

УДК 616.89–008.441.44–07

## НАРУШЕНИЕ АДАПТАЦИИ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У МОЛОДЕЖИ

В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»*

Теоретическая концепция суицидов, разработанная А.Г.Амбрумовой [1], получила широкое признание в отечественной литературе. По мнению автора, суицид есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого и неразрешенного микросоциального конфликта. Основу этой концепции формируют 2 фактора – социально-психологическая дезадаптация личности и конфликт между актуальной потребностью и тенденцией, препятствующей ее удовлетворению. По мнению А.Г.Амбрумовой и В.А.Тихоненко [1], «социально-психологическая дезадаптация является общей предпосылкой суицидального поведения». Авторы, рассматривая социально-психологическую дезадаптацию в динамике, ведущей к суициду, выделяют две фазы: предрасположенную и суицидальную. «Решающее значение для перехода этой фазы в суицидальную имеет конфликт, который занимает центральное, стратегическое положение в структуре рассматриваемого акта». Хотя предрасположенная фаза дезадаптации не служит прямой и единственной детерминантой суицидального поведения, допускается зарождение суицидальных мыслей на этапе социально-психологической дезадаптации.

Следует подчеркнуть, что концепция дезадаптации для объяснения суицидального поведения является парадигмой большинства работ отечественных авторов [11].

В зарубежной литературе предпочтение отдают концепции стресс-диагеза [3, 21], которая несколько по иному трактует фазу предрасположенности и соотношение стрессора с личностью, где основное значение играет фактор повышенной чувствительности к стрессу.

Широко распространена «Когортная теория» [18, 20], которая связывает бурный рост суицидов в подростковом и юношеском возрасте с относительной численностью соответствующих когорт рождения. Чем выше доля когорты в общей структуре населения страны, считают авторы, тем большие трудности приходится испытывать ее представителям в конкурентной борьбе за доступ к дефицитным социальным ресурсам в сфере занятости, обра-

зования, здравоохранения и т.д. Невозможность удовлетворения насущных потребностей приводит молодых людей к депривации и аутодеструктивным действиям.

В отечественной литературе более распространена концепция дезадаптации как в медицинском, социально-психологическом, так и в онтологическом аспектах. Трактовка дезадаптации у авторов различна. Ее рассматривают и как процесс, протекающий вне патологии и связанный с отвыканием от одних привычных условий жизни с привыканием к другим [5]. Другие понимают под дезадаптацией нарушения, выявляемые при акцентуациях характера и т.д. [6, 9]. Интересна позиция А.В.Петровского [12], который определяет процесс социально-психологической адаптации как вид взаимодействия личности с окружающей средой, в ходе которого согласовываются и ожидания его участников.

В зарубежной психологии понимание дезадаптации как нарушения гомеостатического процесса подвергается критике. Выдвигается положение оптимального взаимодействия личности и среды. Форма социально-психологической дезадаптации, по их понятиям, такова: конфликт – фрустрация – активное приспособление. По К.Роджерсу дезадаптация – это состояние несоответствия, внутренне-го диссонанса, причем главный его источник заключается в потенциальном конфликте между установками «Я» и непосредственным опытом человека [4].

Проблеме дезадаптации в студенческой среде посвящено большое число исследований, при этом подчеркивается, что на сегодняшний день дезадаптивные состояния студентов мало изучены [2, 13–15, 22].

В рамках программы «Здоровье и развитие молодежи» Детского фонда ООН ЮНИСЕФ в Ульяновске (2004) прошел семинар, посвященный проблемам подростков и их здоровью. В качестве главных причин ухудшения здоровья молодежи названы социальная незащищенность, психосоциальная дезадаптация, отсутствие сдерживания рискованного поведения, снижение внимания со стороны

властных структур. Отмечено, что у 50% девушек и 30% юношей возникают мысли о суициде. А.Ю.Мягков и соавт. [10] находили, что у 21,9% студентов выявлялись суицидальные мысли, а в 6,8% случаев совершались суицидальные попытки. Н.Д.Кибрик [7] отмечал, что частота суицидальных проявлений у студентов колебалась в широких пределах и в известной степени зависела от профиля института и выраженности дезадаптации, связанной с проблемами учебного процесса и лично-интимной сферы. Автор выделял 3 степени дезадаптации, тесно увязывая их с особенностями личности.

Следует отметить, что проблема суицидального поведения среди молодежи занимает достаточное место и в трудах зарубежных исследователей [16]. Так, по данным D.Hawton и соавт. [19] у студентов Оксфордского университета за 10 лет было отмечено 269 суицидальных попыток на 100 тысяч студентов. D.Brent, D.Kolko [17] связывали нарастание суицидальной активности с увеличением депрессий и токсикомании у молодежи.

По данным одной из голландских газет к психологам университетов и старших классов школ все чаще стали обращаться учащиеся с психологическими проблемами. В некоторых учебных заведениях число обращений выросло на 10–20%. У студентов отмечаются трудности с обучением, регистрируются стресс, депрессия, тревога и личные проблемы, в связи с которыми продлеваются сроки обучения или студенты не могут закончить учебу.

В концепции А.Г.Амбрумовой [1] остаются недостаточно очерченными ряд вопросов. Например, всегда ли суициду предшествует дезадаптационный период и имеет ли он какую-то суицидальную специфичность? Закономерно ли зарождение суицидальных мыслей в зависимости от выраженности дезадаптации? Каково соотношение стрессора, вызвавшего дезадаптацию, и конфликта?

Таким образом, при анализе суицида в структурном плане важно выявить соотношение между двумя основными составляющими суицидального процесса – дезадаптацией и конфликтом, а в плане генеза – между двумя его фазами: предрасположенности и суицидальной. Выше был обозначен один из вариантов этих соотношений, когда конфликт, попадая на дезадаптированную почву, усугубляет дезадаптацию, переводя ее через «критический пункт» из предрасположенности в суицидальную. Второй вариант, встречающийся в суицидологической практике не реже, чем первый, заключается в том, что конфликт, возникая вследствие реальных психотравмирующих обстоятельств, сам порождает процесс дезадаптации, смысловое содержание которого отличается неприятием субъективно непереносимой ситуации.

