

УДК 159.943+378.1

Г.А. Касен, А.Б. Айтбаева, А.К. Мынбаева, А.Б. Мукашева

Казахский национальный университет имени аль-Фараби, Казахстан, г. Алматы

**Диагностика авитальной активности молодежи
как фактора склонности личности к суицидальному поведению**

В целях диагностики авитальной активности молодежи (психической и поведенческой активности, направленной на снижение или прекращение собственного социального и биологического функционирования) использован вариант ассоциативного теста для изучения времени реакции молодых людей на слова-стимулы, имеющие отношение к теме смерти. По стандартной методике обследовано 90 человек в возрасте от 16 до 19 лет. Результаты исследования показали, что среднее время реакции на слова-стимулы, имеющие отношение к теме смерти, больше ($p < 0,01$), чем среднее время реакции на нейтральные слова-стимулы, что доказывает существование внутри человека противоположных тенденций, направленных против жизни (начинающих активно функционировать при определенных условиях).

В качестве вспомогательного метода был использован наиболее близкий прототип ассоциативному тесту – шкала суицидальной интенции Бэка, которая позволила выявить то, что все факторы суицидального риска (изоляция, ожидаемая фатальность, финальные действия) обнаруживаются во всех возрастных категориях, принявших участие в мини-исследовании. Результаты по данной шкале свидетельствуют о высокой выраженности суицидальной интенции среди молодежи. На основе косвенной оценки достоверности двух вышеназванных методов с помощью Интегративной Системы психодиагностики методом Роршаха выявлены особенности, которые могут оцениваться как показатели авитальной активности: выраженный пессимизм в мышлении, состояние эмоционального дистресса, обусловленного чрезмерной перегрузкой негативными эмоциями, неэффективный стиль решения проблем, чрезмерный уровень рефлексии.

В целом, полученные результаты позволяют сделать вывод о наличии у психически здоровых молодых людей (обучающихся в школах и вузах) комплекса смерти – аффективно-заряженной группы представлений, имеющих отношение к теме смерти. Предположение о том, что комплекс смерти имеет отношение к дальнейшему суицидальному поведению, доказывает необходимость ранней профилактики подобного синдрома. В дальнейшем по результатам проведенного исследования планируется определенная работа по разработке комплексной стратегии профилактики суицидального поведения, основанной на развитии позитивного мышления и витальной активности студенческой молодежи.

Ключевые слова: саморазрушительное поведение, суицидальное поведение, витальная активность, авитальная активность, ассоциативное мышление, ассоциативный тест, комплекс смерти.

G. Kassen, A. Aitbayeva, A. Mynbayeva, A. Mukasheva
**Diagnostics youth peoples anti vital activity as a factor
of personality propensity to suicidal behavior**

In order to diagnose anti vital activity of young people (mental and behavioral activity, aimed at the reduction or termination of their own social and biological functioning of) used a variant of associative test for the study of the reaction time of young people to the words-incentives relevant to the theme of death. According to the standard methods were examined 90 people aged 16 to 19 years. The results of the study showed that the average response time on a word-incentives relevant to the theme of death, more ($p < 0.01$) than the average response time on a neutral words, incentives, which proves the existence of the inside of a person unnatural trends, aimed against life (beginners actively operate under certain conditions).

As an auxiliary method was used closest prototype of an associative test – scale suicidal intentions of the buck, which allowed to reveal that all the factors of suicidal risk (insulation, expected fatality, the final action) are found in all age groups, took part in a study. The results of this bar indicate the high intensity of suicidal intentions among young people. On the basis of indirect evaluation of the reliability of the two above methods with the help of an Integrative System of psychological testing by the method of Rorschach the peculiarities, which can be measured as indicators of anti vital activity: expressed pessimism in thinking, a state of emotional distress caused by excessive overload of negative emotions, inefficient style solutions to the problems, excessive level of reflection.

In General, the obtained results allow making a conclusion about the presence of a mentally healthy young people (students in schools and universities) complex of death – affective-charged group of ideas relevant to the theme of death. The assumption, that the complex of death is related to the further factors behavior – some violence personality on you proves the need for early prevention of this syndrome. In the future, according to the results of the carried out research it is planned to certain work to develop a comprehensive strategy for the prevention of suicidal behavior, based on the development of positive thinking and the vital activity of student's youth.

Keywords: self-destructive behavior, suicidal behavior, vital activity, anti vital activity, associative thinking, associative test, a complex of death.

