



Бойко Е.О., Ложникова Л.Е. ✉, Зайцева О.Г.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Особенности профиля личности у лиц молодого возраста с суицидальным поведением в анамнезе

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 18.07.2022
Принята: 21.08.2022
Контакты: lozhnikova.l.e@gmail.com

Резюме

С помощью клинико-психологического метода проведено комплексное исследование, которое позволило выявить особенности профиля личности 240 пациентов молодого возраста с суицидальным поведением в анамнезе, с различной нозологической принадлежностью с учетом диагностических критериев МКБ-10.

Ключевые слова: психические и поведенческие расстройства, суицидальное поведение, профиль личности, молодой возраст

Boyko E., Lozhnikova L. ✉, Zaitseva O.
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Features of the Personality Profile in Young People with a History of Suicidal Behavior

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 18.07.2022
Accepted: 21.08.2022
Contacts: lozhnikova.l.e@gmail.com

Abstract

Using clinical and psychological method, a comprehensive study was carried out, which allowed identifying the features of the personality profile of 240 young patients with a history of suicidal behavior, with different nosological affiliation, taking into account the diagnostic criteria of ICD-10.

Keywords: mental and behavioral disorders, suicidal behavior, personality profile, young age

■ ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение в каждом конкретном случае индивидуально и затрагивает различные причины и факторы [1, 2]. Вызывает тревогу проблема омоложения суицидов: на молодой возраст приходится 1-й из 2 самых высоких пиков суицидальной активности в России [3].

Суицидальное поведение рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности, социальной незащищенности и нарушения механизмов взаимодействия между человеком и его средой, возрастными изменениями, при которых окончательно не сформированы основные личностные и жизненные ценности и установки [4, 5].

В настоящее время активно изучаются вопросы формирования суицидального поведения, остаются открытыми вопросы диагностики и лечения, а также профилактики суицидального риска.

Поэтому актуальным является изучение рисков суицидального поведения с учетом личностных характеристик и диагностических критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра у лиц молодого возраста.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение особенностей профиля личности у лиц молодого возраста с суицидальным поведением в анамнезе.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 240 пациентов молодого возраста 19–35 лет с суицидальным поведением в анамнезе, с различной нозологической принадлежностью, проходивших обследование и лечение в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Из них 35,0% женского пола (n=84) и 65,0% мужского (n=156). Участие в исследовании было добровольным, пациенты подписывали информированное согласие.

Методы исследования:

- клинический с использованием патопсихологического исследования – психопатологическая квалификация психических расстройств осуществлялась согласно диагностическим критериям МКБ-10;
- клинико-психологический с использованием экспериментально-психологического – опросник Мини-Мульт, или сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) – сокращенный вариант методики MMPI (Миннесотский многопрофильный личностный опросник). По результатам составлялся усредненный профиль личности, который состоял из 11 основных шкал: L – искренность, F – достоверность, K – коррекция, Hs – ипохондрия (1), D – депрессия (2), Hy – истерия (3), Pd – психопатия (4), Pa – паранойяльность (6), Pt – психастения (7), Sc – шизоидность (8), Ma – гипомания (9).

Все обследуемые были осмотрены терапевтом, окулистом, неврологом в целях выявления соматической и неврологической патологии.

При обработке статистических данных использовались лицензионные комплекты программ STATISTICA 10.0 и Microsoft Excel for Windows Russian.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обследуемые были в возрастном диапазоне 19–35 лет ($27 \pm 0,4$). В возрасте до 20 лет – 25 человек ($(19 \pm 0,6)$ года) и 215 человек в возрасте от 21 до 35 ($26 \pm 0,5$).

Большинство обследуемых в выборке проживали в сельской местности – 60,5%, городскими жителями являлись 39,5%, что обусловлено активным вовлечением в процессы механической миграции сельских населенных пунктов [6]. Необходимо отметить, что, по данным РосИнфоСтат, ежегодно в Краснодарский край мигрируют сотни тысяч человек из северной и центральной части России. С января по апрель 2019 г. в Краснодарский край успели заселиться 21 900 человек. Больше половины прибыло из стран СНГ (украинцы) [7].

Значительная часть пациентов на период обследования не имела собственной семьи – 73,0%. Официально женаты были 6,0%, состояли в гражданском браке 9,0%, в разводе 12,0% (рис. 1).