В этой связи, **цель** исследования заключалась в определении взаимосвязи между социально-психо-

логической дезадаптацией и конфликтом в формировании суицидального поведения.

В соответствии с поставленной целью в задачи исследования входили следующие пункты:

1. Определение распространенности и уровня дезадаптации в студенческой среде.

2. Выявление различий в структуре дезадаптации между мужчинами и женщинами.

3. Сопоставление структуры и выраженности дезадаптации между студентами и пациентами кризисного стационара.

4. Определение возможного формирования в процессе дезадаптации суицидальных мыслей.

5. Определение соотношений между стрессором, вызвавшим дезадаптацию, и конфликтом.

### Материалы и методы

Обследовано 2 группы пациентов. В качестве основной группы было обследовано 976 студентов МГТУ им. Н.Э.Баумана (813 муж. в возрасте 17–25 лет и 162 девушки в возрасте 17–23 лет). Средний возраст в группе составил  $19,6 \pm 0,7$  лет. Этот контингент служил для определения уровня дезадаптации и возможного формирования в процессе дезадаптации суицидальных мыслей. Кроме того, были изучены 20 студентов с суицидальным поведением этого же ВУЗа, 10 из которых совершили суицидальную попытку. Контрольную группу составляли 83 пациента кризисного стационара (40 муж. и 43 жен.), которые совершили суицидальные поступки. Средний возраст группы –  $23,0 \pm 4,6$  лет. Все пациенты контрольной группы имели среднее, средне-техническое, неоконченное высшее или высшее образование. Более 20% из них были студентами различных вузов. В контрольной группе в браке состояло 23% человек.

Методики обследования: анкета для скрининга психологического состояния, структурированное клинико-социальное интервью, тест нервно-психической адаптации, тест Айзенка, клиническая шкала самоотчета SCL-90-R, оценочные шкалы тревоги и депрессии А.Бека, шкала отношения к суициду.

Анкета для скрининга психологического состояния содержала, наряду с общими вопросами жизненного порядка, 5 вопросов о наличии утомляемости, расстройств сна, сниженного настроения, тревожности, раздражительности. Тест нервно-психической адаптации, разработанный в отделе психопрофилактики НИИ им.В.М.Бехтерева, позволял определять уровень адаптации к новым условиям. Тест содержал 20 вопросов, ранжированных по 5 степеням выраженности. Тест Айзенка состоял из 57 вопросов, на которые следовало ответить утвердительно или отрицательно. Нами учитывалась преимущественно шкала по нейротизму. Для определения уровня депрессии и тревоги использовались шкалы Бека. Шкала Бека по выявлению депрессии состояла из 21 пункта, каждый из которых содержал несколько высказываний. Шкала

Бека по тревоге состояла также из 21 пункта, каждый из которых имел различную степень выраженности. Шкала отношения к суициду будет описана ниже.

**Результаты**

Анонимный опрос студентов 1 и 2 курсов в течение 2002–2005 годов показал, что в среднем 18,7±0,6% юношей и 26,8±1,3% девушек (p<0,0001) имеют различные проблемы, в большинстве своем психологического характера (табл. 1, 2). В среднем 44–47% студентов беспокоили конфликтные отношения преимущественно с сокурсниками, затем с преподавателями и родителями. В большинстве случаев студенты считали, что со своими проблемами справятся сами, то есть конфликт не достигал уровня кризиса личности. Тем не менее, у 5–7% студентов конфликт приобретал черты кризиса личности, с которым им в одиночку было трудно справиться. Характерно, что за эти годы только 4,5% юношей и 4,6% девушек оценили свое материальное положение как неудовлетворительное или тяжелое, что также следует отнести к конфликту материального плана. Следует отметить, что под конфликтом мы понимаем «столкновение противоположно направленных, несовместимых друг с другом тенденций, отдельно взятого эпизода в сознании, в межличностных взаимодействиях или межличностных отношениях индивидов или групп людей, связанное с отрицательными переживаниями» [8].

Исходя из данных таблиц, можно предположить о достаточно высоком проценте лиц, находящихся в состоянии социально-психологической дезадаптации, имеющих конфликты разного рода. Если большая часть студентов довольно оптимистична по отношению к своим конфликтам, то меньшая часть явно настроена пессимистично и конфликт с действительностью для них значим.

С целью верификации полученных данных и определения уровня социально-психологической дезадаптации студентам I курса перед первой сессией (259 чел.) было проведено обследование с помощью анкет для скрининга, теста Айзенка и тестов на депрессию и тревогу Бека. При заполнении анкеты оказалось, что почти у 60% студентов обнаруживались личные или психологические проблемы в виде наличия некоторых симптомов депрессивного содержания (рис. 1).