Г.А. Қасен., А.Б. Айтбаева, А.К. Мынбаева, А. Мукашева
**Тұлғаның суицидті мінез-құлыққа бейімділік факторы ретінде
 жастардың авитальды белсенділігін диагностикалау**

Жастардың авитальды белсенділігін диагностикалау мақсатында (биологиялық және әлеуметтік қалыптасуының тоқталуы мен төмендетуіне бағытталған психикалық және мінез-құлық белсенділігі) өлім тақырыбына қатысты сөздерге жас адамдардың уақытша жауабын алуда ассоциативті тесттің нұсқасы қолданылады. Стандартты әдістеме бойынша 16-19 жас аралығындағы 90 адам зерттелді. Зерттеу қорытындысы бойынша, өлім тақырыбына қатысы бар сөзге жауабы орта уақыттан ($p < 0,01$), бейтарап сөзге жауабы орта уақыттан көбірек. Бұл өмірге қарсы бағытталған адамның ішінде табиғи қарсы беталысының бар екендігін көрсетеді (анықталған жағдайларда белсенді түрде қалыптастарды).

Көмекші әдіс ретінде ассоциативті тесттің баламасы – Бэктің суицидті интенция шкаласы қолданылды. Бұл шағын зерттеуге қатысушылардың барлық жас ерекшеліктерін қарай суицидтік тәуелділіктің барлық факторларын анықтауға мүмкіндік береді (оқшаулау, күтілетін жазмыштық, соңғы әрекет). Аталған шкала бойынша қорытындылар жастар арасында суицидтік интенцияның жоғары айқын көрінетіндігін айқындайды. Жанама баға беру негізінде жоғарыда аталған екі әдістердің көмегімен Роршахтың психодиагностика жүйесінің негізінде авитальды белсенділік көрсеткіші ретінде бағалантын; ойлануда көрінетін түңілушілік, эмоциялы күйзелістің жағдайы, мәселені шешуде тиімді емес стильді қолдану, рефлексия деңгейінің шамадан тыс болуы.

Жалпы алынған мәліметтер өлім тақырыбына қатысты өлімдік – күйзелген-оқталған кешен топтағы психологиялық тұрғыдан сау жас адамдарда бар екенін көрсетті. Өлім кешені алдыңғы уақытта суицидтік қылыққа және тұлғаның өзіне қол жұмсауы бойынша осындай синдромның алдын алуға болжам жасалынады. Зерттеу нәтижесі бойынша алдыңғы уақытта студенттік жастар арасында авитальды белсенділік пен жағымды ойлауының дамуына негізделген суицидтік мінез-құлықтың алдын алудың кешенді стратегияларын дайындау бойынша жұмыстар жоспарлануда.

Түйін сөздер: өзін бұзу қылығы, суицидті мінез-құлық, авитальды белсенділік, авитальды белсенділік, ассоциативті ойлау, ассоциативті тест, өлім кешені.

Введение

В последние годы Республика Казахстан входит в тройку лидеров по количеству суицидов среди стран Восточной Европы и стран бывшего Советского Союза. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения за 2010 год,

Казахстан занимает третье место по количеству суицидов в мире [1].

Суицидальное поведение определяется нами как форма саморазрушительного поведения, своеобразное насилие личности над собой, противоестественное по своей сути природе человека.

Психологическая оценка суицидального поведения показывает, что суицидальное действие является результатом принятого решения о совершении самоубийства. Суицидальное решение является наиболее близким фактором по отношению к суицидальному действию. Так как суицидальное решение, как и всякое другое решение, детерминировано различными факторами, а знание этих факторов и вероятностная оценка их совокупного влияния могли бы повысить эффективность диагностики риска самоубийства, то мы должны предусмотреть появление подобного решения в сознании молодых людей, т.е. выявить и бессознательные аспекты дальнейшего суицидального поведения.

В основе суицидального поведения лежит принципиальное поражение жизненных сил (витальной активности) молодых людей перед силами распада и смерти (авитальной активности). Авитальная активность или активность, направленная на снижение и (или) прекращение собственного социального и биологического функционирования, при аффективных расстройствах является главной опасностью для жизни человека.

Фрейд долго не решался признать существование внутри человека тенденций, направленных против влечения жизни, а когда признал, что они есть, писал: «...мне теперь непонятно, как мы проглядели повсеместность незротовской агрессивности и деструктивности, упустили из виду принадлежащее ей в истолковании жизни место [2]. С его работы «По ту сторону удовольствия» принято отсчитывать начало развития теории влечения к смерти [3].

Для диагностики суицидального поведения активно применяются шкалы-опросники суицидальной активности (Шкала оценки выраженности и динамики суицидального риска, Шкала оценки суицидальности, различия истинной и демонстративной суицидальности, Шкала оценки суицидальных идей, Шкала степени выраженности пресуицидального синдрома, степени серьезности суицидальных намерений). Помимо указанных шкал, в клинике используются и другие психодиагностические методы, которые могут помочь косвенно оценить вероятность, суицидальных действий. К ним относятся опросники (например, ММРІ, Басса-Дарки) и проективные тесты (ТАТ, тест фрустрации Розенцвейга). Однако применение данных методик практиче-

ски не решает проблему эффективной диагностики суицидального риска среди молодежи в силу трудоемкости и неприменимости в массовой аудитории. Это обусловлено рядом причин: фактором социальной желательности, защитными тенденциями, внетестовыми установками, интрапсихической защитой, в ряде случаев коротким пре-суицидальным периодом.