Очевидно, что меняется парадигма семейной жизни. В настоящее время молодые люди предпочитают отношения без обязательств, часть современной молодежи выросла, наблюдая неблагополучные отношения в родительской семье, у многих нет уверенности в завтрашнем дне, и, конечно, для создания семьи необходимы зрелые личностные установки, которые все реже встречаются у молодых людей. По статистике, более 30% браков заключается людьми старше 35 лет.

Пациенты в выборке чаще имели среднее специальное образование – 50,8%, среднее образование – 32,5%, высшее – в 13,0%, неоконченное среднее – 3,7% (рис. 2).

Оценка биологических факторов выявила статистически значимые факторы ($p < 0,01$), влияющие на формирование суицидального поведения: наличие отягощенной наследственности по психическим заболеваниям в 15,5% случаев, злоупотребление родственниками алкоголем – 23,0%. Завершенные суициды у ближайших родственников были выявлены в 3,0% случаев. Почти у половины обследуемых были определены нарушения, обусловленные внутриутробными, перинатальными и ранними постнатальными поражениями мозга, что говорит о наличии резидуально-органической патологии. Патология беременности определялась в 19,5% случаев, патология родов – 15,5%. Перинатальная патология была выявлена у 13,5% всех обследуемых. В 51,5 % случаев патологии беременности и родов у матери выявлено не было.

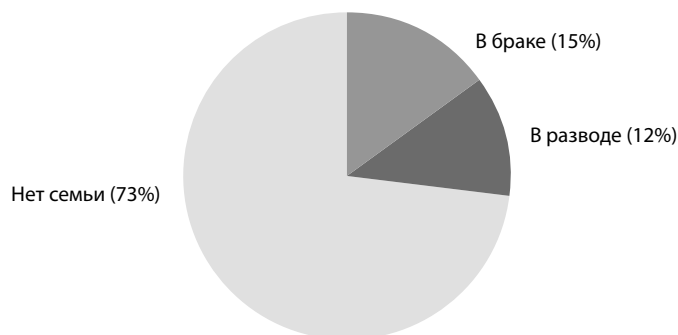


Рис. 1. Характеристика обследуемых по семейному положению
Fig. 1. Characteristics of subjects by marital status

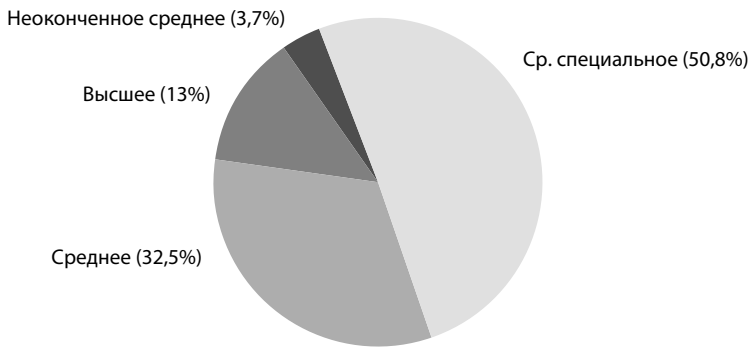


Рис. 2. Характеристика обследуемых по полученному образованию
Fig. 2. Characteristics of subjects by their education

В таблице представлена клиническая структура психических и поведенческих расстройств.

Анализируя клиническую структуру психических и поведенческих расстройств [8], можно отметить, что большую часть из них представляют органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00–F09) – 31,25%. Полиморфизм клинической картины и неоднородность патогенетических механизмов психических расстройств в этой группе можно объяснить наличием разных патологических факторов, воздействующих на головной мозг на различных стадиях развития. У пациентов данной группы большинство суицидальных попыток было совершено в состоянии острой алкогольной интоксикации – 58,6%.

На второй позиции – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69) – 20,83% случаев. Диагностика основывалась на выявлении значительного несоответствия между поведением и основными социальными нормами, пренебрежения к социальным обязанностям и равнодушия к окружающим, напряженных и нестабильных межличностных отношений и тенденции к саморазрушающему поведению, включая суицидальные жесты и попытки.

Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30–F39) – 19,58% – заняли третью позицию. Диагностически выявлялись изменения эмоциональной и двигательного-волевой сфер, социального функционирования. Клинически определялись

Клиническая структура психических и поведенческих расстройств
Clinical structure of mental and behavioral disorders

Рубрика МКБ-10	Количество	
	Абс.	%
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00–F09)	75	31,25%
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29)	44	18,33%
Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30–F39)	47	19,58%
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48)	19	7,91%
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69)	50	20,83%
Умственная отсталость (F70–F79)	5	2,08%
Итого	240	100%

маниакальные или депрессивные эпизоды, биполярные и рекуррентные расстройства, а также формы хронических расстройств настроения.

