

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЛОДЫХ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ МЫСЛЯМИ

О.В. Дубровская, В.И. Власенко, Г.В. Залевский (Томск)

Аннотация. С помощью методик («Тест дифференцированной самооценки функционального состояния», «Шкала самооценки», «Уровень невротизации – психопатизации» и «Ориентировочная анкета») проведено исследование некоторых психологических особенностей на 99 практически здоровых военнослужащих (62 мужчины и 37 женщины) в возрасте от 20 до 25 лет. Показано, что практически здоровых людей с суицидальными мыслями отличает низкое самочувствие, активность и настроение, эмоциональная неустойчивость, импульсивность, склонность к раздражительности, конфликтность, бескомпромиссность, личностная тревожность, преобладание мотивов собственного благополучия. Суицидальные мысли у молодых людей следует рассматривать как следствие общей (биологической), нервно-психической и социальной дезадаптации. Установлено, что повышение активности и эмоциональной стабилизации мужчин способствует дезактуализации суицидальных мыслей.

Ключевые слова: суицидальные мысли, общая (биологическая) дезадаптация, нервно-психическая дезадаптация, социальная дезадаптация, дезактуализация суицидальных мыслей.

Введение. Неуклонное увеличение количества суицидов и суицидальных попыток, совершаемых молодыми людьми в возрасте 15–25 лет [4, 11, 19, 20], заставляет вновь и вновь обращаться к исследованию суицидального поведения лиц молодого возраста. Однако изучение суицидального поведения преимущественно сводится к анализу завершенных суицидов и суицидальных попыток. Для разработки профилактических мероприятий необходимо включать в рассмотрение весь спектр суицидоопасных реакций – от суицидальных мыслей, угроз, демонстраций суицидальных намерений – вплоть до его крайних форм, чтобы иметь возможность выделить их диагностические признаки [2]. С целью выявления диагностических признаков одного из типов суицидального поведения, нами проведено исследование некоторых психологических особенностей молодых практически здоровых людей с суицидальными мыслями (СМ).

Методы, объект исследования и статистические методы анализа наблюдений. Данное исследование проведено на 99 практически здоровых (по результатам медицинского освидетельствования) военнослужащих (62 мужчины и 37 женщины) в возрасте от 20 до 25 лет, которые при проведении массовых обследований утвердительно ответили на вопросы «Когда меня отвергают, у меня появляются мысли о самоубийстве» и/или «Я иногда думаю о добровольной смерти». При повторных обследованиях этой же группы военнослужащих были отобраны 62 человека (38 мужчин и 24 женщины), у которых СМ дезактуализировались, т.е. они отрицательно ответили на данные вопросы.

Нами были использованы следующие методики: «Тест дифференцированной самооценки функционального состояния» [13], «Шкала самооценки» [16], «Уровень невротизации – психопатизации» [9] и «Ориентировочная анкета» [14].

Тест дифференцированной самооценки функционального состояния (САН) позволяет «измерить» три основных составляющих (свойства, категории) функционального состояния: самочувствие, активность и настроение. К категории «самочувствие» относятся харак-

теристики, отражающие силу, здоровье и утомление. Характеристики движения, подвижности, скорости и темпа протекания функций, процессов и т. п. отнесены к категории «активность». Характеристики эмоционального состояния отнесены к категории «настроение». Авторы показали сильную корреляционную связь изучаемых показателей с результатами обследования распространенными физиологическими и психофизиологическими методами.

«Шкала самооценки» (ШС) позволяет определить реактивную тревогу и личностную тревожность. Реактивная тревога понимается как острое психическое, обычно обусловленное ситуационно, состояние психологического функционирования, сопровождающееся одновременной выраженной активацией вегетативной нервной системы. Личностная тревожность определяется как черта характера, диспозиция, относительно устойчивая склонность человека воспринимать угрозу своему «Я» в самых различных ситуациях и реагировать на эти ситуации повышением реактивной тревоги.