Цель статьи: исследование авитальной активности молодежи на основе использования ассоциативного теста, количественная оценка суицидальной активности (суицидальной интенции) с помощью вспомогательного метода – шкалы суицидальной интенции Бэка и косвенная оценка достоверности двух вышеназванных методов с помощью Интегративной Системы психодиагностики методом Роршаха.

Методология исследования основана на ведущих принципах современной науки – антропоцентричности и гуманизма. Согласно антропоцентризму социальные процессы, структуры общечеловеческой жизни вырастают из самого человека и замыкаются в нем, вся социальная вселенная вращается вокруг человека. Антропологический подход к проблеме понимается как мировоззренческая, гносеологическая, теоретическая и практическая ориентация профилактической работы с молодежью, направленной на снижение авитальной активности как фактора суицидального поведения.

Изучение работ отечественных и зарубежных исследователей – философов (Сенеки, М. Монтеня, И. Канта, Д. Юма, А. Камю, А. Шопенгауэра, К. Ясперса, Н. А. Бердяева, Б.Г. Юдина); социологов (М. Хальбвакса, Я.И. Гилинского); юристов (А.Ф. Кони); врачей (Ч. Ламброзо, М. Ферри, Н. И. Козлова, А. Д. Никитина); психиатров (Ж.-Э. Эскироля, А. Р. Ратинова, Е. Г. Трайниной, С. В. Бородин, Е. М. Вроно, А. Е. Личко). Более глубокая проработка исследований З. Фрейда [2,3], К.Г. Юнга [4], В. Франкла [5] и практических аспектов суицидологии, разработанных Вагиным Ю.Р. [6], Конончуком Н.В. [7], Ивановым Н.Я., Поповым Ю.В. [8] и др. создали эмпирико-экспериментальную базу нашего исследования.

Методологическими концепциями исследования стали: ассоциативная психология, психоаналитическая теория личности, концепция проблемно-решающего поведения.

Материалы и методы

Основным методом исследования является ассоциативный тест, состоящий из трех групп слов-стимулов. Использование данного метода мы обосновываем тем, что ассоциативное мышление – это основанная на ассоциациях, исключительно важная составляющая разума человека по переработке информации, позволяющая ему производить обобщение и абстрагирование. Особенностью ассоциативного мышления является способность выделять общие признаки вещей – обобщать, не проводя логического анализа. В связи с этим ассоциативный тест является важным инструментом исследования процессов, не контролируемых сознанием, даже чаще бессознательных.

Впервые для изучения неосознаваемых и скрываемых психических содержаний ассоциативный тест был использован К.Г. Юнгом. Он высказал предположение, что слова-стимулы, имеющие отношение к комплексу эмоционально значимых представлений, вызывают увеличение времени реакции [4]. Из наших современников попытку диагностировать авитальную активность предпринял российский исследователь Вагин Ю.Р., который разработал вариант ассоциативного теста с целью повышения объективности способа и достижения возможности диагностики ранних и скрытых форм патологической авитальной активности [6]. Разработанный им диагностический аппарат направлен преимущественно на выявление факторов риска и оценку с их помощью степени риска суицидальных действий, но его запатентованное изобретение относится к медицине, в частности к психиатрии и психотерапии. Мы же использовали его для выявления авитальной активности психически здоровых молодых людей.

Также в качестве вспомогательного метода был использован наиболее близкий прототип ассоциативному тесту – количественная оценка суицидальной активности (суицидальной интенции) – шкала суицидальной интенции Бэка [9]. Шкала включает 15 различных факторов риска суицидальных действий: изоляцию (есть кто-то рядом или нет), возможность вмешательства посторонних, предосторожности против такого вмешательства, финальные действия (подарки, раздаривание вещей), предсмертные записки, ожидаемая фатальность, серьезность намерений умереть и другие. Каждый фактор оценива-

ется по 3-бальной шкале, например ожидаемая фатальность оценивается как «0» при мыслях о нежелательности смерти, как «1» – при мыслях, что смерть возможна, но необязательна и как «3» – при мыслях, что смерть возможна и обязательна. Сумма баллов по всем факторам позволяет оценить выраженность суицидальной интенции. Недостатком данной шкалы является субъективность оценки в силу того, что многие факторы можно оценить, лишь полагаясь на субъективную интерпретацию самим человеком.

