024

Авторы – составители:



**Тайгин Олег Валерьевич**, декан факультета воспитания и психологического сопровождения ОГБОУ ДПО «Костромской областной институт развития образования»



**Адоевцева Ирина Викторовна**, доцент кафедры воспитания и психологического сопровождения ОГБОУ ДПО «Костромской областной институт развития образования», к.п.н., доцент

Методические рекомендации посвящены проблемам выявления и профилактики суицидального поведения в детско-подростковых и молодежных коллективах в условиях образовательной организации.

Рекомендации предназначены для педагогов – психологов, социальных педагогов, классных руководителей и кураторов общеобразовательных и профессиональных образовательных организаций, слушателей курсов повышения квалификации и отделений профессиональной переподготовки.

При подготовке методических рекомендаций использовались материалы Центра экстренной психологической помощи МЧС России Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий.

## ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ

Суицид (самоубийство, от лат. *sui* – себя, *caedere* – убивать) является одной из наиболее трагичных форм девиантного (отклоняющегося) поведения, поскольку добровольное лишение себя жизни не есть общепринятая норма.

Девиантное поведение (англ. *deviation* – отклонение) – действия, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе (социальной группе) моральным и правовым нормам и приводящие нарушителя (девианта) к изоляции, лечению, исправлению или наказанию<sup>1</sup>.

В настоящее время не существует единого подхода к изучению и объяснению девиантного поведения. Многочисленные современные отечественные и зарубежные исследования психологии девиантного поведения сконцентрированы на изучении личностных характеристик девиантов, их психического здоровья, проблеме автоидентификации, интериоризации норм и ценностей, роли внутреннего и внешнего контроля.

---

<sup>1</sup> Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко, - 3-е изд., доп. и перераб. – СПб.: Прайм-Евроник, 2006. – С. 122-123.

К внешним факторам, формирующим суицидальные намерения, относят социальную неустроенность, которая является как поводом для самоубийства, так и предпосылкой для возникновения «необходимых» психических и невротических отклонений.

К внутренним факторам можно отнести комплекс вины, депрессию, тяжелые болезни, реальные или мнимые неудачи, инвалидность и т.п.

Попадая под воздействие внутренних и внешних факторов, формирующих суицидальные намерения, человек испытывает глубокое душевное потрясение, под влиянием которого развивается широкая гамма отрицательных эмоций, существенно ослабляющих естественные механизмы психологической защиты, способность личности противодействовать жизненным трудностям.

Таким образом, суицидальное поведение можно считать результатом сложного взаимодействия различного рода социальных, психологических и психофизиологических факторов. Основной его детерминантой всегда является социально-психологическая дезадаптация личности, наступающая вследствие неблагоприятного стечения жизненных обстоятельств, либо при субъективной интерпретации этих обстоятельств как неразрешимых.

Определение риска возможного суицида – задача чрезвычайно сложная. Для эффективной профилактики самоубийств среди детей, подростков и учащейся молодежи необходимо активно выявлять и фиксировать признаки суицидального поведения как в процессе ежедневного наблюдения, так и по результатам периодических мониторинговых обследований на предмет суицидального риска.

### **Ключевые понятия суицидологии**

Пресуицид – некоторый период времени, предшествующий суициду. Пресуицид включает в себя две фазы:

1). Предиспозиционная фаза характеризуется высокой активностью человека в поисках «точки опоры», но по мере того, как исчерпываются варианты улучшения ситуации, крепнет мысль о ее неразрешимости, растет ощущение невыносимости, предположительно констатируется отсутствие желания жить.

На данном этапе мысли о самоубийстве еще блокируются механизмами защиты.

2). Собственно суицидальная фаза пресуицида начинается, если человек не получил поддержки, не нашел выхода из кризиса и длится вплоть до покушения на свою жизнь. На этом этапе углубляется дезадаптация, следствием чего является формирование суицидального поведения.

Самоубийство – умышленное (намеренное) лишение себя жизни. Поскольку самоубийство в настоящее время рассматривается как сознательный поведенческий акт, то не считается суицидом лишение себя жизни по неосторожности или в состоянии невменяемости (неосознавания смысла своих действий и их последствий).

В этих случаях опасные для жизни действия не направляются представлениями о собственной смерти, имеют иные мотивы и цели, и их следует относить к категории несчастных случаев.

В настоящее время не принято считать самоубийствами случаи гибели из-за неоправданного риска, случаи так называемого аутодеструктивного (саморазрушительного) поведения, к которому относят злоупотребление алкоголем, наркотическими, сильнодействующими медикаментозными средствами, курение, намеренную рабочую перегрузку, упорное нежелание лечиться,

рискованный стиль вождения транспортных средств, увлечение видами спорта, связанными с риском для жизни<sup>2</sup>.

При этом в ряде работ указывается, что существует ряд взаимопереходящих форм саморазрушительного поведения, крайней точкой которого является суицид<sup>3</sup>.

Различают завершенные самоубийства (истинные суициды) и незавершенные самоубийства (попытки суицида). Завершенный и незавершенный суицид относятся к различным, относительно самостоятельным феноменам, исходя из того, что в ряде случаев попытки носят демонстративно-шантажный характер при отсутствии умысла на реальный уход из жизни.

Суицидальное поведение – любые внутренние или внешние формы психических актов, определяемые и направляемые представлениями о лишении себя жизни. Суицидальное поведение проявляется в двух основных формах: внешних и внутренних. К внутренним формам относят суицидальные мысли (представления, переживания) и суицидальные тенденции (замыслы, намерения). К внешним формам – суицидальные проявления и суицидальные покушения (попытки).

Суицидальные мысли (представления, переживания) – пассивные размышления об отсутствии ценности, смысла жизни («нет в жизни счастья», «не живу, а существую»), а также представления, фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни («хочется заснуть и не проснуться», «скорее бы умереть»). Считается, что в норме суицидальные мысли бывают практически у всех людей при осознании неразрешимости какого-либо конфликта или психотравмирующего события, но они не переходят в суицидальные тенденции.

---

2 Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М.: Республика, 1994.

3 Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4.

Суицидальные тенденции (замыслы, намерения) – активные размышления, разработка плана суицида, определение способов, времени и места совершения самоубийства.

Когда во внешнем поведении проявляются побуждения к непосредственному осуществлению суицидального замысла, а в речи появляются высказывания в той или иной форме про суицидальные намерения (иногда в виде намеков или шутки), можно говорить о суицидальных проявлениях.

Обычно открытые высказывания суицидальных намерений воспринимаются окружающими в демонстративно-шантажном плане или им вообще не придается должного значения.

Однако их не стоит недооценивать. Во всех случаях при наличии таких высказываний требуется консультация специалиста, поскольку переход суицидальных тенденций в суицидальные тенденции свидетельствует о присоединении к замыслу суицида волевого компонента, побуждающего к непосредственному осуществлению решения – совершению суицидальной попытки.

Суицидальные покушения (попытки) – целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни с целью покончить жизнь самоубийством или с демонстративно-шантажными целями.