Методика «Уровень невротизации – психопатизации» (УНП) позволяет выявить степень искренности (шкала искренности) испытуемого и два ведущих психиатрических радикала: уровень невротизации и психопатизации.

Ориентировочная анкета (ОА) позволяет определить три основных вида направленности (мотивации) человека; личной (на себя), коллективной (на взаимодействие) и деловой (на задачу). Прогностически неблагоприятным является профиль, в котором ведущее место занимает ориентация «на себя», игнорируется «взаимодействие» и отсутствует направленность «на задачу». Направленность «на задачу» отражает преобладание мотивов, порождаемых самой деятельностью, увлечение процессом деятельности, бескорыстное стремление к познанию, овладению новыми умениями и навыками.

Данный пакет методик позволяет косвенно судить об уровне общей (методика САН), нервно-психической (методики УНП и ШС) и социальной адаптации (методика ОА).

Статистическая обработка (дисперсионный анализ для независимых переменных) осуществлена с помощью

пакета прикладных программ «Statistica for Windows» версия 5.0. Результаты обследования сравнивались с аналогичными данными репрезентативной группы – 105 человек (65 мужчин и 40 практически здоровых женщин без признаков дезадаптации и СМ).

Результаты и обсуждение. По результатам дисперсионного анализа (табл. 1) обе группы лиц с СМ достоверно ($p < 0,05–0,001$) отличались от групп сравнения соответственно по показателям методики САН: «самочувствие», «активность» и «настроение»; по параметрам методики ШС: «реактивная тревога» (только в группе мужчин) и «личностная тревожность»; по показателям методики УНП: «невротизация», «психопатизация» и «искренность»; и по параметрам методики ОА «ориентация на себя» и «ориентация на задачу» (только в группе женщин).

тельность и изменчивость интересов. Отмечена их неадекватность эмоциональных реакций, чувство вины и беспокойства, эгоцентричность и конфликтность.

Более высокие показатели личностной тревожности (методика ШС) говорят о постоянной относительно устойчивой склонности лиц с СМ воспринимать угрозу своему «Я» в самых различных ситуациях, что подтверждают данные Г.В. Залевского [8], О.Ю. Степанченко [15], Н.В. Агазаде [1] В.Я. Гиндинкина [6], А.М. Понизовского [12]. Более низкие показатели реактивной тревоги (только в группе мужчин) могут являться прогностически неблагоприятными [5], так как свидетельствуют об отсутствии осознаваемых неприятных переживаний напряженности, озбоченности, беспокойства и опасения, о сдерживании своих эмоциональных реакции и их подавлении. Происходит своего рода на-

Таблица 1

Сравнение на достоверность различных показателей методик САН, ШС, УНП и ОА

Методика	Показатель	Мужчины		Женщины	
		Группа лиц с СМ (n=62) M±σ	Группа сравнения (n=65) M±σ	Группа лиц с СМ (n=37) M±σ	Группа сравнения (n=40) M±σ
САН	Самочувствие	51,0 ± 8,6***	57,8 ± 5,5	50,8 ± 9,5**	57,1 ± 7,9
	Активность	48,5 ± 9,9***	55,6 ± 5,7	50,9 ± 10,2***	57,8 ± 7,9
	Настроение	51,7 ± 11,6***	59,1 ± 5,2	53,7 ± 12,0***	60,2 ± 6,3
ШС	Личностная тревожность	47,2 ± 6,0***	42,7 ± 3,4	51,5 ± 4,7***	45,6 ± 3,8
	Реактивная тревога	36,5 ± 5,9**	39,6 ± 4,7	37,5 ± 5,3	39,2 ± 4,4
УНП	Невротизация	2,7 ± 36,2***	63,8 ± 18,0	25,9 ± 28,9***	65,8 ± 17,6
	Психопатизация	-13,7 ± 12,9***	-1,3 ± 7,2	2,4 ± 14,7**	10,4 ± 7,4
	Искренность	8,2 ± 1,7**	6,7 ± 2,3	8,1 ± 1,8***	6,8 ± 1,8
ОА	Ориентация «на себя»	31,1 ± 4,6*	29,1 ± 5,5	33,5 ± 6,1*	31,0 ± 5,0
	Ориентация «на взаимодействие»	27,3 ± 4,7	28,9 ± 4,8	27,4 ± 5,1	27,5 ± 4,8
	Ориентация «на задачу»	31,7 ± 5,9	31,9 ± 5,9	29,1 ± 5,9*	31,5 ± 4,8