Косвенная оценка достоверности двух вышеуказанных методов проверялась на основе проективного теста Роршаха [10], но в рамках Интегративной Системы Д. Экснера, т.к. данная концепция позволяет использовать его для обнаружения достаточно тонких и глубоко скрытых нарушений в различных сферах психической деятельности. Теоретической основой теста Роршаха на основе Интегративной Системы Д. Экснера является экспериментально подтвержденная концепция проблемно-решающего поведения. В соответствии с этой концепцией в ходе исследования данным методом моделируются различные сложные проблемные ситуации и регистрируются решения этих ситуаций испытуемым. Так как решения испытуемого отражают различные стороны его личности, то можно говорить о том, что в плане валидности метод Роршаха представляет собой генератор информации о различных аспектах функционирования личности в проблемной ситуации. Отсюда также следует, что структурные показатели метода Роршаха позволяют построить теоретически обоснованную модель психологического функционирования испытуемого в различных ситуациях. При этом показатели методики будут представлять собой структурные элементы данной модели, а взаимоотношения между ними – системно-функциональные связи внутри модели. Эффективность взаимодействия с проблемной ситуацией тесно связана с уровнем психической адаптации субъекта. Поэтому в рамках указанного подхода метод Роршаха оценивает адаптационные характеристики функционирования личности. В этом состоит специфическая особенность получаемых с помощью метода данных. Его показатели отражают не просто личностные особенности испытуемого, а именно такие, которые оказывают прямое влияние на процесс принятия решения и адаптации к проблемной

ситуации. В связи с этим на основе полученных данных возможно прогнозирование функционирования индивида в тех или иных проблемных и стрессовых ситуациях.

Техника исследования методом Роршаха в рамках Интегративной Системы Д. Экснера состоит из трех этапов: тестирования, обработки протокола и интерпретации результатов исследования. Стимульный материал теста Роршаха включает 10 стандартных изображений, напоминающих симметричные чернильные кляксы. Из них пять изображений – одноцветные и пять изображений – многоцветные. Все стимульные карты пронумерованы римскими цифрами от I до X.

Приведем краткое описание основных этапов нашего исследования с использованием теста Роршаха на основе Интегративной Системы Д.Экснера [11].

Перед началом тестирования испытуемым была разъяснена суть предстоящего исследования, которая заключается в том, что им последовательно будут предъявляться изображения на стимульных картах, а они должны записывать, что они видят на каждой карте.

Далее испытуемые прослушивают инструкцию к исследованию, которая заключается в одном предложении: «Что это может быть?». Одновременно с инструкцией им предъявляется карта I. После того, как испытуемые предоставят все ответы на первую карту, их вниманию предоставляется следующая по счету карта, и так далее, до последней. Все ответы, комментарии и вопросы испытуемых в ходе тестирования дословно записываются. Когда испытуемые предоставят последние ответы на карту X, проводится процедура опроса. В ходе опроса уточняются: локализация каждого ответа, его содержание и те особенности пятна, которые явились основанием для формирования ответа.

Записи ответов испытуемых в процессе тестирования составляют протокол исследования. Основное внимание при проведении исследования обращается на получение валидного протокола. Валидный протокол – это протокол, насчитывающий не менее 14 ответов каждого испытуемого (в нашем исследовании ответов должно быть не менее 1260) и содержащий полноценный и корректно собранный материал опроса, который будет использоваться на этапе обработки.

Обработка протокола тестирования включает процедуру кодирования ответов и расчеты пока-

зателей. Процедура кодирования представляет собой обозначение каждого ответа формулой, состоящей из нескольких категорий символов. Эти категории отражают характеристики ответа испытуемого, связанные со структурными особенностями стимульного пятна, на которое был предоставлен данный ответ. Каждая категория имеет свой набор символов для кодирования. Ряд категорий формализуется с использованием специальных таблиц, к которым относятся таблицы для определения обычных и необычных деталей, уровня формы и организационной активности ответа. Перечень основных категорий и их краткая характеристика приведены ниже в таблице 1.

Использование каждого символа требует строгого соблюдения специальных правил и алгоритмов кодирования. После того как все ответы будут закодированы соответствующими символами, формулы ответов переносятся в специальный бланк формализованного протокола. После формирования формализованного протокола проводятся расчеты. В ходе этой процедуры сначала суммируются все символы по каждой категории. Затем эти суммарные данные по специальным формулам пересчитываются в значения шкал, которые непосредственно подвергаются интерпретации. Эти шкалы представляют собой коэффициенты, проценты, производные и комплексные индексы, каждый из которых также имеет свой собственный символ для обозначения.

Результаты расчетов заносятся в Структурную психограмму, которая состоит из трех разделов. В первом разделе под названием «Исходные данные» записываются суммарные значения символов из протокола. Рассчитанные по специальным формулам значения интерпретационных шкал заносятся в нижний раздел «Коэффициенты, проценты и производные». Данный раздел психограммы имеет кластерную структуру, так как все интерпретационные шкалы Интегративной Системы сгруппированы в кластеры, описывающие основные сферы психической деятельности. В третьем разделе «Комплексные индексы» указываются оценки комплексных индексов, которые определяются на основе значений сразу нескольких шкал.

Интерпретация результатов обследования состоит из нескольких последовательных этапов.

Прежде всего, ввиду особой важности для нашего исследования оценивается значение шкалы «Суицидальная констелляция», которая показывает вероятность совершения суицида испытуемыми.