Суицидальный риск – потенциальная готовность личности совершить самоубийство. Может быть оценен как соотношение суицидальных и антисуицидальных факторов личности.

В связи со сложностью развития механизмов суицида и для возможности более качественной дифференцированной диагностики суицидоопасных состояний представляется необходимым кратко рассмотреть основные концепции суицидального поведения.

## Концепции суицидального поведения

**Социологическая концепция.** Концепция самоубийств Эмиля Дюркгейма<sup>4</sup> базируется на социальной организации и культурных традициях общества, вследствие чего суицид рассматривается как способ разрешения жизненных проблем, возникающих в результате отчуждения индивида от его социальной группы<sup>5</sup>.

Согласно данной концепции, когда вся сеть социальных отношений хорошо интегрирована, существует высокая степень социального сцепления, люди ощущают себя необходимыми частями общества, к которому они принадлежат, они свободны от чувств психосоциальной изоляции, одиночества или забытости.

Такой тип организации оказывает мощный ингибирующий эффект на тенденцию самоубийств. Культура такого общества действует в том же направлении. Поскольку общество интегрировано, и это единство ощущается всеми членами, его культура также является единой. Ценности принимаются и разделяются всеми его членами, рассматриваются как надындивидуальные, бесспорные и священные. Такая культура не поощряет самоубийства и становится мощным антисуицидальным фактором.

Напротив, общество с низкой степенью сцепления, члены которого слабо связаны между собой и с референтной группой, общество с запутанной сетью социальных норм, с разрозненными культурными ценностями, которые не пользуются всеобщим признанием и являются делом личностного предпочтения, относится

---

4 Давид Эмиль Дюркгейм (фр. David Émile Durkheim, 15 апреля 1858 года - 15 ноября 1917 года) – французский социолог и философ, основатель французской социологической школы и предшественник структурно-функционального анализа. Наряду с Огюстом Контом, Карлом Марксом и Максом Вебером считается основоположником социологии как самостоятельной науки.

5 Биркин А.А., Войцех В.Ф., Костюкевич В.П., Кучер А.А. Теория и практика выявления и предупреждения самоубийств в деятельности практического психолога. – М., 2003. – 266 с



к мощному генератору самоубийств, независимо от климатических или экономических условий и состояния психического и физического здоровья его членов.

Другим типом общества, при котором растет число суицидов, является общество диктаторского направления с ограничением свобод личности, жесткой регламентацией его поведения.

В рамках данной концепции выделяют следующие типы суицидов:

1. Эгоистическое самоубийство у лиц, недостаточно интегрированных в социальной группе. Саморазрушение возникает, поскольку индивид чувствует себя отчужденным и изолированным от общества, семьи и друзей. Характерной его чертой является состояние меланхолии, при котором различные дела, домашние обязанности внушают только чувство безразличия и отчужденности. Человек обращает пристальное внимание на состояние своего сознания, избирая его единственным предметом своего анализа и наблюдения. В силу этой концентрации он углубляется внутрь себя, тем самым увеличивая свое одиночество.

2. Альтруистическое самоубийство при полной интеграции с социальной группой («с чувством долга, с мистическим энтузиазмом, со спокойной храбростью»). Это суицид, который совершается человеком, если авторитет общества или группы подавляет его собственную эго-идентичность.

3. Аномическое самоубийство как реакция личности на тяжелые изменения в социальных устоях общества, приводящие к нарушению взаимных связей индивида и социальной группы по причине неудач в приспособлении.

Основным недостатком этой концепции является недооценка роли личности во взаимоотношениях человека со средой.

**Психологическая концепция.** Согласно данной концепции в формировании суицидальных тенденций личности ведущее место занимает психологический фактор, поэтому наличие у человека определенных психологических особенностей используется для определения степени выраженности суицидального риска. К таким особенностям относят<sup>6</sup>:

- напряженность потребностей, аффективная ригидность, бескомпромиссность в достижении целей со склонностью к импульсивным поступкам;
- эмоциональная зависимость, проявляющаяся в потребности в симбиотических отношениях;
- недостаток эмпатии, интровертированность в сочетании с независимостью в принятии решений и склонностью к мизантропии;
- импульсивная, недифференцированная агрессивность в сочетании с культом насилия, конфликтностью, и ауто-агрессивными проявлениями;
- недифференцированность или искаженность представлений о смерти, обесценивание человеческой жизни по сравнению с другими ценностями;
- непереносимость фрустрации из-за неадекватной самооценки, эмоциональной лабильности, соматовегетативной неустойчивости, интеллектуальной недостаточности, недоразвития механизмов компенсации.

Н.А. Бердяев<sup>7</sup> указывал, что самоубийство – психологическое явление и чтобы понять его, нужно понять душевное состояние

---

6 Ласко Н.Б., Шапиро Л.М. Особенности личности суицидентов и разработка шкалы для определения степени риска суицида // Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1975. – Т. 72. – С. 180-185.

7 Николай Александрович Бердяев (18 марта 1874 года – 23 (24) марта 1948 года – русский религиозный и политический философ, представитель русского экзистенциализма и персонализма.

человека, который решил покончить с собой. В рамках этой концепции Э. Шнейдман<sup>8</sup> перечисляет десять общих психологических характеристик самоубийств:

- общей целью самоубийства является нахождение решения;
- общая задача самоубийства состоит в прекращении сознания;
- общим стимулом к совершению суицида является невыносимая душевная боль – психалгия;
- общим стрессором при суициде являются фрустрированные (нарушенные) психологические потребности;
- общей суицидальной эмоцией является беспомощность – безнадежность;
- общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность;
- общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы;
- общим действием при суициде является бегство;
- общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении;
- общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения.

Автор выделяет также пять групп психологических потребностей, фрустрация<sup>9</sup> которых объясняет большинство самоубийств:

---

<sup>8</sup> Эдвин Шнейдман (13 мая 1918 года – 15 мая 2009 года) – ведущий американский суицидолог, основатель и руководитель ряда центров исследований и профилактики самоубийств в США и основатель Американской Ассоциации Суицидологии, автор множества статей и книг.

<sup>9</sup> Фрустрация – психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей, или, проще говоря, в ситуации несоответствия желаний имеющимся возможностям.

- неудовлетворенные потребности в любви и приятии – связаны с фрустрацией стремления к поддержке и привязанности;
- нарушение контроля, предсказуемости и организованности – связаны с фрустрированными потребностями к достижению, автономии, порядку и пониманию;
- снижение самооценки в силу стыда, поражения, унижения или позора – связаны с фрустрированными потребностями в привязанности, самооправдании и избегании стыда;
- разрушенные значимые отношения, возникшие вследствие этого горе и чувство потери – связаны с фрустрированными потребностями в привязанности и заботе о другом;
- чрезмерный гнев, ярость или враждебность – связаны с фрустрированными потребностями в доминировании, агрессии и противодействии.

**Психопатологическая концепция<sup>10</sup>.** Исходит из предположения о том, что самоубийцы – душевнобольные люди, а суицидальные действия – есть проявление психических расстройств.

