

УДК 159.9

## СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕАЦИИ И ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССАХ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ С УЧЕТОМ ФАКТОРА ПОЛА

*Т. Д. Азарных*

### SUICIDAL IDEATION AND PERSONALITY PROFILE IN POSTTRAUMATIC STRESS AT JUVENILE AGE DEPENDING ON GENDER

*T. D. Azarnyh*

В исследовании участвовало 459 девушек и 136 юношей в возрасте 18 – 20 лет. Определялись следующие показатели: уровни посттравматического стресса (ПС) по Миссисипской шкале, гражданский вариант (МШ) и шкале оценки влияния травматических событий (ШОВТС), депрессии (BDI), выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), тревожности (Д. Тейлор); личностные особенности определялись по СМИЛ (модифицированный ММПИ). Во всех случаях после стресса прошло не менее полугода. Установлено, что в группе «есть суицидальные идеации (СИ)» выше уровень депрессии и тревожности. В группе «есть СИ» в профиле СМИЛ на первом месте находится шкала индивидуалистичности 8, в группе «нет СИ» – шкала оптимистичности 9. Профиль в группе «есть СИ» имеет вид 8F2'74961350 у юношей и 84F69723510 у девушек. Полученные данные могут быть использованы при определении групп риска по суицидальному поведению.

136 male and 459 female students of Voronezh universities aged 18 – 20 were tested during the study. The study methods were: MS, IES-R, BDI, SCL-90-R, Anxiety, SMIL (modified MMPI). In all the cases at least six months has passed after exposure to a traumatic event. The «suicidal ideation (SI) positive» group showed higher levels of depression and anxiety. In «SI positive» group the SMIL profile is topped by Scale 8 «Individualism», while in «SI negative» group it was Scale 9 «Optimism». In «SI positive» group the males' profile was 8F2'74961350 and the females' profile was 84F69723510. The data received can be used to identify the suicidal behaviour risk groups.

**Ключевые слова:** суицидальные идеации, посттравматические стрессы, депрессия, тревожность, СМИЛ, юношеский возраст, пол.

**Keywords:** post-traumatic stress, suicidal ideation, depression, anxiety, SMIL (modified MMPI), juvenile age, gender.

Ежегодно в мире совершается около одного миллиона самоубийств и по крайней мере в десять раз больше суицидальных попыток [8, с. 12]. В соответствии с прогнозом ВОЗ в 2020 году приблизительно 1,53 миллиона людей во всем мире погибнут по причине самоубийства, и в 10 – 20 раз большее их число совершит суицидальные попытки. В среднем получается одна смерть каждые 20 секунд и одна попытка каждые 1 – 2 секунды [8, с. 21]. В России в течение многих лет количество самоубийств превышает уровень, который ВОЗ оценивает как «критический» – 20 на 100 тыс. населения: в среднем по стране он составляет 23,5 (50 тыс. суицидов в год), сильно различаясь по регионам. Так, в Центральном федеральном округе, куда входит и Воронеж, частота суицидов реже, чем в большинстве других: число завершенных суицидов в 2010 г. составило 15,6 на 100 тыс. населения. Их количество меньше только в Северо-Кавказском – 6,5, тогда как в Сибирском – 34,3, Дальневосточном – 33,3 [9]. Первый пик суицидов приходится как во всем мире, так и в России на возраст от 14 до 25 лет [9]. Эти данные остро ставят вопрос о выявлении групп риска по суицидам. Одной из таких групп являются молодые люди, имеющие суицидальные идеации (мысли) (СИ) [13, с. 10]. Представление о соотношении между СИ и самими суицидами дают результаты массовых обследований в США: СИ выявлены у 16 % опрошенных, 3 % из них в прошлом пытались покончить с собой [13, с. 10]. Эти данные свидетельствуют о том, что СИ являются достаточно устойчивым феноменом, требующим специального

