

УДК 159.923.43:616.89—008.441.44

А. А. Мидько

аспирант кафедри клінічної психології
Інститута інноваційного і последипломного освіти
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

ФАКТОРЫ ОПЫТА И ЛИЧНОСТНОЙ ПРЕДИСПОЗИЦИИ КАК УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Статья посвящена изучению влияния личностной predisпозиции и актуального психического состояния на развитие суицидального процесса. Использована нелинейная статистическая модель для оценки способности такого психологического параметра как Феномен Безнадёжности отражать степень развития суицидального процесса. Обсуждаются возможные теоретические и практические следствия полученных результатов.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, суицидальный процесс, негативный жизненный опыт.

Представления о суициде как о результате определённых социальных, внутри- и межличностных процессов высказывались достаточно давно [1, 2]. Мысль о том, что завершённый суицид (ЗС) — не «случайное», дискретное событие, а конечное звено цепи специфических, часто — противоречивых, событий связанных с «противоборством» просуицидальных и антисуицидальных факторов нашла своё отражение в концепции суицидального процесса (СПР) [3]. Суицидальные попытки в таком подходе рассматриваются и как интегральная часть, и как форма поведенческой «репрезентации» суицидального процесса, отражая индивидуальную степень (или форму) приближения субъекта к окончательному саморазрушению (т. е. к ЗС). Тем не менее механизмы ответственные за такого рода «движение» не совсем ясны, предложенные концептуальные схемы имеют характер конструкта, не обладая конкретным онтологическим статусом [3]. Анализ ряда публикаций [4, 5, 6] указывает на наличие определённой стадийности во взаимодействии таких феноменов как суицидальная идеация, безнадёжность, депрессия и негативные события жизни у суицидентов. Однако, несмотря на попытки учёта динамических свойств критически важных параметров в некоторых современных суицидологических теориях (см., например, [7]), работ в которых суицидальный процесс оценивался бы более строго (системное описание структуры «суицидального пространства», в котором разворачивается этот процесс, разработка способов детекции «координат» индивида в таком «пространстве» и др.) относительно немного. Настоящая работа ставила своей целью восполнить этот дефицит. Основной гипотезой рассматриваемой в работе было предположение о тесной связи одного из предикторов суицидального поведения [8] — феномена безнадёжности (ФБ) — с динамическими характеристиками суицидального процесса.

В модели стресс-уязвимости [9] и в концепции суицидального процесса D. Wasserman [3] подчёркивается существенное влияние на суицидальный процесс как стрессовых событий и — в широком смысле — негативного опыта, так и личностных особенностей. Как ФБ, так и сама суицидальность тесно связаны с такого рода опытом [10, 11, 12, 13]. Кроме того, известно что сам по себе пережитый в прошлом опыт суицидального поведения (СПОВ) (см. также [14, 15, 16]) и других негативных событий может становиться фактором дальнейшего развития СПР. Исследования показывают, что сам по себе опыт переживания депрессивного эпизода влияет на вероятность реактивации в будущем чувства безнадежности и суицидальной идеации [17], причем этот процесс тесно связан с таким личностным измерением как Нейротизм [18].

Таким образом, анализ литературы позволяет предположить, что ФБ обладает свойствами «маркёра» динамики суицидального процесса, отражая с одной стороны влияние негативного жизненного опыта (который может пониматься широко, в том числе и как опыт переживания тех или иных психических расстройств), с другой — личностных особенностей, которые могут включать и те сдвиги в личностной организации, которые возникают в силу переживания самих негативных событий жизни. В связи с этим в качестве параметров, описывающих условное «суицидальное пространство», в котором и «реализуется» суицидальный процесс нами предложены две упомянутые выше размерности: диспозиционная (т. е. те или иные измерения личности и темперамента) и ситуационная (т. е. суммарные характеристики жизненного опыта). Сам суицидальный процесс в такой модели понимается как реципрокное взаимодействие упомянутых условных измерений. Математическому обоснованию и проверке данных предположений и посвящена данная статья.

Методы. Из базы данных лиц, совершивших суицидальные попытки (СП)¹, была отобрана группа суицидентов численностью в 650 человек (данная группа состояла из пациентов стационаров и амбулаторных учреждений города Одессы и других городов Украины в возрасте от 18 до 79 лет). Критерием исключения было наличие сопутствующего психотического расстройства или интеллектуального снижения различного происхождения. В данную группу вошли 337 мужчин (51,02 %), и 313 женщин (48,98 %). Средний возраст мужчин составил $24,57 \pm 6,23$ лет, женщин $25,96 \pm 7,99$ лет.