Однако в настоящее время подавляющее большинство авторов считают, что суицидальные действия могут совершать как лица с психическими заболеваниями, так и практически здоровые люди. Общеизвестным в отечественной и зарубежной литературе является факт, что только 25 – 30% суицидов совершается психически больными, а остальное количество приходится на психически здоровых и лиц с пограничными расстройствами.

---

<sup>10</sup> О связи самоубийств с психическими расстройствами писал еще французский психиатр Филипп Пинель; в «Врачебно-философском начертании душевных болезней» (1829) он описал «меланхолию с склонностью к самоубийству». Психопатологическую концепцию самоубийств обосновал ученик Пинеля французский психиатр XVIII века Жан-Этьен-Доминик Эскироль (1772 - 1840); результат своей сорокалетней психиатрической деятельности он отразил в руководстве «О душевных болезнях» (1838).

У большинства психически больных суициды встречаются при депрессиях, параноидных и галлюцинаторно-параноидных состояниях.

При психической патологии не существует прямой зависимости суицидального поведения от степени выраженности болезненных симптомов. При пограничных расстройствах суицидальные переживания и действия чаще всего встречаются у психопатов, хронических алкоголиков и у лиц с реактивными состояниями как патологическая форма дезадаптации.

Больные, склонные к суицидальным действиям, в первую очередь требуют внимания врача. Если же суицидальные действия совершают практически здоровые люди в ответ на создавшиеся объективные психотравмирующие обстоятельства, то компетенции врача недостаточно, так как в этих случаях в первую очередь нужно ликвидировать объективные причины, приводящие к суицидальным действиям.

По данным Минздрава России в последнее время стремительно увеличивается количество людей с депрессивными состояниями, особенностью которых является наличие идей собственной неполноценности, пессимистическая оценка будущего, чувство отчаяния, безысходности, идеи самообвинения. По данным некоторых исследователей от 50 до 90% людей в состоянии депрессии имеют суицидальные мысли. Поэтому важно помнить, что констатация депрессивной симптоматики должна настораживать психолога в плане выяснения наличия суицидальных мыслей или тенденций.

**Социально-психологическая концепция.** Данное направление основано на концепции психологического кризиса Эриха Линдемманна<sup>11</sup> и Д. Каплана<sup>12</sup>.

По мнению авторов, суицидоопасный кризис вызывается столкновением личности с непреодолимым в данное время препятствием на пути достижения ее важнейших жизненных целей, ведущим к нарушению адаптации в социальной сфере. Причиной кризиса в большинстве случаев служат конфликты и утраты в лично-семейной сфере.

В нашей стране социально-психологическая концепция была представлена в работах А.Г. Амбрумовой<sup>13</sup>, которая расценивает суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта в различных жизненных ситуациях.

Психологический кризис возникает при невозможности преодоления препятствий в достижении жизненно важных целей способами, сформированными на основе предыдущего индивидуального опыта.

Кризисное состояние характеризуется интенсивными отрицательными эмоциями – чувством неопределенности, беспокойством, тревогой вплоть до дезорганизации, фиксацией на психотравмирующей ситуации, переживаниями собственной беспо-

---

11 Эрих Линдемманн (1900 – 1976) – немецко-американский психиатр, профессор психиатрии Гарвардской медицинской школы, Стенфордского медицинского центра. Представитель так называемой «социальной психиатрии». Основные исследования касаются проблем психиатрии, психологии и психопатологии восприятия, психофармакологии, межличностной коммуникации, а также практики и теории психотерапии и психоанализа.

12 Калман Дж. Каплан – известный психолог, специализирующийся в вопросах, связанных с человеческими отношениями; профессор клинической психологии факультета психиатрии и факультета медицинского воспитания Чикагского медицинского колледжа (Chicago College of Medicine), Иллинойского университета (University of Illinois).

13 Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Сб.: Актуальные проблемы суицидологии. Тр. Московского НИИ Психиатрии, 1978.

мощности, несостоятельности, одиночества, безнадежности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего, выраженными затруднениями в планировании будущего. При этом происходит нарушение познавательной и поведенческой активности.

Психологические кризисы часто сопровождаются различными проявлениями агрессии в отношении самого себя (аутоагрессии).

В остром кризисе наблюдается уменьшение объема внимания, искажение и снижение скорости усвоения информации, происходит неадекватная схематизация критической ситуации, нарушается способность к принятию конструктивных решений. Также наблюдаются определенные соматические нарушения: ухудшение самочувствия, ощущение физической слабости, истощения, возникновение или обострение хронических заболеваний.

Психологические кризисные состояния имеют разнообразные варианты развития, среди которых наиболее часто встречаются:

1. Постепенное нарастание эмоционального и нервно-психического напряжения, накопление и усиление отрицательно окрашенных эмоций в связи с объективной или субъективной невозможностью разрешения жизненных проблем, вследствие чего увеличивается вероятность суицидального поведения.

2. Возникшее внезапно психоэмоциональное напряжение, вызванное неожиданным событием, вызывает резкое изменение модуса поведения в первые часы или сутки после психотравмы.

3. Мотивы и поводы суицидальных поступков в рамках интегративного подхода (в порядке последовательного уменьшения удельного веса) по С. Бородину, А. Михлину<sup>14</sup>:

1. Лично-семейные конфликты, в том числе:

---

14 Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 28-43.

- несправедливое отношение (оскорбления, обвинения, унижения) со стороны родственников и окружающих;
  - ревность, супружеская измена, развод;
  - потеря значимого другого, болезнь и смерть близких;
  - препятствия к удовлетворению ситуационной актуальной потребности;
  - неудовлетворенность поведением и личностными качествами значимых других; одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция;
  - неудачная любовь;
  - недостаток внимания, заботы со стороны окружающих;
  - половая несостоятельность.
2. Состояние психического здоровья, в том числе:
- реальные конфликты у психически больных;
  - патологические мотивировки;
  - постановка психиатрического диагноза.
3. Состояние физического здоровья, в том числе:
- соматические заболевания, физические страдания;
  - уродства.
4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента, в том числе:
- опасение судебной ответственности;
  - боязнь иного наказания или позора;
  - самоосуждение за неблагоприятный поступок.
5. Конфликты в профессиональной или учебной сфере, в том числе:
- несостоятельность, неудачи на работе или в учебе, падение престижа;
  - несправедливые требования к исполнению профессиональных или учебных обязанностей.
6. Материально-бытовые трудности.
7. Другие мотивы и поводы.