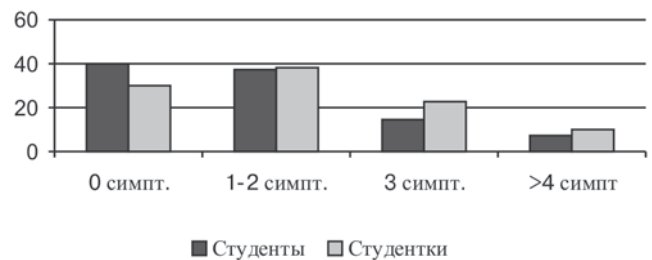


Рис. 1. Распределение ответов студентов на скрининг-анкету

**Наличие личностных проблем у студентов-девушек I–II курсов**

Таблица 1

| Текст вопроса:<br>Как бы Вы ответили самой себе на вопрос:<br>«Все ли у меня сейчас в порядке?» | 2002–2003<br>учебный год,<br>осень.<br>176 чел.<br>II курс | 2002–2003<br>учебный год,<br>весна.<br>178 чел.<br>I курс | 2003–2004<br>учебный год,<br>осень.<br>261 чел.<br>II курс | 2003–2004<br>учебный год,<br>весна.<br>204 чел.<br>I курс | 2004–2005<br>учебный год,<br>осень.<br>206 чел.<br>II курс | 2004–2005<br>учебный год,<br>весна.<br>159 чел.<br>I курс |
|---|--|---|--|---|--|---|
| Текст ответов   | Частота ответов (%)  |   |  |   |  |   |
| Да, все   | 39,77  | 41,01   | 35,25  | 42,16   | 41,75  | 44,65   |
| Нет, не все, но это меня мало беспокоит   | 34,09  | 30,90   | 40,23  | 33,33   | 32,04  | 23,90   |
| Нет, и я нервничаю  | 18,18  | 20,79   | 18,77  | 20,10   | 19,42  | 27,67   |
| Нет, у меня сейчас все плохо  | 2,27   | 2,81  | 3,45   | 2,45  | 3,88   | 2,52  |
| Крайне плохо  | 5,68   | 4,49  | 2,30   | 1,96  | 2,91   | 1,26  |

**Наличие личностных проблем у студентов-юношей I–II курсов**

Таблица 2

| Текст вопроса:<br>Как бы Вы ответили<br>самому себе на вопрос: «Все ли у меня сейчас<br>в порядке?» | 2002–2003<br>учебный год,<br>осень.<br>578 чел.<br>II курс | 2002–2003<br>учебный год,<br>весна.<br>651 чел.<br>I курс | 2003–2004<br>учебный год,<br>осень.<br>943 чел.<br>II курс | 2003–2004<br>учебный год,<br>весна.<br>704 чел.<br>I курс | 2004–2005<br>учебный год,<br>осень.<br>747 чел.<br>II курс | 2004–2005<br>учебный год,<br>весна.<br>595 чел.<br>I курс |
|---|--|---|--|---|--|---|
| Текст ответов   | Частота ответов (%)  |   |  |   |  |   |
| Да, все   | 42,39  | 43,32   | 44,86  | 42,61   | 42,17  | 49,58   |
| Нет, не все, но это меня мало беспокоит   | 39,97  | 35,64   | 37,96  | 35,09   | 39,36  | 34,96   |
| Нет, и я нервничаю  | 11,59  | 14,75   | 11,35  | 15,63   | 14,19  | 9,92  |
| Нет, у меня сейчас все плохо  | 2,94   | 3,84  | 2,97   | 3,69  | 2,68   | 2,52  |
| Крайне плохо  | 3,11   | 2,46  | 2,86   | 2,98  | 1,61   | 3,03  |

Таблица 3

**Личные и психологические проблемы студентов**

| Содержание   | Распространенность |
|--|--------------------|
| Конфликтные отношения с сожителем или в семье              | 8,1±1,7%           |
| Тяжелое материальное положение                             | 18,6±2,0%          |
| Большая учебная нагрузка, дефицит времени                  | 26,2±2,7%          |
| Трудности в усвоении материала, конфликты с преподавателем | 8,1±1,7%           |
| Личные проблемы, преимущественно любовного характера       | 16,7±2,3%          |
| Ничего не мешает   | 38,1±3%            |

Выяснение содержания конфликтов у этой группы студентов показало следующую картину (табл. 3).

Наряду с этим, студенты отмечают отсутствие общезжития, жизнь за городом, что сопряжено с длительными переездами, одиночество, совмещение учебы и работы (16,6%) и т.д. 17,9% студентов проживает в общежитии, 17,3% – в Подмоскowie, остальные живут в городе Москве.

Проведенное обследование с помощью теста Айзенка выявило у 17,8% студентов эмоциональную нестабильность (19–22 балла), у 8% обнаружались выраженные признаки нейротизма (23–24 балла), а у 39% – тенденция к ним (15–18 баллов).

Анализ результатов обследования студентов с помощью опросника Бека показал следующее.

Выявились прямые корреляции между оценкой психологического состояния своей личности, своих проблем и уровнями нейротизма, выраженностью депрессии и тревоги по шкалам Бека ( $r=от\ 0,67\ до$

1,0), что, в целом, подтверждает адекватность наших оценок субъективным оценкам студентами своего психологического состояния.

Таким образом, студенты-первокурсники приходят в МГТУ в состоянии, которое можно назвать «дистрессом абитуриента», который начинает формироваться на этапе подготовки к поступлению в ВУЗ. Это состояние, суть социально-психологическая дезадаптация, обусловленная значительными психоэмоциональными перегрузками, нехваткой времени для овладения большим информационным материалом, стремлением к поступлению в ВУЗ, к которым присоединяются кардинальные изменения в социальном статусе и ухудшение материального положения после зачисления в высшее учебное заведение. Имеющие место конфликты, безусловно, ответственны за дезадаптацию, однако содержание конфликта пока не является антагонистом терминальных потребностей личности.

С помощью теста нервно-психической адаптации под контролем теста Айзенка и тестов Бека было обследовано 976 студентов (813 муж. и 162 жен.) в интервале между сессиями.

Анализ материала позволил выделить 4 группы обследованных – практически здоровых, лиц с астенической симптоматикой, с депрессивной симптоматикой различного уровня и лиц, у которых на первом плане выявлялись дистимия, склонность к сверхценным, паранойяльным образованиям.

1. 688 человек (70,5%) не обнаружили социально-психологической дезадаптации. В эту группу вошли студенты, не предъявлявшие жалоб на здоровье и психологические стрессы; они не испытывали трудностей в выполнении необходимого объема учебных заданий, были адаптированы в коллективе, во многих случаях имели работу или материальную поддержку помимо стипендии.