изучения, в том числе на неклинических выборках. В литературе приводятся разные данные о частоте встречаемости СИ. Так, соцопрос, проведенный среди студентов ЦФО (г. Воронеж), показывает, что СИ «часто встречаются» у 15,8 %, среди которых 18,3 % девушек и 13,3 % юношей, при этом 6,7 % сообщают, что предпринимали попытки суицида [6]. Исследования в Сибири (г. Томск) показывают, что частота встречаемости СИ среди 18-летних составляет 10 % [5]. Появление СИ и самих суицидов связывают прежде всего с депрессиями [9]; установлена также их связь с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) [14, с. 50 – 53], значимым фактором в генерировании СИ выступают средне и тяжело текущие ПС [1]. Число совершивших суициды среди комбатантов вьетнамской войны, у которых впервые и было масштабно исследовано ПТСР, к 1990 г. сравнялось с числом боевых потерь и составило 50 тыс. человек [10]. Показано также, что молодые люди, совершившие попытки суицида, характеризуются высоким уровнем психопатологической симптоматики (по SCL-90-R), включающей в том числе тревожные и депрессивные состояния, однако он не является достаточным для совершения суицидов [4]. Некоторые исследователи отмечают связь суицидов с личностными особенностями [7; 8, с. 96].

Целью исследования являлось изучение особенностей профиля СМИЛ в группах с наличием суицидальных идеаций (СИ) при ПС в юношеском возрасте с учетом фактора пола, что позволит определить группу риска по суицидальному поведению. ПС,

крайней выраженностью которых является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), возникают после стрессов, связанных с переживанием страха, ужаса или беспомощности и включают весь спектр нарушений психики [14].

Определялись следующие показатели: наличие ПС по Миссисипской шкале (гражданский вариант) (MS) (Т. М. Keane) [14, с. 43 – 46] и шкале оценки влияния травматических событий (IES-R) (М. J. Horowitz) [14, с. 36 – 38], выраженность психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (L. Derogatis) [14, с. 155 – 168], депрессии BDI (А. Бек) [14, с. 169 – 172]. СИ выявлялись при положительных ответах на вопрос о суициде (например: «Последнее время я чувствую, что хочу покончить с собой») в тестах MS, BDI и SCL-90-R и последующей беседе. Личностные особенности определялись по СМИЛ (модифицированный MMPI) [11]. При кодировке профилей СМИЛ перечислялись шкалы с баллами выше 55 – по нисходящей (по Хатэуэю) [12, с. 31]. При интерпретации профилей особое внимание уделяется ведущим шкалам, т. е. занимающим в рейтинге три первых места [3, с. 145 – 146], а также оценочной шкале достоверности F, поскольку она входит в число трех ведущих (вместе с индивидуалистичности 8 и пессимистичности 2) в диагностике ПТСР [15]. Уровень тревожности определялся по Дж. Тейлор как дополнительная шкала СМИЛ [11]. Во всех случаях после стресса прошло не менее полугода. ПС в исследованной выборке вызваны следующими событиями: физическое насилие, в том числе сексуальное, грабежи, попадание в ситуации, когда могли убить или серьезно ранить, неожиданная смерть близких, дорожно-транспортные происшествия.

Исследования проведены на студентах дневных отделений государственных вузов г. Воронежа в возрасте 18 – 20 лет (459 девушек и 136 юношей) в течение 2004 – 2011 гг. Средний возраст обследованных составляет 19,0 лет у девушек и 19,1 лет у юношей

(разница между полами статистически не значима). Все данные представлены в виде средней арифметической (M) и стандартного отклонения (SD), однако при определении разницы между группами использовался непараметрический критерий U Манна-Уитни. При статистической обработке данных использовался также анализ таблиц сопряженности с поправкой на непрерывность (критерий  $\chi^2$ -Пирсона). Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS (версия 13).

Установлено, что в группе с ПС СИ встречаются чаще, чем в контрольной у девушек в 2,8 раза (45,3 % против 16,2 %,  $\chi^2 = 102,908$ ,  $p = 0,000$ ), а у юношей – в 3,9 раза (37,5 % против 9,7 %,  $\chi^2 = 52,178$ ,  $p = 0,000$ ) при отсутствии статистически значимой разницы между полами. Эти данные свидетельствуют о том, что в исследованной возрастной группе ПС являются значимым фактором, связанным с суицидальным поведением.

