

## О НЕКОТОРЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ПАРАСУИЦИДАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТИ

*Рассматриваются результаты исследования парасуицидентов и контрольной группы по психопатологическим факторам MMPI. Установлено, что группа парасуицидентов отличается на уровне достоверной значимости от контрольной группы по факторам ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, психастении, шизофрении, социальная интроверсия. Отмечено, что в двух факторах по абсолютным показателям преодолены пороги нормы. Это шкалы психопатии и шизофрении, что свидетельствует о дезадаптации личности парасуицидентов.*

**Ключевые слова:** парасуицидальное поведение, NEO PI-R, факторы, MMPI, нейротизм, дезадаптация.

*Розглядаються результати дослідження парасуїцидентів і контрольної групи з психопатологічних факторів MMPI. Встановлено, що група парасуїцидентів відрізняється на рівні достовірної значущості від контрольної групи з факторів іпохондрії, депресії, істерії, психопатії, психастенії, шизофренії, соціальної інтроверсії. Відзначено, що в двох чинниках за абсолютними показниками подолано пороги норми. Це шкали психопатії і шизофренії, що свідчить про дезадаптації особистості парасуїцидентів.*

**Ключові слова:** парасуїцидальна поведінка, NEO PI-R, фактори, MMPI, нейротизм, дезадаптація.

*Considers results of research parasuicident's and the control group on psychopathological factors of MMPI. It is established, that the group parasuicidents different at the level of true significance of the control group of factors of a hypochondriasis, depression, hysteria, psychopathic deviate, psychasthenia, schizophrenia, social introversion. It was noted that in two factors, in absolute figures overcome thresholds norms. This scale psychopathic deviate and schizophrenia which testifies to the exclusion of the personality of parasuicidents.*

**Key words:** parasuicidal behavior, NEO PI-R, factors, MMPI, neuroticism, disadaptation.

**Постановка проблемы.** Суицидальное поведение – явление многофакторное, с этим сейчас согласно большинство суицидологов, психологов, социальных работников, сталкивающихся с этой проблемой. Одним из продуктивных является интегративный подход, представленный амбрумовской школой, в которой самоубийство есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях неразрешенного микросоциального конфликта [1]. «Суицидальный акт может представлять собой результат психического расстройства или являться поведенческим актом практически здоровой личности. Переход от одного полюса к другому лежит через широкую зону вариаций, которая образуется как за счет своеобразных личностных типов, так и за счет временных реакций [8, с. 42]. В процессе диагностической работы с парасуицидентами (т. е. с личностями, чья попытка не завершилась летальным исходом) нами проводилось исследо-

вание пациентов с целью определения границ нормы и патологии при помощи опросника MMPI, обладающего большими диагностическими возможностями [2] и связи с другими личностными параметрами, в частности, «Большой пятерки», позволяющей прогнозировать, действия субъекта в широком спектре значимых ситуаций [4, с. 294] и характеристиками эмоциональной сферы.

**Материалы и методы.** Нами применялись психодиагностические инструментариумы для оценки характеристик личности, эмоционального состояния и жизненного тонуса на момент исследования, а именно: а) личностный опросник NEO-PI-R, состоящий из 5 шкал и 35 субшкал (фасеток), разработанный американскими психологами Р. Т. Costa и R.R. McCrae [9], в его русскоязычной сертифицированной версии [6]; б) шкала депрессии Бека; в) показатель благополучия ВОЗ (*WHO Well-Being Index*, в дальнейшем – WHO); д) модифицированная шкала

безнадёжности (HS); е) Шкала оценки насильственных действий Плутчика (PFAV; ф) шкала характеристик гнева TAS, состоящая из двух субшкал – *temperament* дальнейшем (Т) и – *reaction* (R). Ценностно-мотивационная сфера участников исследования определялась методикой «Целевая направленность личности» [3].