Э. Шнейдман<sup>15</sup> выделяет такие общие черты, свойственные всем суицидентам:

*Общая цель всех суицидентов – поиск решения; цель каждого суицида состоит в том, чтобы найти решение стоящей перед человеком проблемы, вызывающей интенсивные переживания.*

*Общим стимулом при суициде является невыносимая психическая (душевная) боль. Боль рассматривается как мучение, душевные страдания и терзания. Невыносимая душевная боль является тем, от чего хочется избавиться или убежать. Никто не совершает суицид от радости.*

*Общей суицидальной эмоцией является беспомощность. В суицидальном состоянии человек испытывает состояние безнадежности, бессилия, беспросветности, уныния, нередко депрессии.*

*Общим внутренним отношением к суициду является двойственность (амбивалентность). Это одновременное переживание двух противоположных чувств, например, любовь и ненависть. Каждый суицидент хочет умереть, но так, чтобы его спасли.*

*Общим действием при суициде является бегство (агрессия). Смыслом самоубийства является избегание чего-то. Так, по его мнению, можно кардинально изменить свою жизнь.*

*Общей закономерностью является соответствие общему стилю поведения в жизни.*

---

15 Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. – Барнаул, 2014. – С. 12.

### **Повторные суицидальные попытки**

Повторные суицидальные попытки, также как и первичные, могут носить истинный характер. Если медицинские последствия первичных покушений не всегда бывают тяжелыми, что обусловлено в одних случаях недостаточной продуманностью и подготовленностью попытки, в других – неправильной информацией о результативности выбранного способа, то при повторных попытках медицинские последствия, как правило, более тяжелые, с более высокой летальностью. При этом способ, время и место совершения суицида выбираются таким образом, чтобы исключить возможность вмешательства.

Лишь в молодом возрасте, когда после первой попытки ситуация в результате непосредственного влияния суицидальных действий суицидента изменяется в благоприятную сторону, прослеживается тенденция к закреплению суицидального поведения как модуса реагирования в конфликтной ситуации.

Попытки приобретают отчетливо выраженную установку на достижение поставленной цели, изменения ситуации в свою пользу. Повторные попытки в этих случаях могут быть менее тяжелыми, чем первичные, однако высота аффективного напряжения, импульсивность в реализации суицидальных намерений, а также снижение степени контроля за поведением, особенно на фоне алкогольного или наркотического опьянения, повышают риск «переигранных» покушений и тяжесть их последствий<sup>16</sup>.

Прогнозирование риска повторного суицидального поведения должно начинаться сразу же после первичных покушений на самоубийство, т.к. во многих случаях сохраняется опасность их повторения уже в ближайшем постсуицидальном периоде.

---

<sup>16</sup> Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Семейная диагностика в суицидальной практике: Методические рекомендации. – М., 1983.

Особо важным в плане прогноза является учет типологии постсуицидальных состояний, коррелирующих со степенью суицидального риска. Выделяют четыре типа постсуицидов<sup>17</sup>.

**Критический постсуицид.** Конфликт утратил свою актуальность, суицидальных тенденций нет, отношение к совершенной попытке негативное, с чувством вины и стыда перед окружающими, страхом перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки и пониманием того, что покушение на свою жизнь не разрешает ситуацию.

При данном постсуициде вероятность повторения покушения минимальна, однако, она не исключается в будущем, поскольку сохраняются внутренние условия для гиперболизации конфликтов и особенности личностных реакций.

**Манипулятивный постсуицид.** Конфликтная ситуация значительно улучшилась для человека под влиянием его суицидальных действий, суицидальных тенденций нет. Отношение к совершенной попытке включает чувство легкого стыда и страх перед возможным смертельным исходом. В тоже время имеется отчетливое понимание, что суицидальные действия в будущем могут служить способом достижения своих целей и средством влияния на окружающих.

Этот механизм часто закрепляется, в результате чего вероятность повторных суицидов в конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их опасности для жизни уменьшается. Намечается тенденция к демонстративно-шантажному поведению.

По данным статистики из суицидентов с манипулятивными постсуицидами повторные попытки совершает почти каждый второй.

---

17 Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4.

**Аналитический постсуицид.** Конфликт по-прежнему актуален для суицидента, суицидальных тенденций нет, отношение к совершенной попытке негативное, опробуются новые способы разрешения конфликта. Если таковые не найдены, а конфликтная ситуация оказывается невыносимой для человека, то возможно повторение попытки, но уже не как «необдуманый шаг» под влиянием аффекта, а как единственный выход из «тупика», с большим риском смертельного исхода.

По данным статистики из суицидентов с аналитическими постсуицидами повторные попытки бывают у каждого.

**Суицидально-фиксированный постсуицид.** Конфликт актуален, суицидальные тенденции сохраняются и могут скрываться, отношение к суициду положительное, причем вербально это может выражаться в таком, например, заявлении: «Не вижу иного пути». Сохраняется высокая степень риска повторного суицида. Наиболее серьезные (по намерениям и способам) повторные покушения наблюдаются у суицидентов данной группы.

## СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Барьером понимания возможности диагностики суицидоопасных состояний является расхожее мнение о том, что нет внешних признаков, указывающих, что человек решил покончить с собой. В подобных высказываниях есть рациональный смысл. «Заглянуть в душу», познать внутренний мир человека, действительно, очень сложно. В то же время, как показывает практика, такие возможности имеются.

В настоящее время выделены прогностические критерии суицидального риска, группы индикаторов суицидального риска, разработаны формы тематических бесед, созданы батареи тестовых методик.

Знание и применение этих методов как в рамках профессионального психологического обследования, так и в процессе динамического наблюдения за психологическим состоянием обучающихся, позволит своевременно выявлять лиц с высоким риском суицидальных проявлений и способствовать предупреждению суицидальных попыток.

Основной прогностической категорией, выявляемой в результате диагностики и определяющей разработку системы превентивных мер, является интегральная оценка суицидального риска.

При оценке суицидоопасности в каждом конкретном случае необходимо учитывать совокупность личностных и ситуационных факторов.

Для более точного прогноза суицидального риска необходимо также систематическое изучение морально-психологического климата в детско-подростковых и молодежных коллективах (с акцентом на эмоциональный статус одноклассников, степень удовлетворенности межличностными взаимоотношениями, общую сплоченность коллектива).

При этом для определения степени суицидального риска необходимо выявлять и сопоставлять как про-, так и антисуицидальные факторы.

В качестве антисуицидальных выступают факторы представлений и деятельности личности, препятствующие реализации суицидальных намерений<sup>18</sup>.

На индивидуальном уровне антисуицидальные факторы – это устойчивое позитивное отношение к жизни и негативное – к смерти, знание различных и субъективно приемлемых путей разрешения конфликтных ситуаций, наличие эффективных механизмов психологической защиты, высокий уровень социализации личности.

Конкретными формами выражения антисуицидальных личностных факторов могут быть, например, эмоциональная привязанность к значимым близким, родительские обязанности, выраженное чувство долга, боязнь причинить себе физическое страдание, представление о греховности суицида, представления о неиспользованных жизненных возможностях и т.д.

Чем больше отмечено антисуицидальных факторов в отношении к данному человеку, тем прочнее его антисуицидальный барьер, тем менее вероятны суицидальные действия, и наоборот.

---

18 Тихоненко В.А. Покушения на самоубийство и их профилактика. Диссертация на соискание уч. ст. д. м. н. – М., 1981.