В группе «есть СИ» независимо от пола выше уровень депрессии и тревожности (таблица 1).

При этом уровень депрессии характеризуется как умеренно выраженный, в группе «нет СИ» – как отсутствие депрессивных симптомов [14, с. 170]. Между полами в уровне депрессии статистически значимой разницы не установлено как в группе «есть СИ», так и в группе «нет СИ», а в уровне тревожности она существует: у юношей в обеих группах ее уровень выше ( $U = 3655,0$ ,  $p = 0,000$  и  $U = 5430,5$ ,  $p = 0,004$  соответственно). Таким образом, можно говорить о том, что появление СИ связано с наличием ПС с коморбидной тревожно-депрессивной симптоматикой.

Однако наличие СИ связано также и с личностными особенностями. Так, у юношей между группами «есть СИ» и «нет СИ» статистически значимая разница установлена по восьми из десяти клиническим шкалам СМИЛ (кроме оптимистичности 9 и эмоциональной лабильности 3) и двум оценочным – достоверности F и коррекции K (таблица 2).

Таблица 1

**Уровень депрессии BDI и тревожности Тейлор при ПС в группах с наличием и отсутствием СИ с учетом фактора пола**

Пол	Депрессия BDI							Тревожность Тейлор						
	нет СИ			есть СИ			разница между группами		нет СИ		есть СИ		разница между группами	
	M	SD	N*	M	SD	N	U	p#	M	SD	M	SD	U	p
Женский	8,1	6,03	258	17,3	8,71	201	9528,0	,000	49,9	11,50	59,9	9,93	799,5	,000
Мужской	6,7	4,89	83	15,0	8,24	53	13229,0	,000	54,5	10,77	66,1	12,10	1040,0	,000

Примечания: здесь и далее везде # – ноль перед запятыми опущен, N\* – количество человек

Выраженность шкал СМИЛ при ПС в группах с наличием и отсутствием СИ с учетом фактора пола

Шкалы СМИЛ	Юноши						Девушки					
	нет СИ		есть СИ		разница между группами		нет СИ		есть СИ		разница между группами	
	M	SD	M	SD	U	p	M	SD	M	SD	U	p
Ложь (L)	43,9	6,33	42,4	5,28	1937,0	,234	42,8	5,42	42,0	5,10	23930,0	,146
Достоверность (F)	63,2	8,54	71,9	12,33	1246,5	,000	61,2	7,86	69,08	9,50	13634,5	,000
Коррекция (K)	52,0	6,83	46,4	7,04	1206,0	,000	50,6	6,90	46,0	5,81	15924,5	,000
Неврогический сверхконтроль (1)	58,0	9,96	64,1	12,52	1534,0	,003	56,5	10,12	61,5	11,65	19278,0	,000
Пессимистичность (2)	61,9	13,35	70,5	13,41	1432,5	,001	57,1	11,94	65,3	12,01	16255,0	,000
Эмоциональная лабильность (3)	58,4	9,38	61,7	10,66	1826,5	,095	57,1	10,03	62,7	10,61	18161,0	,000
Импульсивность (4)	64,2	10,43	68,7	10,69	1641,0	,012	63,2	10,31	70,9	11,48	16079,5	,000
Мужественность – женственность (5)	56,8	9,62	60,1	8,82	1785,0	,064	61,4	9,12	61,9	8,61	24982,5	,501
Ригидность (6)	56,6	10,80	66,2	12,08	1212,5	,000	58,9	11,17	68,6	11,25	13737,0	,000
Тревожность (7)	59,8	11,96	69,0	13,58	1332,0	,000	58,5	9,90	66,8	10,46	14454,5	,000
Индивидуалистичность (8)	67,0	12,78	79,6	16,48	1186,0	,000	62,1	10,90	72,1	12,27	13615,0	,000
Оптимистичность (9)	67,5	11,63	67,4	12,28	2140,5	,792	64,1	11,42	68,1	10,36	20768,5	,000
Социальная интроверсия (0)	51,9	8,02	60,0	8,85	1116,0	,000	52,9	8,17	57,7	9,19	18018,0	,000
N	83	–	53	–	–	–	258	–	201	–	–	–