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29) были выявлены в 18,33% случаев. Клинически определялись существенные и характерные искажения мышления и восприятия, а также неадекватные аффекты, холодность или неадекватность эмоциональных реакций, странное поведение, склонность к социальной изоляции, характерные изменения личности.

В 7,91% случаев были выявлены невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48), относящиеся к разнородной группе тревожно-фобических расстройств, при которых единственным или преобладающим симптомом является боязнь определенных ситуаций, не представляющих текущей опасности. Пациентов отличали наличие сензитивности, страха, тревоги, немотивированных опасений, неуверенность в себе и в своей компетентности, пониженная самооценка, трудности социальной адаптации и самореализации.

Умственная отсталость легкой степени (F70) была выявлена в 2,08% случаев. Диагностически выявлялось состояние задержанного или неполного умственного развития, характеризующееся прежде всего снижением познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности. Ориентировочный IQ составлял 50–69 баллов.

Результаты опросника СМОЛ достоверно различались в каждой из групп. В группе «органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F00–F09) в усредненном профиле выборки преобладали медлительность, пассивность, отмечалось сочетание неустойчивых и эмоционально-лабильных личностных черт. Было выявлено повышение профиля по 1, 2, 6-й шкалам до 75 Т, преморбидно их отличали педантизм, неспособность принять решение самостоятельно (рис. 3).

Пациенты подобного профиля отличались раздражительностью, плохой переносимостью смены обстановки, потерей равновесия в социальных конфликтах, инертностью психических процессов, пассивностью, сензитивностью и злопамятностью.

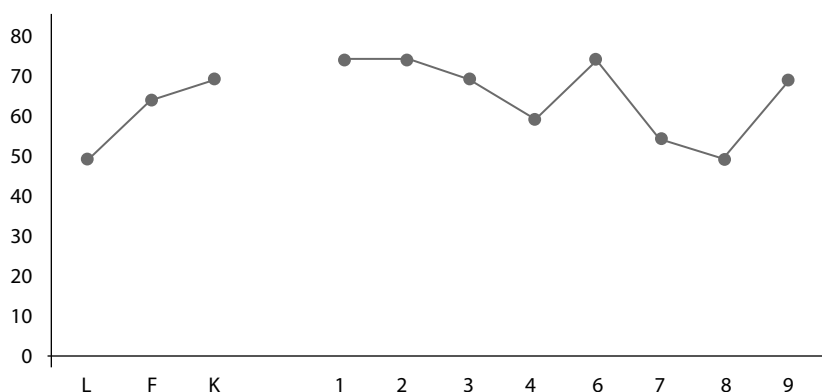


Рис. 3. Личностные характеристики: медлительность, пассивность, педантичность, конформизм, сочетание неустойчивых и эмоционально-лабильных личностных черт

Fig. 3. Personal characteristics: slowness, passivity, pedantry, conformity, a combination of unstable and emotionally labile personality traits

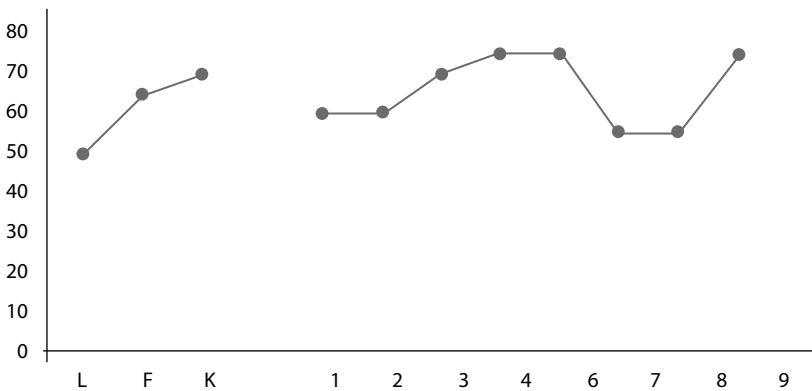


Рис. 4. Личностные характеристики: агрессивность, конфликтность, повышенная сензитивность, чувство соперничества, переоценка своих возможностей, поверхностность и неустойчивость интересов и контактов

Fig. 4. Personal characteristics: aggressiveness, conflict, increased sensitivity, a sense of rivalry, overestimation of own capabilities, superficiality and instability of interests and contacts

В группе «расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (F60–F69) в личностном профиле пациентов преобладали психопатические черты, проявляющиеся общей дисгармоничностью, пренебрежением социальными нормами и ценностями, тенденцией к одностороннему отбору информации, нарушениями межличностных отношений и социальной дезадаптацией (рис. 4).