Исследование проводилось в период ближайшего (острого) постсуицида в условиях ургентного стационара, поэтому мы представляем группу пациентов, адекватных на тот момент ситуации тестирования, давших согласие на участие в нем. Они также не были отсеяны по причине недостоверности данных по другим методикам, в частности, NEO. Общее количество группы парасуицидентов:

N = 32 чел.; контрольную группу составляли респонденты, не имевшие в анамнезе суицидальных попыток: N = 29 чел. Половозрастная структура выборки в целом идентична, различия статистически недостоверны – по полу t-критерий Стьюдента = 1,95, при  $p < 0,056$ , а по возрасту t-критерий Стьюдента = 1,97 при  $p < 0,056$ .

**Результаты и их обсуждение.** Результаты проведенного исследования показали (таблица 1), что у парасуицидентов в отличие от контрольной группы повышены показатели по факторам ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, психастении, шизофрении, социальной интроверсии на уровне достоверной значимости.

Таблица 1

Средние показатели экспериментальной и контрольной групп по методике ММРІ

№ п/п	Шкалы	Эксперимент. группа		Контр. группа		t-критерий Стьюдента а (p<=)
		М	Std	М	Std	
1.	L	45,69	7,47	44,44	6,38	0,66 (0,507)
2.	F	70,07	10,41	60,87	11,48	3,04 (0,004)
3.	K	50,75	6,85	51,52	8,4	0,37 (0,712)
4.	Hs	63,56	9,17	52,83	10,14	4,32 (0,001)
5.	D	64,47	15,04	51,24	8,95	4,22 (0,001)
6.	Hу	60,53	12,42	54,14	9,6	2,28 (0,028)
7.	Pd	75,59	11,43	58,76	10,38	6,04 (0,001)
8.	Mf	61,81	13,97	57,79	8,94	1,92 (0,060)
9.	Pa	63,81	13,97	60,89	9,26	0,97 (0,337)
10.	Pt	66,484	11,39	54,72	11,67	3,96 (0,001)
11.	Sc	72,63	12,69	59,79	10,48	4,32 (0,001)
12.	Ma	70,97	4,31	65,63	11,22	1,81 (0,07)
13.	Si	56,38	7,31	51,69	8,17	2,34 (0,123)

Исследование респондентов при помощи опросника ММРІ показало, что выборка в целом находится в границах нормы, в то же время существуют достоверные статистические различия между экспериментальной и контрольной группами по ряду шкал.

Первое различие мы наблюдаем по шкале достоверности F. Результаты обследования могут ставиться под сомнение, если показатели  $F > 70T$ . В нашем усредненном профиле показатели находятся на границе нормы. Тем не менее, вышеуказанный показатель профиля может говорить об эмоциональной неустойчивости лиц, дисгармоничных, находящихся в состоянии дискомфорта [7, с. 27], что имеет место в нашей ситуации – парасуициденты в ближайшем (остром) постсуициде. Шкала F позитивно коррелирует с BDI,  $r = 0,548^*$ , в то же время она говорит о склонности к аффективным реакциям, сопровождаясь повышением профиля по 4-й, 8-й и 9-й шкалам и коррелируя со склонностью к агрессивным действиям (PFAV),  $r = 0,497$ , и чувством гнева TAS  $r = 0,497$ , причем, как базовой чертой личности, поскольку связана с T,  $r = 0,573$ , но не с R, с которой достоверной связи нет. F противоречит уступчивости (а4), открывая дорогу гневу:  $r = - 0,352$  и конфронтации авторитетам и ценностям (о6):  $r = 0,377$ .

В контрольной группе F на 10T ниже, чем в экспериментальной, и противоречит организованности (с2) и обдумыванию своих действий (с6), соответственно,  $r = - 0,442$  и  $r = - 0,428$ , но сопутствует некоей активности:  $r = 0,608$ .