В данной выборке суициденты распределились по степени тяжести СП следующим образом: 02 — 156 чел., 03 — 233 чел., 04 — 68 чел., 05 — 67 чел., 06 — 21 чел., 07 — 5 чел. Средняя тяжесть суицидальной попытки $3,34 \pm 1,11$. Из них 340 совершили попытки путем самоотравления, 34 — самоповешением, 8 — самоутоплением, 5 — посредством огнестрельного оружия, 1 — огнем, дымом, 2 — паром, 205 — самоповреждением

¹ Данные, использованные в работе, получены при выполнении совместного шведско-украинского исследовательского проекта «Генетическое исследование суицида и суицидальных попыток» (рук. — проф. Д. Вассерман, проф. В. А. Розанов, при финансовой поддержке Wallenberg Foundation).

острыми предметами, 3 — тупыми предметами, 35 — путем падения с высоты, 7 — падением под движущийся объект, 3 — путем провоцирования автоаварии, 7 — другими способами. Количественное соотношение между методами попыток в выборке было близким к наблюдаемому в общей популяции в г. Одессе в ходе многолетних наблюдений [19]. Обследование респондентов проводилось в стационаре, с учётом соматического и психологического состояний, обычно на 3–5-й день после совершённой попытки, либо — в домашних условиях и/или в ситуации психологического консультирования после выписки из стационара. Обследование заключалось в сборе анамнестических сведений, оценке тяжести совершённой СП и использованного метода, а также в заполнении испытуемым батареи инструментов, включающей:

1) личностный опросник NEO-PR (*NEO Personality Inventory*), разработанный американскими авторами Р. Т. Costa и R. R. McCrae [20] и позволяющий получить представление о структуре личности человека в рамках «пятифакторной» модели личности (Big 5);

2) опросник депрессивности Бека (*Beck Depression Inventory, BDI*) [21], предназначенный для психометрической оценки глубины депрессии;

3) шкалу характеристик гнева (*Traite Anger Scale, TAS*) [22], предназначенную для оценки эмоции гнева как черты личности и как реакции на внешнюю стрессовую ситуацию и, соответственно, состоящую из двух подшкал — Temperament (T) и Reaction (R);

4) GAF Ось V диагностической системы DSM-IV, предназначенную для общей оценки функционирования, включающей психологические, социальные и профессиональные аспекты;

5) шкалу благополучия ВОЗ (WHO) [23], предназначенную для измерения чувства благополучия как неотъемлемой части концепции качества жизни [24];

6) шкалу оценки риска насильственных действий Плутчика (PFAV) [25], предназначенную для измерения относительной способности индивида к агрессивным действиям, в том числе и склонности к применению оружия;

7) опросник «Шкала безнадёжности Бека» в модифицированном А.-М. Aish и D. Wasserman варианте [26];

8) «Медицинскую шкалу самоповреждений» при помощи которой оценивалась степень тяжести (летальности), СП оценивалась в соответствии с 8-балльной (0 баллов без последствий, 8 баллов — летальный исход). В базе данных содержались сведения о лицах совершивших попытки, оцениваемые в 2 балла и более (2 балла подразумевают наличие лёгких, однако клинически ясно определяемых медицинских последствий совершённого акта самоповреждения);

9) полуструктурированный опросник «ОСЖ» («Опросник событий жизни»), который включает в себя перечень вопросов о пережитых негативных событиях жизни [27]. Полученные списки негативных событий жизни первой сотни испытуемых подверглись субъективному ранжированию с последующим вычислением «весов» тех или иных событий. В дальнейших вычислениях использовался десятичный логарифм, позволивший придать

полученным данным свойства нормального распределения. Данная переменная (SUMST) использовалась нами как показатель суммы накопленной индивидом стрессовой нагрузки на момент исследования.