Отмечено повышение профиля по 4, 6, 9-й шкалам до 75 Т, преморбидно их отличали нарушения в эмоционально-волевой сфере: агрессивность, конфликтность, повышенная сензитивность к критическим высказываниям окружающих, чувство соперничества, переоценка своих возможностей, поверхностность и неустойчивость интересов и контактов.

В группе «шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F20–F29) по данным СМОЛ отмечался подъем по 2-й, 8-й шкалам, а по 9-й и 4-й Т<60, что отражало замкнутость, трудности социальной адаптации, интрапунитивные реакции (рис. 5).

Профиль личности характеризовался сочетанием повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях, снижением энергетического потенциала. Повышение по шкале F указывало на неконформность личности, связанную со своеобразием восприятия и суждений, необычностью мыслей и поступков, избирательностью или поверхностностью контактов.

В группе «расстройства настроения» (аффективные расстройства) (F30–F39) отмечался подъем по 2-й и 7-й шкалам до 75 Т-баллов при значении 60 Т по 4, 8, 9-й шкалам, что отражало неуверенность в себе, навязчивые опасения, низкий порог фрустраций, трудности социального приспособления (рис. 6).

Основные характеристики данного профиля проявлялись в низкой способности к вытеснению и повышенном внимании к отрицательным сигналам. Отмечались чувство вины, гнев, направленный на себя, в сложной конфликтной ситуации реакции дезадаптации.

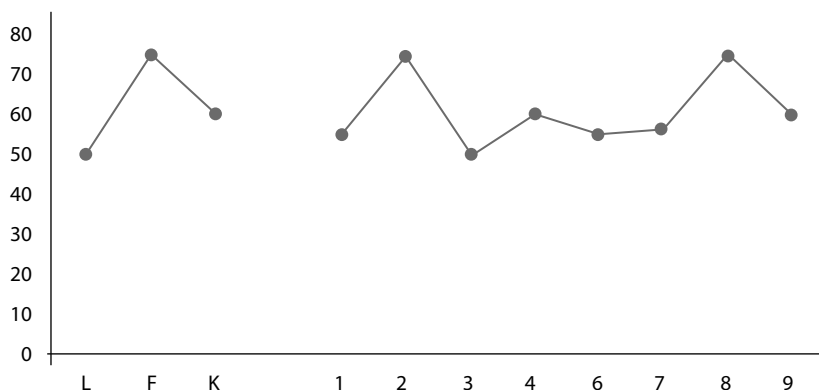


Рис. 5. Личностные характеристики: своеобразие интересов и мотивов поведения, трудности социальной адаптации, снижение энергетического потенциала, подавленность, беспокойство и внутреннее напряжение

Fig. 5. Personal characteristics: originality of interests and motives of behavior, difficulties in social adaptation, decrease in energy potential, depression, anxiety and internal tension

В группе «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40–F48) в усредненном профиле выборки отмечался подъем по 1, 2, 3, 7-й шкалам $T > 70$ баллов (рис. 7).

В данном профиле максимально проявились черты по 4 базисным шкалам: ипохондрии, депрессии, истерии и психастении. Высокие показатели 3-й шкалы демонстрируют способность к вытеснению факторов, вызывающих тревогу; демонстративное подчеркивание соматического неблагополучия с тенденцией отрицать затруднения в социальной адаптации. Преморбидно пациенты отличались сензитивностью, неуверенностью в себе и своей компетентности, неадекватной самооценкой, испытывали навязчивости, страхи, тревогу, немотивированные опасения. Низкая