Шкала 1 (Hs), ипохондрии в концепции (невротического сверхконтроля), не является ведущей в профиле и не превышает 70T; все же разница с показателями аналогичной шкалы у «здоровых» достаточно существенна. Шкала измеряет «близость» испытуемого к астено-невротическому типу личности. Для лиц такого типа забота о здоровье приобретает сверхценный характер, доминирует в системе личных ценностей, снижает уровень активности, обедняет интересы, отрывает от общественной жизни [5, с. 88]. Шкала «... выявляет мотивационную направленность личности на соответствие нормативным критериям, как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций своего организма. Основная проблема личности данного типа – подавление спонтанности, сдерживание самореализации, гиперсоциальная направленность интересов, ориентация на правила, инструкции, поверия, инертность в принятии решений, избегание серьезной ответственности ...» [7, с. 34]. В свете этого естественно выглядит связь шкалы Hs с уровнем депрессии BDI:  $r = 0,483$  и обращает на себя внимание корреляция между показателями шкалы и Открытостью

\* Курсивом выделены показатели с вероятностью ошибки  $p \leq 0,05$ , жирным шрифтом – с вероятностью ошибки  $p \leq 0,01$

опыту (O) и Ценностями (об); соответственно:  $r = 0,389$  и  $r = 0,388$ , тем более, что эти показатели у суицидентов ниже, чем у «здоровых». Т.о., люди с суицидальными попытками стараются открывать опыт «болезненно», через самоконтроль, возможно, имеется в виду внутренний опыт. Между тем у участников исследования из контрольной группы ипохондрические настроения пересекаются с Безнадежностью (HS):  $r = 0,466$  и Тревожностью (n1):  $r = 0,379$ , и блокируют доверие (a1):  $r = -0,38$ .

Шкала 2 (D) депрессии (пессимистичности). У суицидентов она не превышает границы нормы, коррелируя, тем не менее, со шкалой депрессии А. Бека (BDI) и субшкалой n3 (депрессией). Средний показатель n3 у суицидентов несколько превышает норму = 55,87, а BDI = 21,2, иллюстрируя «критический уровень», но не «явную депрессивную симптоматику». Показатель MMPI связан и ясно характеризует эмоциональную нестабильность, N:  $r = 0,596$  и такие ее слагаемые, как тревожность (n1):  $r = 0,61$ , ранимость (n6):  $r = 0,492$ , а также враждебность (n2):  $r = 0,378$  (при 0,005). Это способствует дефициту Добросовестности (C):  $r = -0,38$ , включая такие его важные составные, как компетентность, стремление к достижениям и самодисциплину, соответственно:  $r = -0,388$ ;  $-0,412$ ;  $-0,412$ . У респондентов из контрольной группы D подтвержден субшкалой депрессии (n3):  $r = 0,375$  и отрицательно коррелирует с Экстраверсией:  $r = -0,382$  и настойчивостью (e3):  $r = -0,512$ .

Шкала истерии Ну (эмоциональной лабильности) конституциональна, обусловленная во многом личностной структурой. Она фиксирует неустойчивость эмоций и конфликтное сочетание разнонаправленных тенденций. «Высокий уровень притязаний сочетается с потребностью в причастности к интересам группы, эгоистичность – с альтруистическими декларациями, агрессивность – со стремлением нравиться окружающим» [7, с. 42]. Между двумя группами, участвующими в нашем исследовании, есть статистически значимое различие в показателях, но в целом показатели находятся в пределах нормы, не представляя пики в профилях. Среди выборки суицидентов не отмечены пациенты, попытку которых можно квалифицировать как демонстративно-шантажную. Большинство индивидов фиксированы на своей установке, что можно понять через отрицательную корреляцию данных шкалы с упорствующим типом:  $r = 0,555$  (при 0,001)

Тем не менее, айтемы у суицидентов выше, чем у «здоровых». В их группе самодемонстрация противоречит стремлению к достижениям (c4):  $r = -0,398$ ; это единственная значимая корреляция с методиками, применяемыми в нашем исследовании. Кроме этого, есть положительные связи со шкалами MMPI – психопатии:  $r = 0,589$ , психастении:  $r = 0,69$  и шизофрении:  $r = 0,676$ . У суицидентов эмоциональная лабильность связана с Нейротизмом:  $r = 0,585$ , тревожностью:  $r = 0,527$ , ранимостью:  $r =$