2. У 168 человек (17,2%) выявились признаки социально-психологической дезадаптации, которые проявлялись преимущественно астенической симптоматикой (ощущение слабости, упадка сил – 71,8%, головные боли – 38,5%, нарушения сна – 33,3%, боли или другие неприятные ощущения в теле – 20,5%, снижение интереса к привычным занятиям – 30,8%, отсутствие удовольствия от ранее приятной деятельности – 10,3%).

3. У 88 человек (9,0%) диагностировалась субдепрессивная симптоматика, как правило менее трех симптомов, выраженных не столь значительно, чтобы достигать степени патологии. Адаптация этих студентов носила патологический характер за счет сужения круга интересов, обособления от интересов окружающих. Декларировалось отрицание значимости общепринятых норм и правил, проявления неразделенных взглядов и верований, увлечение религией, снижение удельной значимости контактов и основного вида деятельности, повышенная конфликтность, переоценка своей личности и ее роли в коллективе и т.п. Высказывались внешнеобвиняющие реакции, выражающиеся

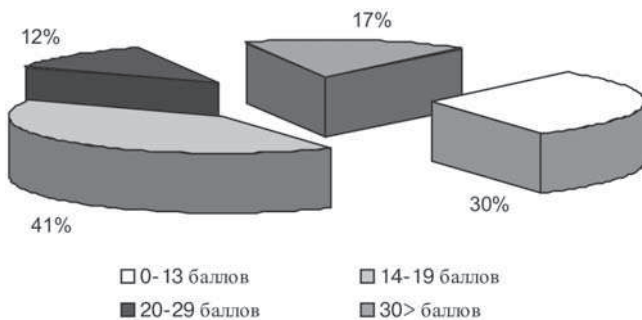


Рис. 2. Уровень депрессии

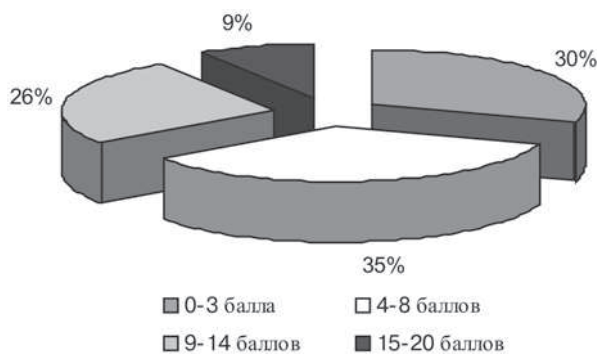


Рис. 3. Уровень тревоги

Таблица 3

## Сопоставление показателей шкал SCL-90-R у студентов в зависимости от адаптированности

| Шкала                              | Юноши (среднее значение) |                | p     | Девушки (среднее значение) |                | p     |
|------------------------------------|--------------------------|----------------|-------|----------------------------|----------------|-------|
|                                    | дезадаптированные        | адаптированные |       | дезадаптированные          | адаптированные |       |
| Соматизации                        | 0,62±0,44                | 0,38±0,33      | 0,020 | 1,05±0,77                  | 0,17±0,11      | 0,000 |
| Обсессивности                      | 1,18±0,54                | 0,52±0,30      | 0,000 | 1,26±0,64                  | 0,34±0,25      | 0,000 |
| Сензитивности                      | 1,17±0,61                | 0,50±0,52      | 0,000 | 1,40±0,62                  | 0,70±0,50      | 0,000 |
| Депрессии                          | 1,24±0,66                | 0,36±0,39      | 0,000 | 1,58±0,75                  | 0,35±0,14      | 0,000 |
| Тревоги                            | 0,79±0,65                | 0,29±0,25      | 0,001 | 1,19±0,76                  | 0,27±0,11      | 0,000 |
| Враждебности                       | 0,93±0,67                | 0,40±0,34      | 0,001 | 1,59±1,01                  | 0,54±0,53      | 0,000 |
| Фобии                              | 0,41±0,48                | 0,04±0,1       | 0,000 | 0,65±0,57                  | 0,55±0,69      | 0,570 |
| Параноидности                      | 0,92±0,60                | 0,53±0,4       | 0,006 | 1,10±0,87                  | 0,28±0,15      | 0,000 |
| Психотизма                         | 0,67±0,47                | 0,16±0,20      | 0,000 | 0,87±0,66                  | 0,10±0,09      | 0,000 |
| Дополнительных признаков депрессии | 1,19±0,36                | 0,40±0,33      | 0,000 | 1,40±0,57                  | 0,65±0,33      | 0,000 |

Таблица 4

## Сопоставление показателей шкал SCL-90-R между юношами и девушками

| Шкала                              | Юноши (среднее значение) | Девушки (среднее значение) | t     | p      |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------|--------|
| Соматизации                        | 0,61±0,43                | 1,07±0,7                   | -2,13 | <0,05  |
| Обсессивности                      | 1,2±0,52                 | 1,34±0,63                  | -1,35 | >0,05  |
| Сензитивности                      | 1,18±0,60                | 1,59±0,62                  | -2,9  | <0,006 |
| Депрессии                          | 1,26±0,65                | 1,66±0,69                  | -2,65 | <0,02  |
| Тревоги                            | 0,81±0,66                | 1,15±0,54                  | -1,74 | >0,05  |
| Враждебности                       | 0,93±0,67                | 1,71±1,03                  | -3,62 | <0,002 |
| Фобии                              | 0,41±0,48                | 0,67±0,59                  | -1,63 | >0,05  |
| Параноидности                      | 0,92±0,60                | 1,16±0,89                  | -1,53 | >0,05  |
| Психотизма                         | 0,67±0,47                | 0,97±0,66                  | -3,4  | <0,003 |
| Дополнительных признаков депрессии | 0,77±0,67                | 1,09±0,72                  | -1,35 | >0,05  |

в активном проявлении недовольства сверстниками, руководством; отмечалась также переоценка своих возможностей. Высказывались претензии на особое к себе отношение, требования создания для себя особых условий, учитывающих их «индивидуальность», шло противопоставление себя коллективу и т.п. Наиболее часто отмечались недовольство другими, раздражительность, чувство недоверия окружающим, ощущение загнанности, гневливость. Декларировалось переживание, что люди в целом недружелюбны; ощущение внутренней напряженности, взвинченности; желание причинить кому-либо вред. Следует отметить, что эта степень адаптации представляет собой как бы декомпенсацию у психопата, но носит зародыши варианта для развития дезадаптации по бредовому пути при наличии соответствующих условий и особенностей личности.