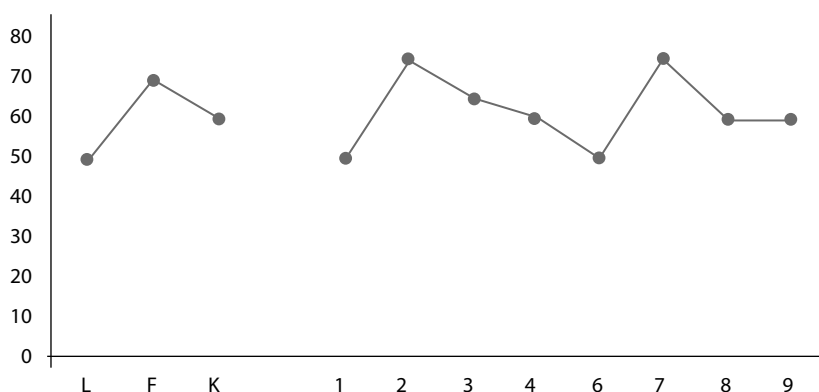


Рис. 6. Личностные характеристики: неуверенность в себе, навязчивые опасения, повышенное чувство вины, низкий порог фрустраций, трудности социального приспособления

Fig. 6. Personal characteristics: self-doubt, obsessive fears, increased guilt, low threshold of frustration, difficulties in social adjustment

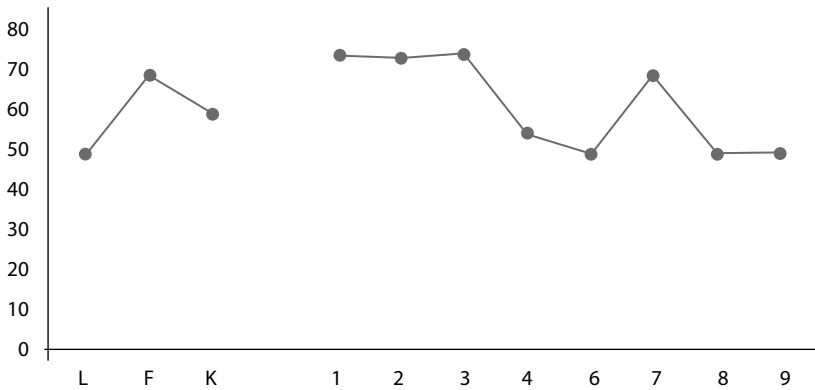


Рис. 7. Личностные характеристики: сужение зоны жизненного комфорта, требовательность и капризность, невротический сверхконтроль, отрицание психологического конфликта, болезненное самолюбие, обидчивость, утрата душевного равновесия
Fig. 7. Personal characteristics: narrowing of the comfort zone of life, exactingness and capriciousness, neurotic over-control, denial of psychological conflict, painful self-esteem, resentment, loss of mental balance

продуктивность волевых процессов в сочетании с эгоцентризмом определяли трудности социальной адаптации и самореализации.

В группе «умственная отсталость» (F70–F79) отмечался подъем профиля по 1-й и 3-й шкалам ($T > 70$), что отражало неуверенность, эмоциональную незрелость, вытеснение тревоги, однако в большинстве случаев достоверность данных по опроснику была сомнительна, показатели оценочной шкалы лжи (L) выше 70 (рис. 8).

Преморбидно пациенты данной группы медлительны, пассивны, легко внушаемы, отмечались незрелость и поверхностность в контактах, отсутствие познавательных потребностей и критики к своему состоянию.

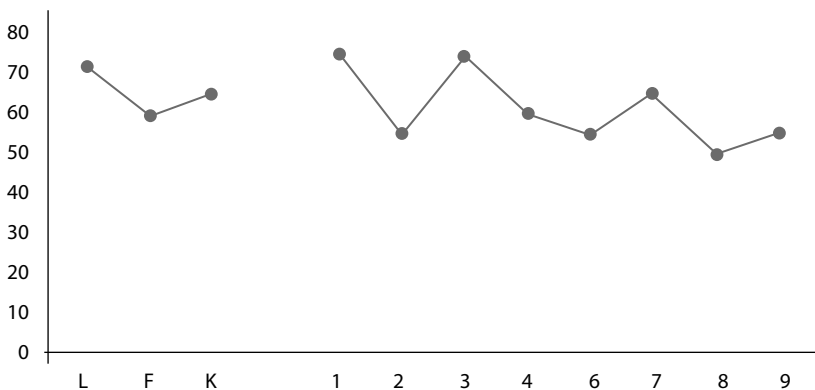


Рис. 8. Личностные особенности: неуверенность, эмоциональная незрелость, вытеснение тревоги, пассивность, внушаемость
Fig. 8. Personality traits: uncertainty, emotional immaturity, displacement of anxiety, passivity, suggestibility

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования выявлены особенности профилей личности пациентов молодого возраста с суицидальным поведением в анамнезе с различной нозологической принадлежностью. Личностный профиль различался по всем нозологическим группам и в большей мере соответствовал ведущему расстройству.