$0,482$  и депрессией – n3:  $r = 0,615$  и BDI:  $r = 0,713$ . Другой стороной истероидности выступает аффективность, гневливость – TAS:  $r = 0,489$ , и как личностный фактор, и ситуационно – T:  $r = 0,438$ , R:  $r = 0,433$ , а также враждебность, n2:  $r = 0,364$ . Эта неустойчивость, изменчивость не создает условий для компетентной деятельности (c1):  $r = -0,356$  и психологического благополучия в целом – WHO:  $r = -0,452$ .

Шкала 4 психопатии (импульсивности) превышает у суицидентов нормативный порог и статистически значимо отличается от аналогичной у «здоровых» на достаточно высоком уровне. Высокие баллы по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации в широком смысле. Баллы по шкале психопатии тесно коррелируют с уровнем безнадежности:  $r = 0,563$  и Нейротизма:  $r = 0,518$ , тревожностью:  $r = 0,485$ , враждебностью:  $r = 0,355$  и депрессией:  $r = 0,479$ . Открытость опыту понимается через Pd:  $r = 0,422$ , в интенсивном переживании чувств (03):  $r = 0,368$  и в оппозиции авторитетам и устоявшимся социальным ценностям (сюда можно отнести, наверное, и жизнь самого индивида как ценность) (06):  $r = 0,466$ . Разумеется, реакция в межличностных отношениях – неуступчивость (a4):  $r = -0,466$ . Импульсивность, полярность оценок не способствуют сознательности (C):  $r = -0,451$ , стремлению к достижениям:  $r = -0,429$ , обдумыванию поступков:  $r = -0,401$ . Это также можно отметить у испытуемых из контрольной группы, у которых зафиксировано две корреляции: с фактором C:  $r = -0,427$  и самодисциплиной (c5):  $r = -0,434$ .

Шкала 7 психастении (тревожности) в MMPI диагностирует лиц с тревожно-мнительным типом характера, неуверенных в себе, в стабильности ситуации. Психастеник – тип перестраховщика, который должен все многократно взвесить, «сто раз отмерить». У суицидентов в нашей группе этот тип акцентуации не выражен явно – показатели шкалы находятся в пределах нормы. Такие качества, как Добросовестность (C), компетентность (c1) и самодисциплина (c5) находятся в отрицательной связи с Pt (соответственно,  $r = -0,358$ ;  $r = -0,36$ ;  $r = -0,382$ ); зато в положительной корреляции тревожность с Нейротизмом ( $r = 0,663$ ) и его субфакторами: тревожностью (n1):  $r = 0,722$ , враждебностью (n2):  $r = 0,462$ , депрессией (n3):  $r = 0,599$  и BDI:  $r = 0,679$ . Психологическое благополучие не связано с психастенией – WHO:  $r = -0,425$ , так же, как и установка упорствующих:  $r = -0,475$ .

«Здоровые» занимают осторожную позицию на средних целях:  $r = 0,548$ ; психастения блокирует стремление к достижениям (c4):  $r = -0,375$ , настойчивость (e3):  $r = -0,381$  и активность (e4):  $r = -0,431$ , пересекается с Нейротизмом:  $r = -0,375$ , тревожностью:  $r = 0,493$  и депрессией:  $r = 0,443$ .

Шкала 8 – шкала шизоидности (индивидуалистичности). Наиболее общей особенностью лиц шизоидного типа являются отсутствие единства и согласованности психической деятельности, причуд-