Антисуицидальные факторы могут быть выделены как в ходе индивидуальной беседы, так и по результатам психодиагностического тестирования.

Каждый случай суицида всегда индивидуален. Однако выделяется ряд прогностических критериев и индикаторов, с помощью которых можно строить вероятностный прогноз в отношении суицидального риска.

Основой для оценки риска суицида является интервью с человеком и последующий анализ позиций данного интервью. Ряд маркеров риска возможно выявить (подтвердить) также на этапе социально-биографического изучения личности, по результатам психодиагностического тестирования и данным медицинского осмотра, а также в результате наблюдения.

Ниже представлен психодиагностический инструментарий, использование которого позволит своевременно выявлять лиц с высоким риском суицидальных проявлений.

Внимание!!! Очевидно, что выявленные прогностические оценки не могут сохранять свою значимость на отдаленных этапах жизни человека.

Прогнозирование индивидуального суицидального поведения применительно только к ближайшему периоду времени в силу многообразия и изменчивости факторов, играющих сложную и неоднозначную роль в мотивации аутоагрессивного поведения.

Прогностические критерии суицидального риска<sup>19</sup> разделяются на санкционирующие (маркеры риска) и лимитирующие суицидальное поведение (таблица 1).

---

19 Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. – Днепропетровск, 1999.

## Прогностические критерии суицидального риска

Таблица 1.

ПРИЗНАКИ	САНКЦИОНИРУЮЩИЕ	ЛИМИТИРУЮЩИЕ
Возраст	Подростковый, зрелость (40-50 лет), пожилые	Детский, до 40 лет
Пол	Мужской	Женский
Раса	Белая	Остальные
Семейное положение	Разведённые, вдовы, одинокие (после 40 лет)	Семейные
Социально-экономическое положение	Периоды экономического спада, резкое изменение национальной мотивации и социокультурных условий, эмиграция	Периоды высокой занятости, локальных войн и вооружённых конфликтов
Время года	Тёплое (апрель – сентябрь)	Холодное (октябрь – март)
Физическое здоровье	Наличие хронических заболеваний, ведущих к инвалидизации и фатальные болезни (напр. СПИД, онкозаболевания)	Удовлетворительное
Суицидальное поведение в прошлом	Да, особенно суицидоопасны первые 3-6 мес. после совершения суицидальной попытки	Нет
Заявления о суициде	Да (свыше 50 % суицидентов говорили о своём намерении)	Нет
Лечение в психиатрической больнице	Да	Нет
Наследственная отягощённость	Да	Нет
Особенности личности	Эмоциональная лабильность, повышенная	Психоастеники, шизоиды



**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

	напряжённость потребностей, низкая способность к формированию компенсаторных механизмов, низкая самооценка, неумение ослабить фрустрацию, импульсивность, эксплозивность, демонстративность	
Психические состояния	Наличие психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголь, наркотики), аффективные расстройства настроения, шизофрении, ПТСР, а также расстройства личности, сопровождающиеся агрессивным поведением, вспышками возбуждения и насилия	Без психических расстройств
Психопатические синдромы	Депрессивный (особенно с идеями самоуничтожения и самообвинения), депрессивно-параноидный, аффективно-бредовый, тревожно-фобический, галлюцинаторно-параноидный с императивными вербальными галлюцинациями суицидального содержания, метафизической интоксикации	Астенический, ипохондрический, маниакальный, апато-абулический, нейроидный, паранойяльный бред суженности, реформаторства и изобретательства
Медикаментозные средства	Потенцирующие развитие депрессии: кортикостероиды, резерпин, антигипертензивные (пропранолол), аминазин, некоторые противораковые и противозачаточные препараты	Нет

К индикаторам суицидального риска относятся особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые свидетельствуют о повышенной степени суицидального риска.

**Ситуационные:** Любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска: смерть близкого человека, физическое насилие, денежные долги, потеря статуса в референтной группе, угроза тюремного заключения, получение инвалидности, неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти, ревность, публичное унижение, коллективная травля, одиночество и т.д.

**Поведенческие:**

- любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно отдаляющие от близких и друзей; стремление к уединению, несвойственная замкнутость и снижение двигательной активности у подвижных, общительных («зловещее спокойствие» и собранность); возбужденное поведение, повышенная активность и общительность у малоподвижных и молчаливых;
- склонность к опрометчивым и безрассудным поступкам;
- чрезвычайно настойчивые просьбы о переводе в другой класс / группу;
- чрезмерное употребление алкоголя и таблеток;
- посещение врача без очевидной необходимости;
- несвойственные ранее проявления щедрости (раздаривание личных вещей, расставание с деньгами);
- приведение дел в порядок (урегулирование конфликтов, письма родственникам и друзьям и т.д.);
- уход из дома;
- изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;

- выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами; фиксация на примерах самоубийства;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- нарушение дисциплины или снижение качества работы и связанные с этим неприятности в учебе;
- приобретение средств для совершения суицида.

**Коммуникативные:**

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» – прямое сообщение, «Скоро все это закончится» – косвенное) одноклассникам, в записках родственникам, друзьям и знакомым;
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни;
- уверения в беспомощности и зависимости от других;
- медленная, маловыразительная речь;
- сообщение о конкретном плане суицида;
- высказывание самообвинения;
- многозначительное прощание с другими людьми;
- двойственная оценка значимых событий.

**Когнитивные:**

- разрешающие установки относительно суицидального поведения;
- негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;
- представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить;
- представление о мире как месте потерь и разочарований;
- представление о будущем как бесперспективном, безнадежном;
- «Туннельное видение» - неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;

- наличие суицидальных мыслей, намерений, планов; в ряде случаев могут приобретать «художественное» оформление: в записной книжке, тетради для занятий изображаются рисунки, иллюстрирующие депрессивное состояние (например, гробы, кресты, виселицы и т.п.).

**Эмоциональные:**

- амбивалентность по отношению к жизни (люди, совершающие самоубийство, испытывают двойственное отношение к жизни и смерти, даже в момент суицидальной попытки: они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли);
- безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние;
- переживание горя;
- признаки депрессии: приступы паники, выраженная тревога, сниженная способность к концентрации внимания и воли, бессонница или повышенная сонливость, умеренное употребление алкоголя и утрата способности испытывать удовольствие, чувство неполноценности, потеря самоуважения, пессимистическое отношение к будущему, хроническая усталость, замедленные движения и речь, изменение аппетита с последующим увеличением или потерей веса, снижение полового влечения;
- несвойственная агрессия или ненависть к себе, гнев, враждебность;
- вина или ощущение неудачи, поражения;
- чрезмерные опасения или страхи;
- чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;
- рассеянность или растерянность.

**План-схема индивидуальной беседы по выявлению признаков нервно-психической неустойчивости<sup>20</sup>.**

Защитой личности от социально-стрессовых факторов внешней среды является ее нервно-психическая устойчивость. При нормальной адаптации к внешним условиям индивид находится в состоянии баланса (равновесия) с социально-стрессовыми факторами.