* – $P < 0,05$; ** – $P < 0,01$; *** – $P < 0,001$

Полученные результаты по методике САН в группах с СМ могут косвенно свидетельствовать об общей (биологической) дезадаптации и демонстрируют более низкие показатели самочувствия, активности, настроения, свидетельствующие об астенизации, утомлении, медленном темпе протекания психических функции и о сниженном эмоциональном состоянии.

Более высокие показатели «невротизации», «психопатизации» по методикам УНП позволяют косвенно судить о нервно-психической дезадаптации и дать следующие характеристики группе лиц с СМ: эмоциональная неустойчивость, импульсивность, склонность к раздражительности и быстрой смене настроения (лабильность), неуверенность в себе и в своих силах, впечатли-

тельность «критической массы» отрицательных эмоций, которые могут выплеснуться в самое «неподходящее место и время».

О социальной дезадаптации группы лиц с СМ свидетельствуют высокие показатели «ориентации на себя», полученные по методике ОА. Данные результаты говорят о преобладании мотивов собственного благополучия, стремлении к личному первейству, престижу с одновременным страхом неуспеха и провала. Чаще всего они заняты своей персоной, своими чувствами, переживаниями и мало реагируют на потребности людей вокруг себя. В работе видят, прежде всего – возможность удовлетворить свои притязания и получить вознаграждение вне зависимости от интересов других. Группе

женщин с СМ по профилю методики ОА характерно игнорирование «ориентации на задачу», что (как указывалось выше) является прогностически неблагоприятным фактором.

Полученные данные подтверждают обобщенный психологический портрет суицидента, полученный А.Г. Амбрумовой, А.Р. Ратиновым [3], Н.А. Корнетовым [10], В.Я. Гиндинкиным [6], А.М. Понизовским [12], О.В. Дубровской, В.И. Власенко [7] и Lolas Fernando et al. [18].

Более высокие показатели в группе лиц с СМ по шкале «искренности» методики УНП могут свидетельствовать об избыточной открытости, прямолинейности, бескомпромиссности и неумении «лавирировать».

Данные результаты могут быть связаны с фактом кризиса, в период первой психосоциальной стадии по концепции Э. Эриксона [17], которая длится от рождения до примерно одного года. В данный период основной формирования здоровой личности является общее чувство доверия, которое позволяет воспринимать мир как безопасное, стабильное место, а людей как заботливых и надежных, и которое зависит от качества получаемой им материнской любви. Здоровое развитие обусловлено благоприятным соотношением доверия и недоверия. Эта способность предвидеть опасность и дискомфорт также важна

Детальный анализ методики УНП показал, что наибольший процент положительных ответов был получен в группе лиц с СМ (в группе женщин 73–88%, в группе мужчин – 80–92%) на вопросы «самая трудная борьба для меня – это борьба с самим собой», «должен признаться, что временами я волнуюсь из-за пустяков» и «я считаю обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым». Полученные результаты позволяют косвенно судить о низком самопринятии, ригидности и тревожности группы лиц с СМ.

На втором этапе анализа (табл. 2) проведено сравнение групп лиц с СМ в периоды актуализации и дезактуализации СМ. Были получены достоверные различия ($p < 0,05$) только в группе мужчин по показателю «активность» методики САН и «невротизации» методики УНП, что свидетельствует об эмоциональной стабилизации и повышении активности. Повторное обследование по методике ОА в группе женщин с СМ не проводилось.