Затем определяется, в какой последовательности будут интерпретироваться кластеры, содержащие шкалы теста. Последовательность интерпретации кластеров определяется для того, чтобы выявить наиболее значимые кластеры и упорядочить процесс интерпретации. В значимых кластерах сосредоточена ядерная информация о поведении испытуемых, которая составит основу для построения целостной картины психической деятельности субъектов. Первые три кластера в данной конкретной последовательности являются наиболее значимыми. Последовательность кластеров формируется исходя из значений так называемых ключевых шкал.

Ключевая шкала имеется в каждом кластере и отражает наиболее важные с точки зрения влияния на эффективность адаптации психологические особенности. Для каждой ключевой шкалы заранее рассчитана своя последовательность кластеров, которая начинается с соответствующего этой шкале кластера. Ключевые шкалы ранжированы в порядке значимости и для каждой из них установлено свое пороговое значение. При подготовке последовательности, используя специальный алгоритм, производится оценка значений ключевых шкал в порядке их значимости. Выбирается последовательность кластеров, соответствующая наиболее значимой шкале, значение которой превышает пороговое.

Интегративная Система включает более 90 шкал для интерпретации, которые группируются в кластеры, соответствующие основным сферам психологического функционирования личности. Всего можно выделить 8 основных кластеров и группу клинических шкал. Краткая характеристика кластеров адаптированной версии Интегративной Системы приведена в таблице 1.

Шкалы Интегративной Системы характеризуют устойчивые стилевые особенности поведения испытуемого. В связи с этим анализ данных исследования методом Роршаха на основе Интегративной Системы дает возможность осуществлять прогнозирование эффективности проблемно-решающего поведения и адаптационных реакций субъекта в различных ситуациях,

в том числе в ситуациях стресса или депрессии, являющихся предсуицидальными.

Кроме перечисленных в таблице кластеров, Интегративная Система содержит несколько стилевых личностных и клинико-психологических шкал. К личностно-стилевым шкалам относятся шкалы гипервигильности и обсессивности. Клиническими шкалами Интегративной Системы являются депрессивный индекс, перцепт-мыслительный индекс и индекс копинг-дефицита. Кроме того, в структуре системы содержится суицидальный комплекс, значения которого позволяют с высокой степенью точности определять вероятность совершения суицида испытуемым, что было наиболее важным в нашем исследовании.

Диагностика

С помощью вышеназванных методов и методик обследовано 90 человек в возрасте от 16 до 19 лет.

Для проведения ассоциативного теста были отобраны слова, имеющие отношение к теме смерти (пропасть, темнота, холод, ночь, бездна, закат, мрак, яд, гибель и т.п.), к теме жизни (мечта, счастье, радость, тепло, день, рассвет, цветение, рождение и т.п.), нейтральные, т.е. не имеющие отношения ни к теме жизни, ни к теме смерти (диван, воротник, дверь, паркет, мачта и т.п.). Каждая из трех групп в итоге включила в себя по 20 слов. Общее количество слов в тесте – 60.

Испытуемые находятся в зоне свободной слышимости в расслабленной позе с закрытыми глазами. Произносится текст инструкции: «Сейчас Вам будет предложен ряд простых слов. Ваша задача – на каждое из них дать ассоциацию в виде любого другого слова – первого, которое придет Вам в голову. Постарайтесь, чтобы Ваша реакция была как можно более быстрой». После получения подтверждения внятно и четко произносятся в строго определенном порядке слова-стимулы. При этом последовательно чередуются слова, имеющие отношения к теме смерти, к теме жизни и нейтральные слова. Время реакции определяется как период от момента завершения произнесения слов-стимулов до момента начала записи испытуемыми слов-реакций.

Среднее время реакции на нейтральные слова принимается за 100%. Затем вычисляется процентное отношение среднего времени реакции на слова, имеющие отношение к теме смерти, к среднему времени реакции на нейтральные

Таблица 1 – Характеристика кластеров Интегративной Системы Д.Экснера по тесту Роршаха

№	Название кластера	Диагностическая направленность шкал кластера
1	2	3
1	Поведенческий стиль	Стиль проблемно-решающего поведения
2	Структурирование	Стратегия распределения внимания, мотивационные аспекты, адекватность организационной деятельности, уровень аналитико-синтетической деятельности
3	Распознавание	Адекватность распознавания, уровень перцептивных искажений, распознавание социальных условностей, конвенциональность восприятия и уровень неконформизма
4	Концептуализация	Уровень произвольной мыслительной деятельности, склонность к уходу в фантазирование, уровень ясности мышления, смыслообразование
5	Эмоциональная сфера	Уровень и характер негативных переживаний, наличие эмоционального дистресса, отношение к эмоциональным стимулам, склонность к интеллектуализации, уровень контроля над эмоциональной экспрессией, уровень и характер сложности и комплексности переживаний
6	Самовосприятие	Уровень и характер самофокусирования, уровень негативного самовосприятия, озабоченность состоянием соматического здоровья, уровень и характер саморефлексии и интроспекции, особенности личной идентичности
7	Межличностная сфера	Дефицит социальной зрелости, уровень бдительности, способность к установлению эмоционально близких отношений, склонность к оральной зависимости, уровень социального интереса, характер социальной перцепции, наличие трудностей проявления эмпатии, способности к сотрудничеству и асертивности, склонность к социальной пассивности и избеганию ответственности, склонность к авторитарной защите, ситуационная адекватность социального поведения, склонность к социальной изоляции
8	Контроль над поведением и толерантность к стрессу	Уровень контроля над поведением, состояние копинг-ресурсов, уровень фрустрирующих переживаний, влияние социального стресса