При этом по всем шкалам значения увеличиваются и только по шкале К – уменьшаются. Снижение уровня шкалы К при одновременном повышении шкалы F свидетельствуют об искренности, а также о том, что такой бессознательный механизм как вытеснение информации, разрушающей позитивный образ Я, выражен слабее. Иначе говоря, для группы с наличием СИ характерен высокий уровень осознания имеющихся проблем. Профиль в группе «нет СИ» имеет вид 984F273156, при этом баллы по двум шкалам оптимистичности 9 и индивидуалистичности 8 достигают уровня акцентуаций. Такой профиль является стеничным (шкалы 9 и 4) и свидетельствует об активности в поисках выхода из стресса, временами нарушающей социальную адаптацию, оптимистичности в отношении своего будущего, а также о субъективности восприятия, связанной с переживанием ПС. В группе «есть СИ» конфигурация профиля меняется, и он имеет вид 8F2'74961350. При этом шкала пессимистичности 2 превышает отметку в 70 баллов, свидетельствующую о наличии выраженной акцентуации, а шкала индивидуалистичности 8 превышает отметку в 75 баллов, свидетельствующую о нарушенной социальной адаптации. Этот профиль является гипостеничным и отражает высокую степень субъективности восприятия, отгороженности от других, пессимистичность в оценке жизненных перспектив, высокую тревожность и эмоциональную напряженность. Главное отличие этих профилей заключается в том, что в группе «нет СИ» на первом месте находится шкала 9, а в группе «есть СИ» – шкала 8.

У девушек в группе «нет СИ» профиль является стеничным и имеет вид 9485F67231, при этом нет шкал превышающих значения в 64 балла. Этот профиль не является нормативным для девушек, поскольку в норме шкала индивидуалистичности 8 не

входит в число трех ведущих [2], но он свидетельствует об активности в поисках выхода из стресса, оптимистичности и вместе с тем о субъективности восприятия. В группе «есть СИ» профиля имеет вид 84F69723510, при этом выраженность шкал индивидуалистичности 8, импульсивности 4 и ригидности 6 свидетельствует о наличии акцентуаций, а достоверность F – об эмоциональной напряженности. Профиль является стеничным и свидетельствует о выраженной субъективности восприятия, отгороженности от других, плохом самоконтроле, агрессивности, что при эмоциональной напряженности увеличивает риск превентивных агрессивных действий, еще более отгораживающих от социума. В данном случае можно говорить о наличии агрессии, направленной как на себя (поскольку есть СИ), так и на других. Учитывая высокую эмоциональную напряженность девушек в группе «есть СИ» вектор агрессии может чрезвычайно быстро сменить направление. Здесь также как и у юношей, главное отличие двух профилей заключается в том, что в группе «нет СИ» шкала оптимистичности 9 в рейтинге шкал занимает первое место, а в группе «есть СИ» ей на смену приходит шкала индивидуалистичности 8.

Таким образом, профили в группе «есть СИ» у девушек и юношей различны: у первых в числе ведущих шкал находятся шкалы стеничного регистра, а у вторых – гипостеничного, но их объединяет наличие на первом месте шкалы индивидуалистичности 8 с высокими баллами. Это позволяет говорить о наличии общих особенностей на уровне личностных черт, связанных с суицидальным поведением. Представленность двух других шкал в числе ведущих, имеющая половую специфику, согласуется с ранее опубликованными данными, согласно которым профили СМИЛ как при ПС, так и в контрольной группе име-

ют разную конфигурацию в зависимости от пола [2, с. 104 – 111].

Являются ли обнаруженные профили в группе «есть СИ» опасными в плане совершения самих суицидов или парасуицидов? Согласно литературным данным – да: высокие значения шкал гипостеничного регистра пессимистичности 2, тревожности 7 и социальной интроверсии 0, усиленные шкалой индивидуалистичности 8, у сотрудников правоохранительных органов являются предикторами завершенных суицидов [7]. Об опасности такого профиля свидетельствует и тот факт, что обнаруженный у юношей профиль в группе «есть СИ» по конфигурации совпадает с таковым у мужчин-комбатантов при ПТСР [15], среди которых было много суицидов, что отмечалось выше.