Выводы. 1. Практически здоровые люди с СМ отличаются более высокими показателями невротизации, психопатизации, ориентации «на себя», личностной тревожности, искренности и более низкими показателями самочувствия, активности и настроения. В группе мужчин, кроме того, были выявлены более низкие показате-

Таблица 2

Сравнение на достоверность различий показателей методик САН, ШС, УНП и ОА в период актуализации и дезактуализации СМ

Методика	Показатель	Мужчины		Женщины	
		В период актуализации СМ (n=38) M±σ	В период дезактуализации СМ (n=38) M±σ	В период актуализации СМ (n=24) M±σ	В период дезактуализации СМ (n=24) M±σ
САН	Самочувствие	52,7 ± 7,4	55,2 ± 6,5	51,5 ± 9,3	55,0 ± 9,0
	Активность	50,2 ± 8,3*	53,9 ± 6,9	51,5 ± 9,1	50,2 ± 10,6
	Настроение	54,4 ± 9,1	56,2 ± 6,6	54,3 ± 9,8	57,4 ± 6,1
ШС	Личностная тревожность	47,0 ± 5,1	45,7 ± 4,9	50,7 ± 5,1	50,2 ± 5,9
	Реактивная тревога	36,5 ± 6,1	37,3 ± 4,8	37,0 ± 5,6	38,4 ± 5,1
УНП	Невротизация	10,0 ± 31,4*	27,7 ± 28,3	24,6 ± 31,2	34,8 ± 24,6
	Психопатизация	-13,1 ± 13,3	-10,4 ± 10,5	2,5 ± 16,5	4,8 ± 9,6
	Искренность	8,2 ± 1,8	8,1 ± 1,5	8,1 ± 1,8	8,2 ± 1,4
ОА	Ориентация «на себя»	30,4 ± 4,4	30,8 ± 5,0	–	–
	Ориентация «на взаимодействие»	26,7 ± 4,6	26,7 ± 5,1	–	–
	Ориентация «на задачу»	33,2 ± 5,6	32,4 ± 6,2	–	–

* – $P < 0,05$; ** – $P < 0,01$; *** – $P < 0,001$

для совладания с окружающей реальностью и для эффективного принятия решений. Кризис «доверие–недоверие» если не находит разрешение в течение первого или второго года жизни, будет проявляться на каждой последующей стадии развития. Одним из поведенческих последствий может явиться самоубийство.

тели реактивной тревоги, а в группе женщин – ориентации «на задачу».

2. Молодые люди с суицидальными мыслями характеризуются низким самочувствием, активностью и настроением, эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью, склонностью к раздражительности, конфликтностью,

бескомпромиссностью, личностной тревожностью, преобладанием мотивов собственного благополучия.

3. Суицидальные мысли у молодых людей следует рассматривать как следствие общей (биологической), нервно-психической и социальной дезадаптации.

4. Данные характеристики могут являться значимыми прогностическими и диагностическими маркерами

дезадаптации и риска суицида. Они же могут быть использованы в качестве «мишеней» при психокоррекционной работе с данной категорией людей. Например, повышение активности и эмоциональной стабилизации мужчин способствует дезактуализации суицидальных мыслей.