слова, затем процентное отношение среднего времени реакции на слова, имеющие отношение к теме жизни, к среднему времени реакции на нейтральные слова. Затем сопоставляются эти два коэффициента: витальной и авитальной активности.

Статистическая обработка полученных различий проводилась с помощью критерия Стьюдента [12].

Шкала суицидальной интенции Бэка помогла выявить у испытуемых 15 различных факторов риска суицидальных действий. Сумма баллов по всем факторам позволила оценить выраженность суицидальной интенции.

Использование проективного теста Роршаха в рамках Интегративной Системы Д. Экснера позволила перепроверить данные двух вышеназванных методов. Оценка показателей, полученных при исследовании тестом Роршаха, проводилась на основании определения частоты со-

ответствия полученных результатов диапазонам нормальных значений по каждой шкале Интегративной Системы.

Результаты исследования в рамках ассоциативного теста представлены в виде среднего времени реакции на слова-стимулы, имеющие отношение к каждой из трех тем (рисунок 1).

Нами выявлено, что среднее время реакции на слова-стимулы, имеющие отношение к теме смерти, больше ($p < 0,01$), чем среднее время реакции на нейтральные слова-стимулы. Достоверной разницы между средним временем реакции на слова, имеющие отношения к теме жизни, и нейтральные слова не выявлено. Это свидетельствует о неосознаваемом влечении психически здоровых молодых людей в возрасте от 16 до 19 лет к смерти (авитальной активности), несмотря на те позитивные моменты жизни, которые их ожидают (любовь, учебы, карьера и т.п.). Как видим по гистограмме, представленной на

рисунке 1, среднее время реакции на слова-стимулы, относящиеся к теме смерти, – 2,1 сек, что

несколько больше чем среднее время реакции на «жизненно важные слова».

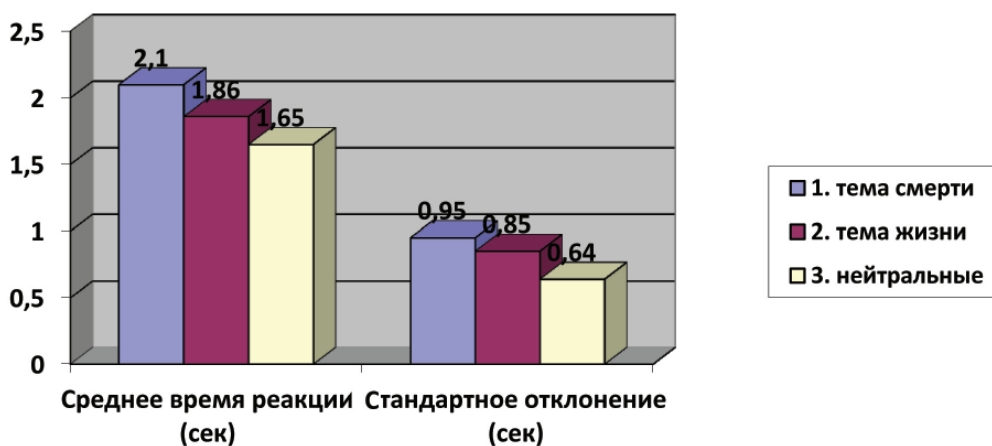


Рисунок 1 – Среднее время реакции на слова-стимулы в ассоциативном тесте (выборка – 90 человек в возрасте от 16 до 19 лет)

Количественная оценка суицидальной активности (суицидальной интенции) по шкале суицидальной интенции Бэка представлена на рисунке 2 в качестве 4 основных факторов риска суицидальных действий.

Основные факторы риска суицидальных действий

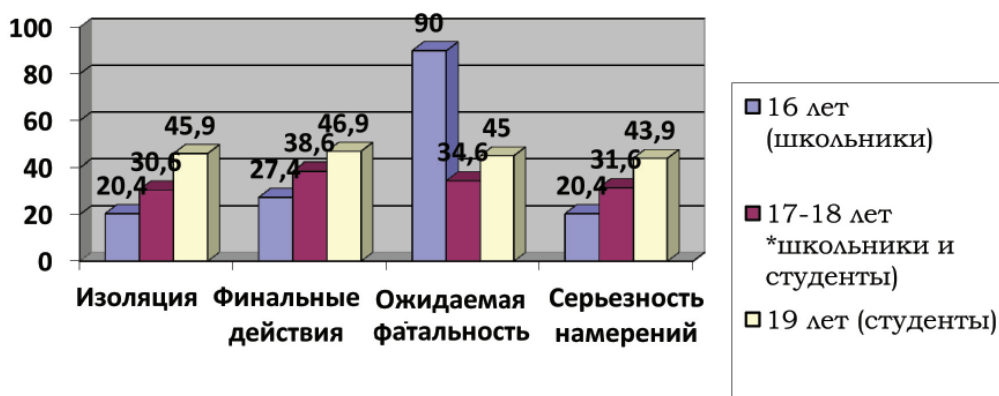


Рисунок 2 – Количественная оценка суицидальной активности по шкале суицидальной интенции Бэка