4. У 32 человек (3,3%) отчетливо выявлялись выраженные депрессивные расстройства, длившиеся не менее двух недель. Они отмечали беспокойство, напряженность, сужение круга интересов. Обнаруживались симптомы соматизации, фобий, а также снижение активности и работоспособности. Депрессии носили как тоскливый, так и тревожный характер. У двух человек из данной группы имелись суицидальные мысли, у восьми – мысли о смерти.

Можно говорить о 2-х вариантах социально-психологической дезадаптации. У одних дезадаптация идет по пути формирования и усугубления депрессивной симптоматики, у других – по пути формирования паранойяльных или параноидных структур.

Появление суицидальности у студентов с депрессивной симптоматикой, то есть в состоянии социально-психологической дезадаптации можно было бы отнести только к депрессивной симптоматике, однако у каждого из них этому предшествовал значимый конфликт.

Студенты, у которых были выявлены признаки социально-психологической дезадаптации (288 чел.) были обследованы по клинической шкале самооценки SCL-90-R. В качестве контрольной группы выступали студенты без признаков социально-психологической дезадаптации (196 чел.).

При их сравнении достоверно более высокие цифры были получены у дезадаптированных студентов по всем шкалам, кроме шкалы фобий у девушек (табл. 3).

По сравнению с мужчинами, у дезадаптированных девушек отмечались достоверно более высокие показатели по соматизации, сензитивности, депрессии, враждебности и психотизму.

Таблица 5

## Факторный анализ признаков SCL-90-R у юношей и девушек

| Шкалы SCL-90-R | Юноши    |          | Девушки  |          |
|----------------|----------|----------|----------|----------|
|                | Фактор 1 | Фактор 2 | Фактор 1 | Фактор 2 |
| Соматизация    | 0,58     | 0,11     | 0,84*    | 0,15     |
| Обсессии       | 0,66     | 0,38     | 0,81*    | 0,23     |
| Сензитивность  | 0,44     | 0,73*    | 0,09     | 0,83*    |
| Депрессия      | 0,85*    | 0,31     | 0,72*    | 0,31     |
| Тревога        | 0,85*    | 0,21     | 0,67     | 0,47     |
| Враждебность   | 0,23     | 0,69     | 0,17     | 0,695    |
| Фобии          | 0,73*    | 0,28     | 0,43     | 0,62     |
| Параноидность  | 0,02     | 0,91*    | 0,04     | 0,89*    |
| Психотизм      | 0,57     | 0,59     | 0,54     | 0,68     |
| Допол. шкала   | 0,82*    | 0,11     | 0,84*    | -0,06    |
| Expl.Var       | 4,00     | 2,59     | 3,57     | 3,2      |
| Totl.Var       | 53,2%    | 12,7%    | 50,7%    | 17%      |

Примечания: \* – достоверные различия.

Таблица 6

## Отношение девушек I–II курсов к самоубийству

| Текст вопроса:<br>Могли бы Вы оправдать попытку самоубийства? | 2002–2003 учебный год, осень. 176 чел. II курс | 2002–2003 учебный год, весна. 178 чел. I курс | 2003–2004 учебный год, осень. 261 чел. II курс | 2003–2004 учебный год, весна. 204 чел. I курс | 2004–2005 учебный год, осень. 206 чел. II курс | 2004–2005 учебный год, весна. 159 чел. I курс |
|---|--|---|--|---|--|---|
| Варианты ответов  | Частота утвердительных ответов (%)             |   |  |   |  |   |
| Несчастливая, безответная любовь?                             | 10,23  | 6,74  | 9,96   | 7,35  | 10,68  | 8,81  |
| Смерть близкого, родного человека?                            | 10,80  | 11,24   | 18,01  | 14,22   | 17,96  | 15,72   |
| Крах личных планов, потеря жизненных позиций?                 | 13,07  | 10,11   | 13,41  | 9,31  | 12,14  | 6,92  |
| Банкротство, материальные проблемы или бедность?              | 5,11   | 4,49  | 6,51   | 2,94  | 4,37   | 3,14  |
| Страх наказания, уголовное преследование?                     | 13,07  | 8,99  | 14,56  | 9,31  | 10,68  | 5,66  |
| Тяжелое соматическое заболевание (неизлечимая болезнь)?       | 42,61  | 44,94   | 41,76  | 40,20   | 39,81  | 42,14   |
| Известны ли Вам другие причины?                               | 14,20  | 11,80   | 11,11  | 12,75   | 15,05  | 13,21   |

Проведенный факторный анализ также показал структурные различия во взаимоотношениях симптомов у юношей и девушек (табл. 5).

Трактовать данные факторного анализа можно следующим образом. Первый фактор у мужчин отражает тоскливо-тревожную депрессию с фобическим компонентом. Второй фактор представлен сензитивностью с паранойяльным мышлением и элементами враждебности (можно сказать паранойяльная сензитивность). У женщин первый фактор может быть описан в рамках соматизированной депрессии с тревожными и обсессивными включениями. Второй фактор представлен паранойяльной сензитивностью с враждебностью и более высоким уровнем психотизма. Второй фактор, как у мужчин, так и женщин подтверждает вышеописанный дистимикопаранойяльный вариант формирования социально-психологической дезадаптации.