Литература

1. Агазадзе Н.В. Значение психологического обследования в активном выявлении суицидальных тенденций // Актуальные вопросы психиатрии: Сб. научных трудов / Под ред. академ. АМИ СССР Г.В. Морозова. М., 1985. С. 50–54.
2. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии: Сб. научных трудов. М., 1986. С. 7–25.
3. Амбрумова А.Г., Ратинов А.Р. Мультидисциплинарное исследование агрессивного и аутоагрессивного типа личности // Комплексные исследования. М., 1986. С. 26–44.
4. Амбрумова А.Г., Старшенбаум Г.В. О состоянии суицидальной службы в России // XII съезд психиатров в России: Материалы съезда. М., 1995. С. 28–29.
5. Власенко В.И., Вех В.В., Дубровская О.В. К вопросу об использовании среднестатистических норм // Актуальные вопросы военной психиатрии. К 275-летию отечественной психиатрии: Тез. докл. науч.-практич. конф. 19 ноября 1988 г. М., 1986. С. 48–49.
6. Гиндинкин В.Я. Лексикон малой психиатрии. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1997. 576 с.
7. Дубровская О.В., Власенко В.И. Особенности психиатрической защиты практически здоровых людей с суицидальными мыслями // Актуальные вопросы военной медицины: Материалы юбилейн. конф., посвящ. 200-летию Российской военно-медицинской академии. Вып. VII. Т. 1. 1999. С. 153–158.
8. Залевский Г.В., Степанченко О.Ю., Жмуров В.А., Москалев В.И., Провадо И. П. Некоторые личные особенности суицидентов // Актуальные вопросы профпатологии и внутренней медицины. Иркутск, 1994. С. 173–174.
9. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. 310 с.
10. Корнетов Н.А., Эфтимович Л.Е., Дубовская Л.Н., Попова Н.М. Межведомственная неотложная антикризисная социально-психологическая (суицидологическая) служба. Томская модель: Методические рекомендации. Томск, 1999. 48 с.
11. Попова Н.М. Суицидальное поведение с учетом соматотипических особенностей больных // Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии: Материалы научной конференции. Красноярск, 1997. С. 155–158.
12. Понизовский А.М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессиях // Актуальные проблемы суицидологии: Труды Московского научно-исследовательского института психиатрии. М., 1981. Т. 92. С. 150–167.
13. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. 1973. № 6. С. 141–145.
14. Психологические и психофизиологические особенности студентов. Казань: Изд-во КГУ, 1977. 296 с.
15. Степанченко О.С. Психическая ригидность и тревожность как индивидуальные факторы суицидального риска: Автореф. канд. дис. Томск, 1999. 24 с.
16. Ханни Ю.Л. Исследование тревоги в спорте // Вопросы психологии. 1978. № 6. С. 94–106.
17. Эрикссон Эрик Г. Детство и общество. Изд. 2-е, перераб и доп. / Пер. с англ. СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. 592 с.
18. Lolas Fernando, Gomez Alejandro, Suarez Luis. EPO-R and suicide attempt: The relevance of psychoticism // Pers. And Indiv. Diff. 1991. Vol. 12, № 9. P. 899–902.
19. Lynskey M.T. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders // I. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 1995. Oct, 34(10). P. 1308–1317.
20. Sudak H., Ford A., Rushforth N. Adolescent suicide: An overview // Amer. J. Psychother. 1984, Vol. 38. № 3. P. 350–363.

SOME PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF YOUNG PRACTICALLY HEALTHY PEOPLE WITH SUICIDAL IDEATION O.V. Dubrovskaya, V.I. Vlasenko, G.V. Salevsky (Tomsk)

Summary. With the help of techniques ('Functional State Differential Self-Rating Test', 'Self-Rating Scale', 'Neurotisation-Psychopatisation Level' and 'Preliminary Questionnaire' a research of some psychological peculiarities on 99 practically healthy service-people (62 men and 37 women) at the age of 20–25 years has been conducted. It has been shown that practically healthy people with suicidal ideation are notable for low wellness, activity and mood, emotional instability, impulsivity, disposition to irritability, conflictuality, non-compromisity, personal anxiety predominance of motives of their own well-being. Suicidal ideation in young people should be considered as a consequence of general (biological), neuro-mental and social disadaptation. It has been established that increase of activity and emotional stabilisation of men promotes disactualisation of suicidal ideation.
Key words: suicidal ideation, general (biological) disadaptation, psychological disadaptation, social disadaptation, disactualisation of suicidal ideation.