Как видим из данных гистограммы, все факторы суицидального риска обнаруживаются во всех возрастных категориях, принявших участие в мини-исследовании. При этом фактор «Ожидаемая фатальность» у школьников 16 лет проявляется у 90% испытуемых, т.е. у почти всего состава обследуемых школьников наблюдается страх перед будущим, прогнозирование своей скорой

гибели (не обязательно суицидальной), своего рода авитальная активность на сознательном уровне. Вместе с тем такие серьезные факторы суицидального риска, как финальные действия и серьезность намерений, представлены достаточно высоким процентилем (от 20,4% до 46,9%).

Напомним, что оценка показателей, полученных при исследовании тестом Роршаха пси-

хически здоровых молодых людей (выборка – 90 человек) проводилась на основании определения частоты соответствия полученных результатов диапазонам нормальных значений по каждой шкале Интегративной Системы.

Анализ протоколов исследования испытуемых показал, что ни один из 90 протоколов школьников и студентов не был лишен негативных значений, выходящих за рамки нормальных диапазонов.

В частности были выявлены некоторые патопсихологические особенности:

1) в социальной сфере: социальная пассивность (58%, $p < 0,001$), стремление к зависимости (33%, $p < 0,01$);

2) в сфере самовосприятия: отсутствие способности к саморефлексии (50%, $p < 0,001$), негативный эгоцентризм (33%, $p < 0,05$), нарциссизм (11%, $p < 0,05$), чрезмерный уровень рефлексии (42%, $p < 0,01$);

3) в эмоциональной сфере: состояние эмоционального дистресса, обусловленного чрезмерной перегрузкой негативными эмоциями (67%, $p < 0,05$), значительное снижение эмоционального контроля (58%, $p < 0,05$);

4) в сфере стилевого поведения: неэффективный стиль решения проблем (67%, $p < 0,001$);

5) в когнитивной сфере: повышение уровня когнитивной активности ($p < 0,01$) в сочетании с более выраженными признаками когнитивной незрелости (50%, $p < 0,001$), выраженный нонконформизм в поведении (92%, $p < 0,001$) в сочетании с пренебрежением к социальным условиям (42%, $p < 0,01$), повышенный уровень мотивационного напряжения (42%, $p < 0,01$), склонность к чрезмерному фантазированию (33%, $p < 0,05$), выраженный пессимизм в мышлении (42%, $p < 0,01$).

Как видим из результатов, те особенности, которые могут оцениваться как показатели авитальной активности, выражены наиболее ярко: выраженный пессимизм в мышлении (42%), состояние эмоционального дистресса, обусловленного чрезмерной перегрузкой негативными эмоциями (67%), неэффективный стиль решения проблем (67%), чрезмерный уровень рефлексии (42%).

В целом результаты по каждой шкале Интегративной системы по методу Роршаха свидетельствуют о высоком уровне тревожности и

низком уровне адаптивности большинства испытуемых в стрессовых и проблемных ситуациях.

Выводы и заключение

Ассоциативный тест, представленный тремя группами слов-стимулов и проведенный на выборке 90 человек (состоящей из учащихся и студентов), продемонстрировал, что среднее время реакции психически здоровых молодых людей на слова-стимулы, имеющие отношение к теме смерти, больше ($p < 0,01$), чем среднее время реакции на нейтральные слова-стимулы. Достоверной разницы между средним временем реакции на слова, имеющие отношения к теме жизни, и нейтральные слова не выявлено.

Количественная оценка суицидальной активности по шкале суицидальной интенции Бэка показала, что все факторы суицидального риска обнаруживаются во всех возрастных категориях, принявших участие в мини-исследовании.

На основе проективного теста Роршаха, проведенного в рамках Интегративной Системы Д. Экснера, выявлены особенности, которые могут оцениваться как показатели авитальной активности: выраженный пессимизм в мышлении, состояние эмоционального дистресса, обусловленного чрезмерной перегрузкой негативными эмоциями, неэффективный стиль решения проблем, чрезмерный уровень рефлексии.

Полученные нами результаты позволяют сделать заключение о наличии у психически здоровых молодых людей в возрасте от 16 до 19 лет (обучающихся в школах и вузах) группы неосознаваемых представлений, имеющих отношение к теме смерти – комплекса смерти.