Кроме того, исследуемая группа была просканирована при помощи опросника «Комплексное международное диагностическое интервью Всемирной Организации Здравоохранения» (*The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*), который представляет собой полностью структурированное интервью, предназначенное для оценки распространённости психических расстройств в соответствии с определениями и критериями МКБ-10 и DSM-IV [28]. В настоящей работе результаты применения данного опросника использовались в виде ряда частотных переменных, отражающих укрупнённые диагностические категории: F1 — употребление психоактивных веществ («вредные последствия» и «химическая» зависимость), F31 — биполярное аффективное расстройство, F32 — депрессивные эпизоды, F33 — рекуррентное депрессивное расстройство, F40 — тревожно-фобические расстройства. Кроме того, в качестве отдельных переменных использовались частоты таких диагнозов как — дистимия (F34.1) и посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

Использованный нами вариант «Шкалы безнадёжности Бека» не предполагает непосредственной возможности оценки ситуационной и диспозициональной компонент чувства безнадёжности. В связи с этим нами была предпринята попытка ориентировочной оценки этих компонент, учитывая достаточно большой объём исследуемой выборки, а также наличия корреляционных связей между другими шкалами, использованными в исследовании, потенциально отражающими как диспозициональный компонент ФБ (NEO-PR, PFAV, TAS), так и ситуационный, обусловленный актуальным психическим состоянием (BDI, GAF, индекс благополучия WHO). С этой целью отдельно для каждой гендерной группы была проведена процедура бинарной логистической регрессии, где в качестве зависимой переменной выступал признак наличия/отсутствия ФБ, а в качестве независимых — блоки ситуативных и диспозициональных переменных соответственно (см. ниже). В качестве переменной отражающей природу ФБ, ситуативную или диспозициональную, использовался квадрат нестандартизированного остатка взятый с обратным знаком (квадрат разности между предсказанным и наблюдаемым значением для каждого случая) при включении в анализ соответственно диспозициональных и ситуативных переменных. Иными словами для каждого испытуемого были получены две новых переменных условно отражающих меру связи чувства безнадёжности с личностными и ситуационными переменными. Полученные количественные переменные использовались в дальнейших расчётах наряду с упомянутыми выше, получив названия «Диспозициональная детерминация безнадёжности» (Ддб) и «Ситуативная детерминация безнадёжности» (Сдб).

Таким образом, нами был использован ряд переменных, отражающих как наличные личностные особенности каждого суицидента, так и его личный ситуационный статус, в том числе и в смысле «накопленного»

негативного жизненного опыта. Изначально считалось, что фактор предиспозиции образуют переменные Big5, TAST, TASR, PFAV и Ддб, а фактор опыта — переменные BDI, WHO, GAF и Сдб, повторность попытки и число попыток, а также «психопатологические» переменные. Полученные две группы переменных использовались для выделения факторов интегрально отражающих влияние личностных переменных (предиспозиции) и «накопленного» негативного опыта (или просто опыта). Однокомпонентное решение для каждой из групп переменных позволило выделить искомые факторы. Выделение осуществлялась методом нелинейных главных компонент [29] с использованием симметричной нормализации. Для каждого объекта были рассчитаны его баллы, что позволило сформировать две новые интегральные переменные, получившие аналогичные названия: «Фактор предиспозиции» (Фп) и «Фактор опыта» (Фо). Далее в пространстве этих двух факторов рассчитывались центроиды двенадцати групп, сформированных на основании трех параметров: пол, возраст (18–29 лет, 30–39 лет и 40 лет и выше), а также наличие/отсутствие ФБ.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты представлены в Таблице и Рисунке. Последний иллюстрирует графическое представление данного решения. Таблица содержит компонентные нагрузки для двух полученных моделей (Фп и Фо). Внутренняя согласованность для первой модели составила $\alpha=0,725$, для второй — $\alpha=0,673$. Коэффициент корреляции (r) между полученными факторами оказался равен $0,427$ ($p<0,001$).

Таблица

Нагрузки, полученные при однокомпонентных решениях

Фактор предиспозиции		Фактор опыта	
Переменная		Переменная	
TAST	1,022	BDI	1,105
TASR	1,011	WHO	-1,001
PFAV	0,898	GAF	-0,947
С	-0,843	Повторность	0,781
N	0,839	Сдб	-0,753
A	-0,748	Повторность число попыток	0,681
Ддб	-0,333	SUMST	0,570
E	-0,189	F40	0,551
O	-0,188	F34.1	0,511
		F43.1	0,432
		Насильственность	0,381
		F1	0,365
		F32	0,352
		F33	0,324
		F31	0,101