Таким образом, что касается взаимоотношений с аффективными составляющими, у мужчин выделялась тревожная депрессия с фобическими включениями и дистимические состояния с субпаранойяльностью. У женщин определялась соматизированная депрессия с обсессивными включениями и сочетание сензитивности с паранойяльностью.

Это косвенно подтверждает ранее полученные данные о двух вариантах формирования социально-психологической дезадаптации – депрессивном и с участием параноидного спектра.

Подавляющее большинство студентов имеют представление о суициде и суицидальном поведении с осознанным отношением к нему, о чем свидетельствует анонимный опрос студентов (табл. 6 и 7).

У девушек значимо чаще ( $p < 0,0001$ ), чем у юношей, родные и близкие входили в систему ценностных отношений для личности, и достоверно выше

Таблица 7

## Отношение юношей I–II курсов к самоубийству

| Текст вопроса:<br>Могли бы Вы оправдать попытку самоубийства? | 2002–2003 учебный год, осень. 578 чел. II курс | 2002–2003 учебный год, весна. 651 чел. I курс | 2003–2004 учебный год, осень. 943 чел. II курс | 2003–2004 учебный год, весна. 704 чел. I курс | 2004–2005 учебный год, осень. 747 чел. II курс | 2004–2005 учебный год, весна. 595 чел. I курс |
|---|--|---|--|---|--|---|
| Варианты ответов  | Частота утвердительных ответов (%)             |   |  |   |  |   |
| Несчастливая, безответная любовь?                             | 9,52   | 11,06   | 7,42   | 8,66  | 8,84   | 10,08   |
| Смерть близкого, родного человека?                            | 9,00   | 9,98  | 6,68   | 8,24  | 6,02   | 8,91  |
| Крах личных планов, потеря жизненных позиций?                 | 10,73  | 10,60   | 8,59   | 10,51   | 7,90   | 9,75  |
| Банкротство, материальные проблемы или бедность?              | 5,54   | 3,38  | 4,24   | 3,41  | 4,69   | 5,71  |
| Страх наказания, уголовное преследование?                     | 10,90  | 8,45  | 8,38   | 9,52  | 8,17   | 9,58  |
| Тяжелое соматическое заболевание (неизлечимая болезнь)?       | 37,54  | 34,72   | 33,51  | 33,10   | 32,66  | 31,09   |
| Известны ли Вам другие причины?                               | 17,82  | 16,28   | 13,26  | 14,49   | 15,13  | 15,97   |

Таблица 8

## Сопоставление дезадаптированных студентов и суицидентов из кризисного стационара

| Шкалы SCL-90-R                    | Дезадаптированные студенты (муж.) | Пациенты кризисного отделения (муж.) | p     |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------|
| Соматизация                       | 0,62±0,44                         | 0,59±0,59                            | >0,81 |
| Обсессии                          | 1,18±0,54                         | 1,12±0,77                            | >0,64 |
| Сензитивность                     | 1,17±0,61                         | 1,04±0,86                            | >0,36 |
| Депрессия                         | 1,24±0,66                         | 1,16±0,30                            | >0,60 |
| Тревога                           | 0,79±0,65                         | 1,06±1,00                            | >0,08 |
| Враждебность                      | 0,96±0,63                         | 0,85±0,71                            | >0,47 |
| Фобии                             | 0,41±0,45                         | 0,45±0,54                            | >0,69 |
| Параноидность                     | 0,94±0,63                         | 0,81±0,87                            | >0,38 |
| Психотизм                         | 0,67±0,46                         | 0,62±0,64                            | >0,64 |
| Дополнительные признаки депрессии | 0,78±0,64                         | 1,01±0,80                            | >0,11 |

был страх перед тяжелой, неизлечимой болезнью. У мужчин значимо больше ( $p < 0,01$ ) нераскрытых причин, которые могли бы привести к суициду. Несчастливая, безответная любовь, крах личных планов, материальные проблемы, страх наказания волновали юношей и девушек в одинаковой степени. Таким образом, значимость конфликта для перерастания социально-психологической дезадаптации в суицидальное поведение определяется, прежде всего, ценностными установками личности. Этот тезис подтверждают наблюдения за теми 10 студентами, которые совершили суицидальные попытки, включая, естественно, и пациентов кризисного стационара. У 4-х суицидальные намерения носили истинный характер протестного содержания и были связаны, прежде всего, с отчислением из университета за академические задолженности, хотя параллельно имели место и межличностные и внутриличностные конфликты. В 5-ти случаях речь шла о безответной любви, либо о разрыве отношений со значимым другим и суицидальные намерения имели амбивалентный характер. В одном случае речь шла о шантажно-демонстративном поведении, правда, оно могло закончиться инвалидностью

(прыжок с лестницы на виду у сокурсников). Для каждого из них, конфликт затрагивал значимую ценностную ориентацию и участвовал в формировании кризиса личности.

Для определения выраженности социально-психологической дезадаптации как предтечи формирования суицидального поведения было проведено сопоставление дезадаптированных студентов с результатами обследования суицидальных больных.

По данным шкалы SCL-90-R различия между симптомами у мужчин-суицидентов и дезадаптированных студентов уровня значимости не достигали, что не подтверждает ведущей роли психопатологической симптоматики в формировании суицидального поведения. У суицидентов был, правда, несколько выше уровень тревоги (недостаточно) (табл. 8).

У пациенток кризисного отделения (после суицида) отмечались достоверно более высокие цифры по шкалам обсессий, депрессии, тревоги, фобий и шкале дополнительных депрессивных симптомов (табл. 9).

У женщин кризисного стационара выраженность психопатологической симптоматики была по некоторым параметрам значимо выше, чем у студенток.