При ослаблении психического здоровья или ухудшении средовых условий жизни, уровень нервно-психической устойчивости становится недостаточным для компенсации социально-стрессовых факторов. Возникает нервно-психическая неустойчивость, дисбаланс, социальная дезадаптация.

В понимании отклоняющегося поведения это приводит к неадекватным поведенческим реакциям, в том числе межперсональным конфликтам, и к суицидальным действиям. Психическое состояние таких людей варьирует от нормального до психических расстройств, сопровождающихся сверхценными идеями или бредом самоуничтожения.

В ходе индивидуальной беседы рекомендуется обращать внимание на признаки нервно-психической неустойчивости, которые можно зафиксировать в сообщениях собеседника и в особенностях его поведения в ходе разговора (перечень признаков НПН смотри в план-схеме беседы).

Выявленные факты необходимо отражать в план-схеме учета признаков НПН сразу после беседы, при обязательном отсутствии собеседника, а также посторонних лиц.

Некоторые требования к проведению индивидуальной беседы:

---

<sup>20</sup> Методика организации деятельности командиров воинских частей, их заместителей по воспитательной работе, войсковых психологов по изучению особенностей пополнения (Методическое пособие) / Под общей ред. Н.И. Резник. – М., 2003. – 67 с.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

1. Беседа проводится в отдельном кабинете (комнате), без посторонних лиц, с соблюдением максимального такта и внимательного отношения к обследуемому, который должен быть уверен, что сообщенные им сведения не будут разглашены и будут использованы только в его интересах.

2. До начала беседы необходимо ознакомиться с документами, характеризующими обследуемого, и выявить те моменты, которые требуют особого внимания или уточнения.

3. Беседа должна носить неформальный характер. Внешний вид проводящего беседу, мимика, жесты, тон задаваемых вопросов – все должно вызывать доверие обследуемого.

4. Вопросы интимного характера должны ставиться в косвенной форме.

5. Не рекомендуется в ходе беседы давать какие-либо оценки обследуемому, сообщать ему свое мнение по поводу ответов на поставленные вопросы.

6. Не рекомендуется настаивать на ответе, если собеседник не желает отвечать на поставленный вопрос.

**Регистрационный бланк**

№	Перечень признаков нервно-психической неустойчивости и условий, способствующих ее развитию	№ обследуемого по списку							
		1	2	3	4	5	6	7	...
1	Воспитывался без родителей								
2	Умер один из родителей								
3	Родители в разводе								
4	Близкие родственники или родители страдают (страдали) психическими заболеваниями								
5	Родители или близкие родственники имели судимость								
6	Неприятное отношение к родителям								
7	Плохие взаимоотношения в семье								

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

8	Чрезмерно строгое воспитание								
9	Чересчур мягкое («тепличное») воспитание								
10	Безнадзорность								
11	Побеги из дома								
12	Отец (мать) злоупотреблял(а) спиртными напитками								
13	Отец (мать) лечился(ась) от алкоголизма								
14	Тяжелые жилищно-бытовые условия								
15	Очень низкая успеваемость								
16	Значительные нарушения дисциплины								
17	Замкнутость, боязнь выступлений перед аудиторией								
18	Значительные и частые конфликты с одноклассниками (в настоящее время)								
19	Нарушения производственной дисциплины (опоздания, прогулы ...)								
20	Значительные и частые конфликты с одноклассниками (на прежнем месте обучения)								
21	Низкая работоспособность, быстрое наступление усталости								
22	Систематическое употребление алкоголя								
23	Признаки алкоголизма								
24	Раннее начало употребления алкоголя (в 13-15 лет)								
25	Раннее начало курения (в 13 - 15 лет)								
26	Употребление наркотиков								
27	Многочисленные конфликты в семье								
28	Повышенная раздражительность вспыльчивость								
29	Агрессивность								
30	Чрезмерные депрессивные реакции								
31	Эгоистическая направленность интересов								

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

32	Концентрация интересов на сфере отдыха и развлечений								
33	Антисоциальная направленность личности								
34	Сверхценные идеи								
35	Отсутствие определенных целей в жизни, определяемое низким общим развитием								
36	Отрицательное отношение к работе и обязанностям								
37	Необщительность, замкнутость								
38	Стеснительность, робость, застенчивость								
39	Чрезмерная общительность, депрессивные реакции в одиночестве								
40	Отчуждение от коллектива								
41	Постоянное желание быть в центре внимания окружающих								
42	Подозрительность, злобность, мнительность по отношению к товарищам								
43	Ощущение несправедливого отношения со стороны окружающих, обидчивость, мстительность								
44	Чрезмерно выраженные явления адаптационного периода								
45	Многочисленные жалобы на состояние здоровья								
46	Имелись тяжелые травмы головы с потерей сознания								
47	Повышенная утомляемость								
48	Расстройства сна (длительное засыпание, поверхностный сон, частые пробуждения ночью, устрашающие сновидения)								
49	Ощущение усталости и вялости по утрам								
50	Сонливость днем								
51	Нетерпеливость, непоседливость, суетливость								
52	Раздражительность, вспыльчивость								
53	Головные боли								



**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

54	Головокружения								
55	Обмороки, потеря сознания								
56	Судорожные припадки								
57	Перенесенные инфекции нервной системы								
58	Преобладание беспричинно плохого настроения								
59	Преобладание беспричинно приподнятого настроения								
60	Беспричинные периодические перемены настроения								
61	Плаксивость								
62	Частые ощущения «комка» в горле								
63	Трудности сосредоточения внимания								
64	Плохая память								
65	Навязчивости								
66	Страхи								
67	Частые сомнения в правильности выполненных действий (закрывает ли дверь, выключил ли свет ...)								
68	Снохождение								
69	Энурез (ночное недержание мочи)								
70	Раннее начало половой жизни								
71	Беспорядочные и многочисленные половые связи								
72	Повышенный интерес к сексуальным вопросам								
73	Чрезмерная фиксация внимания на вопросе о верности подруги (друга)								
74	Сведения о половых извращениях								
75	Отсутствие элементарных знаний								
76	Непонимание сущности явлений								
77	Малый запас слов								
78	Примитивность суждений								

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

79	Очень низкая успеваемость в школе								
80	Развязанное поведение								
81	Враждебное отношение к проводящему беседу								
82	Замкнутость								
83	Нерешительность, робость								
84	Усталый, угнетенный вид у испытуемого								
85	Нетерпеливость, суетливость								
86	Заикание								
87	Тик, дрожание, судорожное подергивание мышц								
88	Недостатки артикуляции (косноязычие, шепелявость)								
89	Неловкость, угловатость движений								
	Общее количество фактов фиксации («+»)								

В ходе беседы наличие признака отмечается в соответствующей графе знаком «+».

Ключ. При обработке результатов подсчитывается общее количество «+» в графе номера, соответствующего конкретному человеку.

Интерпретация. Если общая сумма фактов фиксации признаков нервно-психической неустойчивости (знаков «+») превышает 45 ед. – данный обследуемый требует особого контроля и внимания в ходе последующего наблюдения и изучения документов с целью выявления у него признаков нервно-психической неустойчивости.