ливость и парадоксальность мышления, эмоций и поведения [5, с. 93]. Они, что называется, нестандартны, мотивации их трудно прогнозируемы, преобладающий стиль восприятия – абстрактно-аналитический. Примечательно, что в группе суицидентов шкала 8 отрицательно коррелирует с упорствующим типом:  $r = -0,565$ , так как представители его «стоят» на своем, не хотят осознавать, не склонны к абстрагированию. У суицидентов, далее, шизоидность коррелирует, с одной стороны, с BDI:  $r = 0,725$ , с другой – с аспектами аффективного круга – склонностью к агрессивным действиям (PFAV):  $r = 0,435$ , гневливостью (TAS):  $r = 0,477$ , в том числе, и конституциональной (T):  $r = 0,495$ . Здесь можно вспомнить, что, по Е. Кречмеру, основой шизоидного типа является психэстетическая пропорция, которая характеризуется сочетанием черт повышенной чувствительности (гиперестезия) с эмоциональной холодностью, отчужденностью (анестезия) в межличностных отношениях. Шизоидность у суицидентов связана с поглощенностью своими эмоциями и чувствами (o3):  $r = 0,371$ , неуступчивостью в межличностных отношениях (a4):  $r = -0,378$ . Высока также корреляция с Нейротизмом и его субфакторами – тревожностью, депрессией, враждебностью и импульсивностью.

Нейротизм связан с 8 шкалой и у «здоровых»:  $r = 0,462$ . У них же шизоидность отрицательно коррелирует с Экстраверсией:  $r = -0,393$ , скромностью, но позитивно со средними целями:  $r = 0,511$ ; средние цели, как мы указывали, предполагают осознание обстоятельств, существенных параметров условий, мы наблюдаем иногда тенденцию к абстрагированию там, где должна быть синтонность.

Мы не обнаружили достоверных различий по Стьюдену в показателях шкалы 9 – мания (оптимистичность) между двумя группами обследуемых, тем не менее, остановимся на ней, поскольку баллы по шкале в усредненном профиле парасуицидентов находятся на границах нормы, кроме того, там есть ряд характерных особенностей, связанных с целевым поведением. Эту шкалу можно также аттестовать как «активность», причем активность зачастую неорганизованная, возможно, хаотичная, мало обоснованная. У «здоровых» профиль по этой шкале находится в пределах нормы, тем не менее, он отрицательно коррелирует с С, Добросовестностью:  $r = -0,437$ , самодисциплиной:  $r = -0,392$ , обдумыванием поступков:  $r = -0,527$  и это понятно, т. к. активность гипертимного склада предполагает отсутствие или ослабление настойчивости, выдержки, известную поверхностность, неустойчивость при внешней активности. Неустойчивость эта может иметь нейротический фон, подоплеку, что подтверждается корреляцией с фактором Нейротизма:  $r = 0,467$  и с рядом его составляющих, таких как тревожность, враждебность и депрессия, соответственно:  $r = 0,468$ ;  $r = 0,414$ ;  $r = 0,438$ . Можно также сказать, что испытуемые «маниакальны» на средних целях,

или, точнее, не глубоки:  $r = 0,455$ . Подобное отмечается и в группе парасуицидентов:  $r = 0,589$ , шкала 9 у них также соотносится и с близкими целями:  $r = 0,506$ , вообще с активностью их постановки, Нц:  $r = 0,493$ . Поведение типа «девятки» характеризуется усилением влечений и ослаблением задержки. Оно может приобретать агрессивный характер, PFAV:  $r = 0,458$  и «личностный» гнев T:  $r = 0,452$ . Это – характер их экстравертированности:  $r = 0,366$ , действий (o2):  $r = 0,461$ , при этом в определенной мере остро переживаемая – эстетика (o4):  $r = 0,437$ . Мания у парасуицидентов отрицательно коррелирует с честностью (a2):  $r = 0,389$  и уступчивостью:  $r = 0,458$ .