Таблица 9

## Сопоставление дезадаптированных студенток и пациентов кризисного стационара

| Шкалы SCL-90-R                    | Дезадаптированные студенты | Пациенты кризисного отделения | p       |
|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------|
| Соматизация                       | 1,05±0,78                  | 1,26±0,63                     | >0,19   |
| Обсессии                          | 1,27±0,64                  | 1,67±0,76                     | <0,01*  |
| Сензитивность                     | 1,41±0,62                  | 1,59±0,81                     | >0,27   |
| Депрессия                         | 1,58±0,68                  | 1,93±0,88                     | <0,05*  |
| Тревога                           | 1,19±0,76                  | 1,78±0,80                     | <0,001* |
| Враждебность                      | 1,59±1,01                  | 1,36±0,97                     | >0,30   |
| Фобии                             | 0,65±0,57                  | 0,99±0,79                     | <0,03*  |
| Параноидность                     | 1,10±0,87                  | 1,18±0,65                     | >0,65   |
| Психотизм                         | 0,87±0,70                  | 1,12±0,67                     | >0,11   |
| Дополнительные признаки депрессии | 1,00±0,70                  | 1,51±0,66                     | <0,001* |

Примечания: \* – достоверность.

Учитывая данные сравнения психопатологической симптоматики у студентов и студенток, вывод о недостаточной роли в формировании суицидального поведения более выраженной психопатологической, в частности депрессивной симптоматики, можно оставить в силе. В целом ожидалась более выраженная картина психопатологических нарушений у суицидентов.

Для уточнения этого вопроса был проведен сравнительный опрос дезадаптированных (I группа) и адаптированных (II группа) студентов I курса об отношении к суициду. В первом пункте анкеты предлагалось выбрать один из следующих вариантов ответов: а) порицаете самоубийц, считая, что никакие личные трагедии их поступок не оправдывают; б) считаете, что возможны такие жизненные коллизии, при которых самоубийство возможно; в) затрудняюсь ответить.

Как следует из табл. 10, достоверной разницы в отношении к суициду нет ни у мужчин, ни у женщин. Тем не менее, почти у одной трети, особенно у девушек, отмечено одобрительное отношение к суициду вне зависимости от наличия дезадаптации.

Во втором вопросе студентам предлагалось выбрать из 13-ти вариантов психотравмирующих ситуаций те, которые, по их мнению, могли бы оправдать суицид. Существенных различий между дезадаптированными и адаптированными студентами при ответе на данный вопрос не отмечалось. Правда, у дезадаптированных мужчин число выбранных вариантов было значительно больше. Так, на одного дезадаптированного юношу приходилось 1,6 вариантов, а на одного адаптированного – 1,1. Интересно также то, что выбираемые варианты по своей частоте расходятся с реальными причинами суицидогенных конфликтов. А вот распределение ответов на вопрос: «При каких обстоятельствах у Вас были в течение жизни суицидальные мысли?» было ближе к реальности (табл. 11).

О появлении суицидальных мыслей в течение жизни достоверно чаще сообщали дезадаптированные мужчины, нежели женщины.

Таким образом, прямой и строгой зависимости появления суицидальных мыслей от выраженности

социально-психологической дезадаптации не обнаружено. Анализ суицидального поведения от формирования суицидальных мыслей до совершения попыток, имевших место в университете, показал, что они формируются, в первую очередь, в зависимости от конфликта, который определял формирование кризисного состояния. Наиболее частыми мотивами были исключение из ВУЗа и несчастная любовь. Каждый из этих мотивов отражал неосуществленную потребность – стремление получить образование в престижном университете, неожиданная безответная любовь и уязвленное чувство самолюбия.

Представление о возможности суицида формируется у личности в зависимости от ее ценностных установок, то есть в неприятной ситуации, а формирование в результате конфликта, вызывающего кризис личности и, как следствие, социально-психологическую дезадаптацию, может облегчать его реализацию. Большинство студентов представляют себе определенную жизненную ситуацию, которая может привести к суициду. Безусловно, этот факт следует отнести к социальному архетипическому образцу поведения, учитывая его распространенность в использовании суицидального поведения при самых различных, вплоть до бытовых, ситуа-

Таблица 10

## Распределение ответов на вопрос об отношении к суициду

| Варианты ответов | Мужчины  |           | Женщины  |           |
|------------------|----------|-----------|----------|-----------|
|                  | I группа | II группа | I группа | II группа |
| а)               | 51,0     | 68,5      | 43,8     | 42,9      |
| б)               | 26,5     | 27,8      | 31,2     | 42,9      |
| в)               | 22,5     | 3,7       | 25,0     | 14,2      |

Таблица 11

## Распределение мотивов, вызвавших появление суицидальных мыслей

| Юноши                       | Девушки                       |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Конфликт с родителями    | 1. Конфликт с родителями      |
| 2. Потеря веры в себя       | 2. Несчастливая любовь        |
| 3. Проблемы с учебой        | 3. Усталость от жизни         |
| 4. Несчастливая любовь      | 4. Конфликт на учебе          |
| 5. Чувство одиночества      | 5. Проблемы с учебой          |
| 6. При поступлении в ВУЗ    | 6. Унижение                   |
| 7. Смерть близкого человека | 7. Крах личных планов         |
|                             | 8. Бесперспективность в жизни |



ций и популяционный характер отношения к суициду в населении.