Если общая сумма фактов фиксации признаков нервно-психической неустойчивости (знаков «+») более 60 ед. – данный обследуемый явно имеет признаки нервно-психической неустойчивости и заносится в списки для последующего углубленного обследования.

Если общая сумма фактов фиксации признаков нервно-психической неустойчивости (знаков «+») превышает 75 ед. – данного обследуемого требуется представить на обследование к невропатологу (психиатру) по причине ярко выраженных признаков нервно-психической неустойчивости.

Примечание: Если у обследуемого в последние 2 - 3 года были черепно-мозговые травмы с потерей сознания, то он сразу относится к категории лиц с признаками нервно-психической неустойчивости, при этом беседа продолжается для выявления дополнительных признаков, влияющих на особенности проявления НПН у данного обследуемого.

**Карта риска суицидальности**<sup>21</sup>. Карта предназначена для определения риска совершения суицида и степени такого риска у людей, оказавшихся в тяжелых жизненных ситуациях.

В карту включен 31 фактор риска суицида, наличие каждого из которых необходимо выявить у конкретного обследуемого. Достоверность методики повышается, если она будет применяться с использованием других источников информации и способов изучения личности.

При заполнении карты целесообразно исходить не только из субъективной оценки обследуемым самого себя, но из впечатлений классного руководителя (куратора), одноклассников.

На основании материалов изучения личности, а также по результатам индивидуальной беседы необходимо оценить каждый фактор риска.

Факторы 8, 9, 11 – 31 при их присутствии (выраженности) оцениваются баллом «1». Наиболее значимые факторы анамнеза – баллами «2» (5 – 7 факторы) и «3» (1 – 4, 10 факторы).

В случае слабой выраженности какого-либо фактора ему присваивается балл, равный половине от «1», «2», «3».

---

21 Конончук Н.В. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями // Методические рекомендации. – Л., 1983.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

При отсутствии (невыраженности) любого из 31 фактора он оценивается баллом «0,5». Не выявленные по разным причинам факторы (обследуемый отказался отвечать, не помнит / не знает какую-либо информацию) оцениваются баллом «0». Не выявленными по разным причинам могут быть не более 3 факторов. Нулем оцениваются также факторы 7 и 10 у лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год). Затем вычисляется алгебраическая сумма всех факторов.

Характеристика наличия факторов	Номера факторов		
	8, 9, 11 – 31	5 – 7	1 – 4, 10
Фактор отсутствует (не выражен)	- 0,5	- 0,5	- 0,5
Фактор слабо выражен	+ 0,5	+ 1	+ 1,5
Фактор присутствует (выражен)	+ 1	+2	+3
Наличие фактора не выявлено	0	0	0

### Интерпретация

Если полученная величина меньше, чем 8,86 – риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется в пределах от 8,86 до 15,48 – то имеется риск совершения суицидальной попытки. В случае, когда сумма баллов превышает 15,48, риск суицида обследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства значителен риск ее повтора.

### Регистрационный бланк

<b>Данные анамнеза:</b>	
1. Возраст первой суицидальной попытки до 20 лет.	
2. Ранее имела место суицидальная попытка.	
3. Суицидальные попытки у родственников.	
4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет).	
5. Недостаток тепла в детстве или юношестве.	

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

6. Полная или частичная безнадзорность в детстве.	
7. Начало половой жизни – 20 лет и ранее.	
8. Ведущее место любовных ценностей в системе ценностей.	
9. Незначительная роль производственной сферы в системе ценностей.	
10. Развод в анамнезе.	
<b>Актуальная конфликтная ситуация:</b>	
11. Ситуация неопределенности, ожидания.	
12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений.	
13. Продолжительный конфликт.	
14. Подобный конфликт имел место ранее.	
15. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни.	
16. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной ситуации.	
17. Чувство обиды, жалости к себе.	
18. Чувство усталости, бессилия.	
19. Суицидальные высказывания, угрозы суицида.	
<b>Характеристика личности:</b>	
20. Эмоциональная лабильность.	
21. Импульсивность.	
22. Эмоциональная зависимость, потребность в симбиотических отношениях.	
23. Доверчивость.	
24. Эмоциональная вязкость, ригидность аффекта.	
25. Болезненное самолюбие.	
26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений.	
27. Напряженность потребностей.	
28. Настойчивость.	
29. Решительность.	
30. Бескомпромиссность.	
31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.	

**Методика выявления склонности к суицидальным реакциям.** Методика предназначена для выявления склонности к суицидальным реакциям. Позволяет выявлять лиц, имеющих склонности к суицидальным реакциям, и формировать из них группу риска. Является авторской разработкой (П.И. Юнацкевич).

Вопросы являются адекватными суицидальным проявлениям. Их валидизация произведена благодаря клиническим исследованиям лиц с суицидальным поведением (n = 175).

При интерпретации полученных данных следует помнить, что методика констатирует лишь начальный уровень развития склонности личности к суициду в период ее обследования.

При наличии конфликтной ситуации, других негативных условий и деформирующейся мотивации витального существования (ослабление мотивации дальнейшей жизни) эта склонность может развиваться<sup>22</sup>.

### Опросник

Инструкция: Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего здоровья и характера. Если Вы согласны с утверждением, поставьте «+» в графе «Да» в регистрационном бланке, если нет – поставьте «-» в графе «Нет». Над ответами старайтесь долго не задумываться, правильных или неправильных ответов нет.

1. Как Вы считаете, может ли жизнь потерять ценность для человека в некоторой ситуации?
2. Жизнь иногда хуже смерти.
3. В прошлом у меня была попытка уйти из жизни.
4. Меня многие любят, понимают и ценят.

---

<sup>22</sup> Профилактика самоубийств в органах и подразделениях внутренних дел: Методическое пособие / Под общ. ред. В.М. Бурькина. – М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2004. – 200с.

5. Можно оправдать безнадежно больных, выбравших добровольную смерть.

6. Я не думаю, что сам могу оказаться в безнадежном положении.

7. Смысл жизни не всегда бывает ясен, его можно иногда потерять или не найти.

8. Как Вы считаете, оказавшись в ситуации, когда Вас предадут близкие и родные, Вы сможете жить дальше?

9. Я иногда думаю о своей добровольной смерти.

10. В любой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.

11. Всегда и везде стараюсь быть абсолютно честным человеком.

12. У меня, в принципе, нет недостатков.

13. Может быть, дальше я жить не смогу.

14. Удивительно, что некоторые люди, оказавшись в безвыходном положении, не хотят покончить с собой.

15. Чувство обреченности в итоге приводит к добровольному уходу из жизни.

16. Если потребуется, то можно будет оправдать свой уход из жизни.

17. Мне не нравится играть со смертью в одиночку.

18. Часто именно первое впечатление о человеке является определяющим.

19. Я пробовал разные способы ухода из жизни.