Последнее статистически значимое различие между двумя группами обследуемых – в «нулевой» шкале – социальной интроверсии. Она измеряет близость испытуемого к интровертированному типу личности. Хотя зачастую ее рассматривают как инструмент измерения двух разнонаправленных векторов – экстраверсии, и интроверсии. С точки зрения практики тестирования данным инструментарием, баллы как одной, так и другой групп не свидетельствуют о явных показателях какой-либо из установок. В то же время, можно говорить о тенденции к интровертированности в первую очередь у парасуицидентов. Нулевая шкала отрицательно коррелирует с фактором Экстраверсии NEO:  $r = -0,641$ , а также с такими качествами экстравертированности, как общительность:  $r = -0,416$ , настойчивость:  $r = -0,47$ , активность:  $r = -0,438$  и сердечность:  $r = -0,542$ . В то же время позитивно она связана с Нейротизмом:  $r = 0,425$ , тревожностью:  $r = 0,43$ , враждебностью:  $r = 0,375$  и рефлексией:  $r = 0,43$ . Нулевая шкала у суицидентов дает отрицательную зависимость с самореализацией:  $r = -0,414$ ; обоснованность подобной связи подтверждается и факторами NEO – самореализация позитивно коррелирует с Экстраверсией:  $r = 0,322$  и отрицательно – с тревожностью:  $r = -0,353$ .

У «здоровых» шкала социальной интроверсии отрицательно связана с Экстраверсией:  $r = -0,435$  и настойчивостью:  $r = -0,47$ , а позитивно с чувствами (o3):  $r = 0,434$ .

Результаты исследования показали, что по психопатологическим факторам группа парасуицидентов отличается на уровне достоверной значимости от контрольной группы по таким факторам: ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, психастения, шизофрения, социальная интроверсия. Вместе с тем, следует обратить внимание на два фактора, которые не только имеют достоверные различия, но и по абсолютным показателям преодолевают порог нормы (более 70 Т). Это шкалы психопатии и шизофрении, что свидетельствует о дезадаптации личности парасуицидентов.

Фактор психопатии влияет на дезадаптацию личности из-за безнадежности, нейротизма, враждебности, депрессии, неуступчивости, необдуманности поступков, отсутствия сознательной концентрации

на достижение целей, а также игнорирование ценностей. Фактор шизоидность коррелирует, как и фактор психопатии с депрессией, неуступчивостью, враждебностью, нейротизмом, а самостоятельно проявляется со склонностью к агрессивным действиям, гневливостью, в том числе, и конституциональной, а также с поглощенностью своими эмоциями и чувствами.

Следует отметить, что фактор мании, который рассматривается как активизирующее начало личности, сопровождаемый положительными эмоциями,

способствует целенаправленной деятельности и связан с постановкой близких и средних целей, а также с их общим количеством. Этот результат корреляции свидетельствует о том, что у парасуицидентов дезадаптация связана с недостаточной активностью и астенией, то есть нервно-психическим перенапряжением. К этому дополним, что фактор социальной интроверсии отрицательно коррелирует с самореализацией, то есть из-за малой экстраверсии, которая способствует активности личности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 4. – С. 14–19.
2. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец. – М. : Медицина, 1976.
3. Васильев Я. В. Футурреальная психология личности / Я. В. Васильев. – Николаев : Илион, 2007. – 518 с.
4. Копець Л. В. Психологія особистості / Л. В. Копець. – Київ : Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2008. – 458 с.
5. Мельников В. М. Введение в экспериментальную психологию личности / В. М. Мельников, Л. Т. Ямпольский. – М. : Просвещение, 1985. – 320 с.
6. Орел В. Е. Разработка русскоязычной версии личностного теста NEO PI-R. Рук / В. Е. Орел, А. А. Рукавишников, И. Г. Сенин // Деп. В ИНИОН № 52220 9.10.97.
7. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ / Л. Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2007. – 218 с.
8. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М. : Когито-Центр, 2005. – 375 с.
9. Costa P.T., McCrae R.R. Manual for the NEO Personality Inventory. – Odessa, Fla. : Psychological Assessment resources Inc., 1985.

**Рецензенти:** Васильев Я. В., д.психол. н., професор;  
Кулаженко А. І., к.психол. н., ст. викладач.

© Каневський В. І., 2014

*Дата надходження статті до редколегії 16.04.2014 р.*

**КАНЕВСЬКИЙ Віктор Іонович** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, психології та педагогіки Чорноморського державного університету імені Петра Могили.

**Коло наукових інтересів:** соціальна психологія.