Представленный Рисунок представляет собой изображение двумерного пространства, образованного Фп и Фо. На нём заметны две констелляции центроидов: одна включает центроиды групп «безнадёжных» суицидентов (расположена правее) и вторая, включающая центроиды групп без ФБ (расположена левее). Разметка каждой из осей позволяет выделить те области описываемого пространства в которых влияние компонентных нагрузок

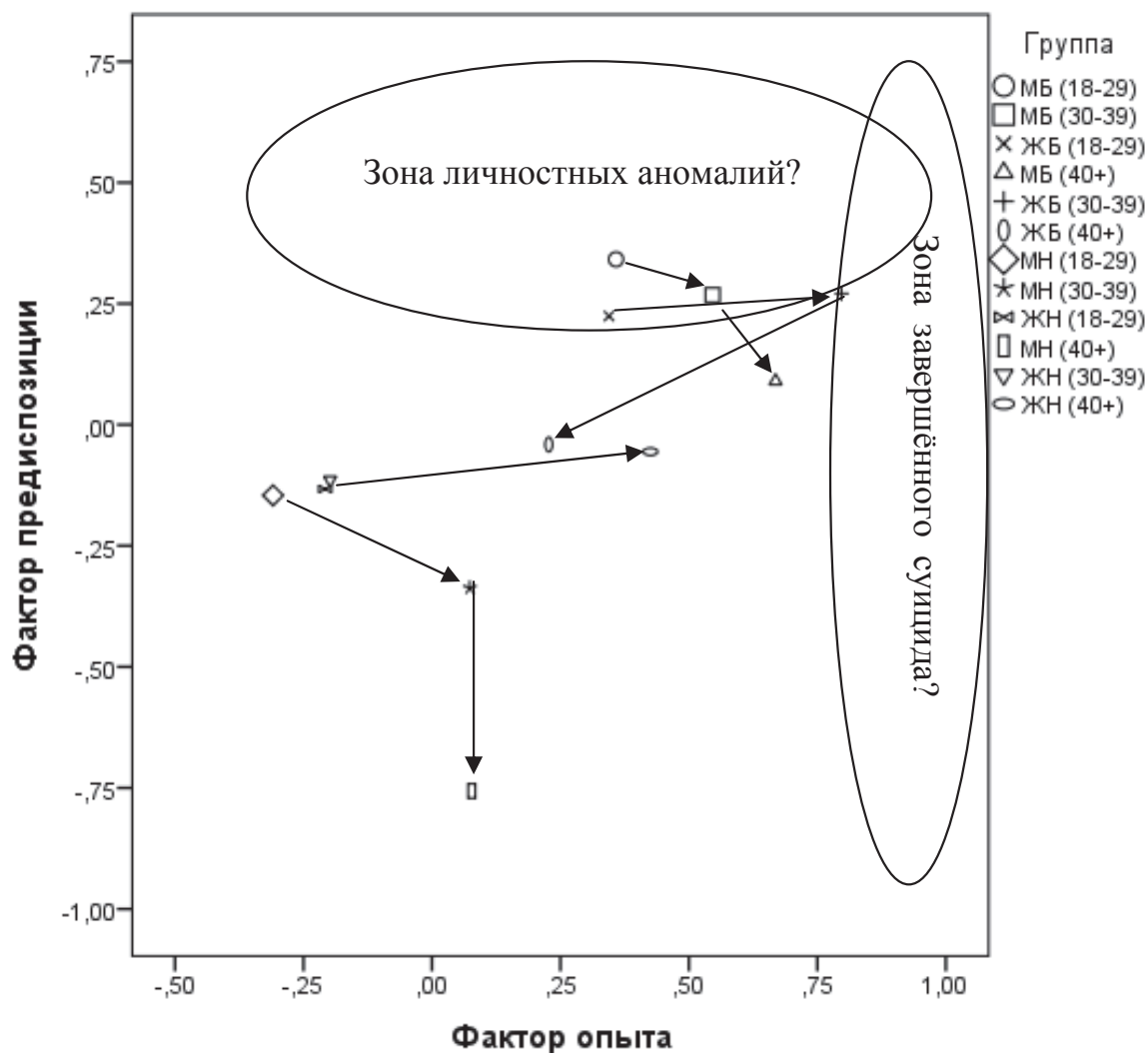


Рис. Центроиды групп в пространстве факторов predisпозиции и опыта (объяснения в тексте)