20. В критический момент я всегда могу справиться с собой.

21. В школе я всегда отличался (отличалась) только хорошим поведением.

22. Могу обманывать окружающих, чтобы ухудшить свое положение.

23. Вокруг меня достаточно много нечестных людей.

24. Однажды я выбирал несколько способов покончить с собой.

25. Довольно часто меня пытаются обмануть или ввести в заблуждение.

26. Я бы не хотел моментальной смерти после тяжелых переживаний.

27. Я стал бы жить дальше, если бы случилась мировая ядерная война.

28. Человек волен поступать со своей жизнью так, как ему хочется, даже если он выбирает смерть.

29. Если человек не умеет представлять себя в выгодном свете перед руководством, то он многое теряет.

30. Никому никогда не писал предсмертную записку.

31. Однажды пытался покончить с собой.

32. Никогда не бывает безвыходных ситуаций.

33. Пробовал покончить с собой таким образом, чтобы не чувствовать сильной боли.

34. Надо уметь скрывать свои мысли от других, даже если им нет до меня дела.

35. Душа человека, наверное, испытывает облегчение, если сама оставляет этот мир.

36. Могу оправдать любой свой поступок.

37. Если я что-то делаю, а мне начинают мешать, то я все равно буду делать то, что задумал.

38. Чтобы человеку избавиться от неизлечимой болезни и перестать мучиться, он, наверное, должен сам прекратить свои муки и уйти из этой жизни добровольно.

39. Бывает, сомневаюсь в психическом здоровье некоторых моих знакомых.

40. Однажды решался покончить с собой.

41. Меня беспокоит отсутствие чувства счастья.

42. Я никогда не иду на нарушение закона даже в мелочах.

43. Иногда мне хочется заснуть и не проснуться.

44. Однажды мне было стыдно из-за того, что хотелось бы уйти из жизни.



45. Даже в самой тяжелой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.

Ключ шкалы лжи (L)

«Да» (+)	«Нет» (-)
11, 12, 18, 21, 23, 25, 29, 34, 39	42

Подсчитывается количество совпадений ответов с ключом. Оценочный коэффициент (L) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (10):

$L = N/10 \pm 0,16$ , где N – количество совпадающих с ключом ответов.

Показатели, полученные по шкале лжи, могут варьировать от 0 до 1.

Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком стремлении приукрасить себя и неадекватности ответов, близкие к 0 – о низком уровне и относительно надежной (при условии  $L < 0,6 \pm 0,16$ ) достоверности результатов обследования.

Ключ шкалы склонности к суицидальным реакциям (Sr)

«Да» (+)	«Нет» (-)
1, 2, 3, 5, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 24, 28, 31 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44	4, 6, 8, 10, 17, 20, 26, 27, 30, 32, 45

Подсчитывается количество совпадений ответов с ключом. Оценочный коэффициент (Sr) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (35):

$Sr = N/35 \pm 0,07$ , где N – количество совпадающих с ключом ответов.

Показатели, полученные по этой методике, могут варьировать от 0 до 1.

### Шкала оценок склонности к суицидальным реакциям (Sr)

Уровень оценки Sr	Уровень проявления	Оценка в баллах
0,01 – 0,23	Низкий	5
0,24 – 0,38	Ниже среднего	4
0,39 – 0,59	Средний	3
0,60 – 0,74	Выше среднего	2
0,75 – 1,00	Высокий	1

### Интерпретация результатов

5 баллов – низкий уровень склонности к суицидальным реакциям.

4 балла – суицидальная реакция может возникнуть только на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики.

3 балла – «потенциал» склонности к суицидальным реакциям не отличается высокой устойчивостью.

2 балла – группа суицидального риска с высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям (при нарушениях адаптации возможна суицидальная попытка или реализация саморазрушающего поведения).

1 балл – группа суицидального риска с очень высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям (ситуация внутреннего и внешнего конфликта, нуждаются в медико-психологической помощи).

**Опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой.** Данный опросник предназначен для диагностики суицидального риска, выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения попыток самоубийства.

Опросник ОСР прошел психометрическую адаптацию. На первом этапе при обследовании 24 пациентов кризисного стационара на базе больницы № 20 г. Москвы были отобраны пункты ММИА (Березин), выражающие специфику ответов суицидентов по сравнению с обычными людьми. На втором этапе перечень пунктов из ММИА был дополнен рядом авторских оригинальных вопросов, и пилотажная версия ОСР из 72 пунктов предъявлялась 77 испытуемым с целью отбора пунктов по методу экстремальных групп. 20 испытуемых из 77 были пациентами указанного Кризисного отделения больницы № 20. В результате было отобрано 29 пунктов, обладавших значимым  $\varphi$  = коэффициентом четырехклеточной корреляции между ответами на пункт и показанием в группе суицидентов.

### Опросник

Инструкция: Вам будет предложено оценить 29 утверждений. Если Вы, читая утверждение, соглашаетесь с ним, то поставьте знак «+» в соответствующей графе регистрационного бланка. Если не соглашаетесь – поставьте знак «-».

1. Вы всё чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определённо не везёт в жизни.
6. Работать (учиться) Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.

11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем вы ожидали.

12. Вы считаете себя обречённым человеком.

13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.

14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.

15. Человек, который водит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.

16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что всё кончено.

17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.

18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.

19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваше решение и даже изменить его.

20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.

21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.

22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.

23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже очень плохое.

24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.

25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путём.

26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьёзные планы.

27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.

28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.

29. Часто Вы действуете необдуманно, повинувшись первому порыву.

### Регистрационный бланк

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	

### Ключ

По каждой шкале подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл умножается на коэффициент. Делается вывод о наличии / отсутствии факторов суицидального риска и степени их выраженности. Чем ближе значение фактора к максимально возможной его величине, тем более он выражен.

Шкала	Номера суждений	Коэффициент	max значение фактора
1. Демонстративность	12,14,20,22,27	1,2	6
2. Аффективность	1,10,20,23,28,29	1,1	6,6
3. Уникальность	1,12,14,22,27	1,2	6
4. Несостоятельность	2,3,6,7,21	1,5	7,5
5. Социальный пессимизм	5,11,13,15,22,25	1	6
6. Слом культурных барьеров	8,9,18	2,3	6,9
7. Максимализм	4,16	3,2	6,4
8. Временная перспектива	2,3,12,24,26,27	1,1	6,6
9. Антисуицидальный фактор	17,19	3,2	6,4

### Интерпретация результатов

1. Демонстративность. Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное

поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда «диалог с миром» может зайти очень далеко.

2. Аффективность. Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте – аффективная блокада интеллекта.

3. Уникальность. Восприятие себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой опыт.

4. Несостоятельность. Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная шкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плох».

5. Социальный пессимизм. Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. Наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога – «Вы все недостойны меня».

6. Слом культурных барьеров. Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте – инверсия ценности

смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об «экзистенции смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти – доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самостоятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования».

7. Максимализм. Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.

8. Временная перспектива. Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

9. Антисуицидальный фактор. Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.