Таким образом, начальной основой формирования суицидального поведения следует признать конфликт, значимость которого должна повлечь за собой не только формирование социально-психологической дезадаптации, но, главное, внутреннюю ситуацию, оцениваемую как кризис личности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии: Труды МНИИП. 1978. Т. 82. С. 6–28.
2. Африканова Л.П., Африканов Л.А., Смирнова Л.Н. Здоровье и функциональные возможности организма студентов в период адаптации к условиям вуза // Проблемы функциональных возможностей человека и прогнозирование здоровья. М., 1955. С. 7–27.
3. Вассерман Д. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса // Суицид и напрасная смерть. М. Дунин, 2001. С. 13–31.
4. Диагностика социально-психологической адаптации (К.Роджерс, Р.Даймонд) // Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. С. 193–197.
5. Дичев Т.Г., Тарасов К.Е. Проблема адаптации и здоровья человека. М., 1976.
6. Каган В.Е. Психогенные формы школьной дезадаптации // Вопросы психологии. 1984. № 4.
7. Кибрик Н.Д. Дезадаптация и суициды у студентов ВУЗов // Науч. и организац. проблемы суицидологии: труды МНИИП. 1983. С. 97–105.
8. Корнелиус Х., Фейр Ш. Знакомство с понятием конфликт // Хрестоматия по социальной психологии. М.: Международная педагогическая академия, 1994. С. 54–76.
9. Личко А.Е. Психопатия и акцентуации характера у подростков. М.: Медицина, 1983.
10. Мягков А.Ю., Журавлева И.В., Журавлева С.Л. Суицидальное поведение молодежи: масштабы, основные формы и факторы // Социологический журнал. 2003. № 1. ([www.inosmi.ru/abstract/143364.html](http://www.inosmi.ru/abstract/143364.html))
11. Обидина Ю.С. Проблема суицида в современных научных исследованиях и в реальной жизни // Гос. Управл.: Центр-регион

Выраженность кризиса полностью зависит от качественного уровня актуальной потребности, силы побуждения, то есть мотива, по достижению цели, факторов противодействия и содействия этому процессу и ценностной ориентации личности. Проблема разрешения кризиса зависит от имеющегося опыта, совершенства психологической защиты и ряда антисуицидальных факторов.

- (проблемы экономики, социологии и права). Матер. Всеросс. школы-семинара Национальные отношения и современная государственность. Йошкар-Ола: Марийский гос. пед. ин-т, 2000. Вып. 2. С. 88–93.
12. Петровский А.В. Проблемы развития личности с позиций социальной психологии // Вопросы психологии. 1984. № 4. С. 15–30.
  13. Плотников В.В. Функциональные нарушения и оценка дезадаптации студентов к обучению в вузе // Проблема функциональных возможностей и прогнозирования здоровья. М., 1985. 342 с.
  14. Психология современного студента. Особенности психологической адаптации в ВУЗе: Метод. рекомендации. Архангельск, 2007. 27 с.
  15. Чечельницкая С.М., Михеева А.А., Сенников С.А. и соавт. Опыт междисциплинарной оценки состояния здоровья обучающихся // Психолого-педагогическая поддержка участников образовательного процесса. Матер. Всероссийской научно-практической конференции. Чебоксары, 2004.
  16. Bille-Brache U., Andersen K., Wasserman D. et al. The WHO-EURO Multicentre Study: Risk of parasuicide and the comparability of the areas under study // J. Crisis Intervention Suicide Prevention. 1996. Vol. 17, N 1. P. 32–42.
  17. Brent D., Kolko D.J. Suicide and suicidal behaviour in children and adolescents. Philadelphia, PA: W.B.Saunders, 1990.
  18. Easterlin R.A. Birth and fortune. New York: Basic Books, 1980.
  19. Hawton K., Arensman E., Wasserman D. et al. Relation between suicide and suicide rates among young people in Europe // Epidemiol. Community Health. 1998. Vol. 52, N 3. P. 191–194.
  20. Holinger P.C., Offer D. Prediction of adolescent suicide: A population model // Am. J. Psychiatry. 1982. Vol. 139, N 3. P. 302–307.
  21. Mann J.J., Waternaux C., Malone K. Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients // Am. J. Psychiatry. 1999. Vol. 156. P. 181–189.
  22. Zapletalek M., Hanus M., Pauausek V. K otazce neurotizace studentu cvisokich skol // Cs. Psychol. 1978. Vol. 74, N 2. P. 77–81.

## НАРУШЕНИЕ АДАПТАЦИИ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У МОЛОДЕЖИ

В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев

Показано, что прямая зависимость появления суицидальных мыслей от выраженности социально-психологической дезадаптации не обнаруживается. Формирование дезадаптации имеет гендерные различия и развивается в виде двух вариантов – депрессивном и дистимико-параноидном. Начальной же основой формирования суицидального поведения следует признать конфликт, значимость которого должна повлечь за собой не только формирование социально-психологической дезадаптации, но, главное, внутреннюю ситуацию, оцениваемую как кризис личности. Выраженность кризиса полностью

зависит от качественного уровня актуальной потребности, силы побуждения, т.е. мотива, по достижению цели, факторов противодействия и содействия этому процессу и ценностной ориентации личности. Проблема разрешения кризиса зависит от имеющегося опыта, совершенства психологической защиты и ряда антисуицидальных факторов.

**Ключевые слова:** социально-психологическая дезадаптация, депрессия, студенты, личностные проблемы, кризис личности, суицидальное поведение.

## MALADJUSTMENT AND SUICIDAL BEHAVIOURS IN YOUNG PEOPLE

V. F. Voitsekh, E. V. Galtsev

The authors do not confirm a direct association between suicidal ideas and sociopsychological maladjustment. There are gender differences, and maladjustment seems to develop as two possible variants: depressive and dysthymic-paranoid. An immediate cause for suicidal behaviour seems to be a conflict, which is significant enough to cause both sociopsychological maladjustment and, more important, create an internal situation which is interpreted as a personal crisis. The severity

of this crisis depends on the characteristics of the intent, i.e. the motive for reaching the goal, pro- and counter-factors and the person's value system. The outcome of the crisis depends on personal experience, efficiency of psychological defense and a number of antisuicidal factors.

**Key words:** sociopsychological maladjustment, depression, students, personal problems, personal crisis, suicidal behaviour.

**Войцех Владимир Федорович** – руководитель отделения суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», тел. (495) 963-7572, 8-916-213-6107

**Гальцев Евгений Владимирович** – младший научный сотрудник отдела суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», тел. 8-903-664-5865