(см. табл.) носит дифференцированный (и разнонаправленный) характер и придать, таким образом, дополнительный смысл геометрии расположения центроидов. Анализ факторных нагрузок с этой позиции показывает, что «разброс» центроидов в максимальной степени обеспечивается за счет двух смысловых градаций в Фп и Фо, соответственно: 1) негативная эмоциональность и склонность к насилию, как черты личности (шкалы TAST, TASR, PFAV и фактор N) *versus* способность к саморегуляции и волевым усилиям (фактор С, *Сознательность*); 2) негативная эмоциональность как состояние (шкала BDI) *versus* чувство благополучия и высокий уровень общего функционирования (индекс благополучия WHO и шкала GAF). Мы предположили, что указанные градации формируют на рассматриваемой схеме две зоны (см. Рис., последние обозначены овалами), одна из которых, по-видимому, связана с личностными аномалиями (ассоциирующимися с высоким уровнем негативной эмоциональности, прежде всего — со склонностью к переживанию гнева и риском насильственных действий), другая — с более высокой вероятностью ЗС (рост глубины актуальной де-

прессии, частоты аффективных расстройств и повторных суициальных попыток). Очевидно, что центроиды «безнадёжных» групп относительно «небезнадёжных» расположены намного ближе к пересечению этих «зон», что вероятно может указывать на связь ФБ с ЗС. Также стоит обратить внимание на то, что для этой группы суицидентов свойственно «накопление» в аспекте predisпозиции как указанных черт негативной эмоциональности, так и дефицита «суперчерт» *Стабильности* (факторы N- («обратный» Нейротизм), А и С) и *Пластичности* (факторы А и О). В аспекте опыта им свойственны прежде всего более глубокий уровень депрессии, статус «повторности» в совершении суицидальных попыток в сочетании с меньшей выраженностью чувства благополучия и уровня общего функционирования. Судя по расположению центроидов заметно «накопление» именно таких особенностей в однородных по возрасту и гендеру групп, за исключением женских групп старшего возраста (см. рис.). В целом, судя по полученным данным, ФБ ассоциирован с большим влиянием как Фп, так и Фо, что говорит о том, что «безнадёжные» суициденты существенно отличаются от общей массы суицидентов как в личностном аспекте, так и в аспекте накопленного негативного жизненного опыта. Интересно, что вклад переменных, отражающих накопленную стрессовую нагрузку (переменная SUMST и переменные отражающие повторность СП), а также переменных отражающих «психопатологический опыт» в Фо оказался значительно ниже, чем переменных отражающих текущее эмоциональное состояние (см. табл.). В то же время вклад переменных отражающих повторность попыток и накопленного стресса ощутимо выше влияния «психопатологических» переменных. Вклад переменной «Насильственность метода СП» приблизительно равен вкладу последних (см. табл.). Т. о., согласно полученной модели ФБ ассоциирован прежде всего с актуальным психическим состоянием и уровнем общего функционирования, в меньшей степени — с повторностью СП (прежде всего с самим статусом «повторности», т. к. факторная нагрузка для переменной «Повторность» несколько выше, чем для переменной «Повторность (число СП)»), в ещё меньшей степени — с накопленными стрессовыми событиями и в минимальной степени — с опытом переживания психических расстройств. Что касается последнего, то несколько неожиданным оказался минимальный вклад переменных отражающих частоту аффективных расстройств, включая такой диагноз как «Рекуррентное депрессивное расстройство» (F33). Относительно высокую факторную нагрузку показала лишь переменная F34.1 («Дистимия»), да и то несколько меньшую, чем переменная F40 («Тревожно-фобические расстройства»). Такие результаты показывают, что традиционно важный концепт «безнадёжная депрессия» видимо связан с самой глубиной депрессии, а не с особенностями самой клинической феноменологии в рамках той или иной нозологической единицы. Такой вывод очевидно менее валиден в отношении тревожных расстройств и дистимии.