В группе «органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F00–F09) в личностном профиле преобладали медлительность, пассивность, отмечалось сочетание неустойчивых и эмоционально-лабильных личностных черт, потеря равновесия в социальных конфликтах.

В группе «расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (F60–F69) в личностном профиле пациентов преобладали психопатические черты, проявляющиеся общей дисгармоничностью, пренебрежением социальными нормами и ценностями, тенденцией к одностороннему отбору информации, нарушениями межличностных отношений и социальной дезадаптацией.

Профиль личности в группе «шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F20–F29) характеризовался сочетанием повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях, снижением энергетического потенциала.

В группе «расстройства настроения» (F30–F39) профиль отражал неуверенность в себе, навязчивые опасения, низкий порог фрустраций, трудности социального приспособления.

В группе «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40–F48) пациенты отличались сензитивностью, неуверенностью в себе и своей компетентности, неадекватной самооценкой, испытывали навязчивости, страхи, тревогу, немотивированные опасения. Низкая продуктивность волевых процессов в сочетании с эгоцентризмом определяли трудности социальной адаптации и самореализации.

Выявленные профили обуславливали легкость возникновения нервно-психической декомпенсации и социальную дезадаптацию в виде суицидальных форм поведения, что требует проведения дифференцированного подхода к оказанию психиатрической помощи и выбору вариантов кризисной психотерапии, индивидуальной психокоррекционной работы в виде кризисной поддержки, кризисного вмешательства и психотерапевтических тренингов, направленных на повышение уровня социальной адаптации. На первом этапе требуется неотложное активное вмешательство психотерапевта в ситуацию, связанную с наличием жизненно важной для пациента психологической проблемы, выраженной потребностью пациентов в эмпатической поддержке и даже в руководстве их поведением. Мишенями психокоррекции выступают неадаптивные когнитивные феномены, способствующие возникновению и развитию суицидальных мыслей и рецидивам суицидального поведения. Далее актуальными становятся навыки самонаблюдения и самоанализа в целях преодоления неадекватных стратегий поведения, присоединение групповых и семейных видов кризисной психотерапии с учетом необходимости создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработки и освоения новых способов адаптации.

Таким образом, выполненное исследование подчеркивает необходимость использования комплексного подхода к оценке суицидального поведения для соответствующего совершенствования профилактических мер, направленных на снижение влияния факторов суицидогенеза у лиц молодого возраста. Поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают личностный рост, повышение фрустрационной толерантности.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Trunov D.G. Causal analysis of suicidal activity. *Bulletin of Perm University. Philosophy. Psychology. Sociology*. 2013;2(14):121–127. (in Russian)
2. Kadyrov R.V., Mironenko T.A. On the issue of early maladaptive schemes in suicidal personality behavior. *Bulletin of Kemerovo State University*. 2017;3:125–132. doi: 10.21603/2078-8975-2017-3-125-132. (in Russian)
3. Polozhiy B.S. Suicides among minors (epidemiological aspect). *Suicidology*. 2019;10(1):21–26. (in Russian)
4. Grigorieva A.A., Bulygina V.G., Afonina Yu.S. The relationship of self-injurious behavior and the use of psychoactive substances. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2018;4(101):98–105. (in Russian)
5. Polskaya N.A. Risk factors and directions of prevention of self-injurious behavior of adolescents. *Clinical and special psychology*. 2018;7(2):1–20. (in Russian)
6. Redko A.N., Zhilina A.G. *Analysis of the dynamics of the prevalence of mental disorders at the regional level*. Health and Education in the XXI century : materials of the VI International Scientific and Practical Conference. Moscow, December 8–10, 2005. 2005:402–4037. (in Russian)
7. *Population and area of the Krasnodar Territory*. Available at: <https://rosinfostat.ru/naselenie-krasnodarskogo-kрая> / (accessed 08.02.2022). (in Russian)
8. Boyko E.O., Zaitseva O.G., Lozhnikova L.E. Clinical and epidemiological features of suicidal behavior in young people in the Krasnodar Territory. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2020;11(3):546–556. (in Russian)