Сформулированное нами предположение, что увеличение времени реакции на слова-стимулы, имеющие отношение к теме смерти, может свидетельствовать о реальном, хотя и неосознаваемом усилении авитальной активности среди молодежи и может служить поводом раннего выявления подобного синдрома для дальнейшей профилактики суицидального поведения.

Перспективы исследования

Общество воспроизводит себя биологически и социально через молодые поколения, т.е. в известном смысле молодежь представляет будущее страны, а потому настроения молодежи, ее поведение, самочувствие являются своеобразным

барометром, измеряющим общий нравственный, идеологический, политический и социально-психологический климат в данном обществе. К сожалению, выявленный нами комплекс смерти свидетельствует о том, что не все благополучно в нашем обществе.

Также нельзя не учитывать того отрицательного влияния, которое оказывают суицидальные попытки на моральное состояние окружающих лиц – семью, друзей, знакомых. Каждый суицидальный акт становится с этой точки зрения специфическим психогенным фактором, временно снижающим уровень оптимизма и активности членов общества. Учитывая и тот момент, что потенциальные суициденты оказываются нетрудоспособными на тот или иной срок после попытки самоубийства, следствием чего являются прямые экономи-

ческие убытки для общественного производства, нашей стране необходима долгосрочная стратегия формирования позитивного настроения молодежи. В дальнейшем по результатам проведенного исследования нами планируется определенная работа по разработке комплексной стратегии профилактики суицидального поведения, основанной на развитии позитивного мышления и витальной активности студенческой молодежи.

Несмотря на негативную окраску данного вопроса, неоднозначное отношение в обществе к проблеме и сложность ее исследования, нам представляется возможным за счет объединения усилий специалистов (психологов, педагогов, валеологов, медицинских работников и др.) воплотить подобную стратегию в жизнь уже в ближайшем будущем.

Литература

- 1 Сайт Всемирной организации здравоохранения / Официальная статистика самоубийств в мире // <http://www.who.int/ru/>.
- 2 Фрейд З. Недовольство культурой // Психоанализ. Религия. Культура. – М., 1992. – С. 90.
- 3 Фрейд З. По ту сторону удовольствия // Психология бессознательного. – М., 1990. – С. 420-421.
- 4 Юнг К.Г. Тэвистокские лекции. Аналитическая психология: ее теория и практика. – Киев, 1995. – С. 48-56.
- 5 Франкл В. Человек в поисках смысла. – М., 1990. – С. 161.
- 6 Вагин Ю.Р. Авитальная активность. – Пермь, 2001. – 292 с.
- 7 Конончук Н.В. Формирование мотивов острых суицидальных реакций в зависимости от особенностей жизненного пути пациентов // Журн. невропатол. и психиатр. – 1981. – Вып. 12. – С. 1838-1842.
- 8 Иванов Н.Я., Попов Ю.В. Использование патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для дифференциальной диагностики у подростков истинных и демонстративных суицидных попыток // Обозр. психиатр. и мед. психол. – 1994. – № 1. – С. 87-89.
- 9 Beck A.T., Emery G. Anxiety disorders and phobias. – N.Y., 1985 – P.41.
- 10 Роршах Г. Психодиагностика. – М.: Когито, 2003.
- 11 Exner J.E., Jr. Critical bits and the Rorschach response process // J. Pers. Asses. – 1996. – Vol. 67. – P. 4.
- 12 Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М., 1998. – 459 с.

Reference

- 1 Website of the world health organization / Official statistics of suicides in the world // <http://www.who.int/ru/>.
- 2 Freud Z. Discontent culture // Psychoanalysis. Religion. Culture. – M., 1992. – P. 90.
- 3 Freud Z. On the other side of enjoyment // Psychology of the unconscious. – M., 1990. – P. 420-421.
- 4 Jung K.G. Tevistoks lectures. Analytical psychology: its theory and practice. – Kiev, 1995. – P. 48-56.
- 5 Frankl V. Man's search for meaning. – M., 1990. – P. 161.
- 6 Vagin Y.R.. Avital activity. – Perm, 2001. – 292 p.

-
- 7 Kononchuk N.V. Formation of motives acute suicidal reactions depending on the peculiarities of the way of life of the patients. – Journal of neuropathology and psychiatry, 1981. – Vol. 12. – P. 1838-1842.
 - 8 Ivanov N.Ya., Popov Yu.V. Use pathological characterology diagnostic questionnaire for differential diagnosis in adolescents true and demonstrative suicide attempts.- Browser psychiatry and medical psychology, 1994. – № 1. – P. 87-89.
 - 9 Beck A.T., Emery G. Anxiety disorders and phobias. – N.Y., 1985. – P. 41.
 - 10 Rorschach G. Psychodiagnostics. – М.: Kogito, 2003.
 - 11 Exner J.E., Jr. Critical bits and the Rorschach response process // J. Pers. Asses. – 1996. – Vol. 67. – P. 4.
 - 12 Glanz S. medical-biological statistics. – М., 1998. – 459 p.