В отношении женских профилей, связанных с риском суицидов, известно значительно меньше. Однако показано, что импульсивность как черта личности является фактором риска суицидов [8, с. 198], особенно совершаемых без предварительной подго-

товки (которые так и называются – «импульсивные суициды»).

Таким образом, можно сделать **следующие выводы**.

1. ПС в юношеском возрасте являются значимым фактором, связанным с суицидальным поведением.

2. Появление СИ при ПС связано с одновременным присутствием также тревожно-депрессивной симптоматики.

3. СИ выявляются на фоне определенных личностных особенностей, которые имеют специфику, связанную с полом.

4. Общим является перемещение с первого места шкалы оптимистичности 9 в профиле СМИЛ и появление на ее месте шкалы индивидуалистичности 8.

5. Оптимистичность в отношении своего будущего, активность в преодолении последствий стрессов как устойчивая личностная особенность в юношеском возрасте, даже временами «зашкаливающие», являются протектором, т. е. фактором, препятствующим возникновению СИ.

## Литература

1. Азарных, Т. Д. Суицидальные идеации у студентов / Т. Д. Азарных // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 30 – 31.
2. Азарных, Т. Д. Посттравматические стрессы и личностный профиль в юношеском возрасте с учетом фактора пола / Т. Д. Азарных // Экономические и гуманитарные исследования регионов. – 2013. – № 4.
3. Березин, Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Е. Д. Соколова. – М.: Фолиум, 1994. – 174 с.
4. Войцех, В. Ф. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи / В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19. – № 2. – С. 17 – 25.
5. Дубровская, О. В. Психологические особенности учащихся и студентов подростково-юношеского возраста с наличием суицидальных мыслей в состоянии дезадаптации: автореф. дис. ... канд. психол. наук / О. В. Дубровская. – СПб., 2004. – 20 с.
6. Калашникова, С. М. Студенты и суицид. Транзитивные процессы в российском обществе: гуманитарный и социально-экономические аспекты / С. М. Калашникова, Н. А. Мельников // Сб. науч. тр. – Вып. 1. – Воронеж: Центрально-Черноземное книжное издательство, 2006. – С. 60 – 64.
7. Марьин, М. И. Личностные факторы суицидального риска (на примере сотрудников органов внутренних дел) / М. И. Марьин, С. Д. Бирюков, М. В. Смирнова // Психологический журнал. – 2009. – Т. 30. – № 4.
8. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. – М.: Смысл, 2005. – 310 с.
9. Положий, Б. С. Реформирование системы суицидологической помощи – необходимое условие совершенствования охраны общественного психического здоровья / Б. С. Положий // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 6. – С. 11 – 17.
10. Решетников, М. М. Психическая травма / М. М. Решетников. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. – 322 с.
11. Собчик, Л. Н. Компьютерная программа к психодиагностическому тесту СМИЛ (вариант 3) / Л. Н. Собчик. – М.: Институт практической психологии, 2001.
12. Собчик, Л. Н. СМИЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л. Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2003. – 219 с.
13. Старшенбаум, Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2005.
14. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина [и др.]. – Ч. 1. Теория и методы. – М.: Когито-Центр, 2007. – 208 с.
15. Empirical Development of an MMPI Subscale for the Assessment of Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder / T. M. Keane [et al.] // J. of Consulting and Clinical Psychology. – 1984. – Vol. 52. – № 5. – P. 888 – 891.

## Информация об авторе:

**Азарных Татьяна Дмитриевна** – кандидат биологических наук, доцент кафедры философии Воронежского государственного университета инженерных технологий, 8-908-148-93-69, azarnykh\_t@mail.ru.

**Tatiana D. Azarnykh** – Candidate of Biology, Assistant Professor at the Department of Philosophy, Voronezh State University of Engineering Technologies.

Статья поступила в редколлегию 01.10.2013 г.