Т. о. получает подтверждение наше исходное предположение: ФБ можно рассматривать в качестве «маркёра» или «индикатора» суицидального процесса, ориентирующего клинициста в степени его развития. В пользу

этого предположения свидетельствует несколько дополнительных моментов. Во-первых, замечен возрастной тренд в размещении центроидов, как для групп с ФБ, так и без такового. Это означает, что фактор времени естественным образом связанный с переживанием нового опыта, также связан с абсолютными значениями $\Phi_{п}$ и $\Phi_{о}$. Во-вторых, в пользу этого же вывода говорит и «накопление» со временем в более старших группах негативных жизненных событий (негативного опыта). В-третьих, негативный знак факторных нагрузок для переменных Ддб и Сдб указывает на взаимосвязь максимальных различий по $\Phi_{о}$ и $\Phi_{п}$ для «безнадёжных» и «небезнадёжных» центроидов с «равномерным» ростом обоих этих факторов. Этому условию как раз и удовлетворяет расположение центроидов этих групп (обе группы располагаются приблизительно биссекториально). Гипотетически такая «равномерность» может также отражать развитие определенных личностных изменений по мере накопления негативного опыта, т. е. формирование вторичной личностной predisпозиции (ВЛП) к суицидальному поведению.

Такая трактовка полученных результатов основана на модели в которой ранее не переживавшие ФБ суициденты рано или поздно, по мере развития СПР, становятся «безнадёжными». Такое предположение подтверждается нашим предыдущим исследованием [30]: ФБ суицидентов и здоровых добровольцев ассоциированы с разными констелляциями черт личности, что может говорить о разных путях «формирования» этого феномена. Следует сразу же оговориться о том, что в рамках «пятифакторной» модели личности постулируется как биологическая детерминированность её структуры, так и вытекающая из этой позиции неизменность во времени последней [31]. Тем не менее не все исследователи считают такое мнение достаточно обоснованным [32]. Более того, лонгитюдинальные исследования [33, 34], увязывая динамику жизненных целей с динамикой черт личности (в терминах Big5), также косвенно подтверждают возможность влияния ВЛП на мотивационные аспекты личности и дальнейшее развитие СПР.

Тем не менее, возможно и другое понимание полученных данных — с позиции предположения об исходно различных суицидальных «траекториях» лиц обнаруживающих ФБ и не обнаруживающих таковой. В этом смысле важно обратить внимание на половозрастные особенности размещения центроидов в этих группах. На схеме (Рис.) видно, что для мужчин такой признак как ФБ является более «поляризующим» выборку, чем для женщин. Для последних центроиды всех групп располагаются несколько «кучнее» (см. Рис.). Вероятно для мужчин такое понимание динамики — отдельно для суицидентов с ФБ и без такового — более показательным. Возрастная же динамика распределения центроидов для мужчин сходна для обеих групп (на Рис. возрастная динамика показана стрелками): с возрастом уменьшается значение $\Phi_{п}$, но несколько увеличивается значение $\Phi_{о}$ (но в группе «небезнадёжных» вклад $\Phi_{о}$ в возрастную динамику координат групп «30–39 лет» и «более 40 лет» практически равен нулю). Если считать, что группа «безнадёжных» представляет собой самостоятельную, исходно не связанную с «небезнадёжными» индивидами группу, в которую (или из которой)

«рекрутируются» суициденты, формирование вторичной predisposition с возрастом представляется более заметным для мужчин (см. рис.). Причем, что особенно важно, такая возрастная динамика связана с увеличением значений фактора *Сознательность*. Этот вывод важен и интересен, так как фактор *Сознательность* описан как предиктор более тщательно спланированных, т. е. более намеренных СП именно в более зрелом возрасте [35]. На Рис. заметно, что возрастная динамика в мужских группах «безнадёжных» и «небезнадёжных» разворачивается в несколько отличающихся «пространствах» признаков. Так, возрастная динамика центроидов «безнадёжных» групп связана с относительно меньшей утратой такой черты как гневливость и относительно меньшим ростом фактора *Сознательность* (см. рис.). В этом смысле возможно, что именно баланс между гневливостью и чертами, позволяющими «организовать» намеренную суицидальную попытку (фактор С), связан в развитии СПР. Отчасти это подтверждается нашей предыдущей публикацией [36]. Возрастная динамика координат центроидов женских групп носит совсем иной характер. Основной вклад в изменении этих координат с возрастом вносит Φ_0 , вклад Φ_1 в этом отношении весьма невелик в группе «небезнадёжных» женщин, и заметный вклад обнаруживает лишь в отношении динамики координат центроида группы «безнадёжных» женщин самой старшей возрастной группы. Этот вклад носит негативный характер т. е. связан с уменьшением значения фактора Φ_0 , равно как и фактора Φ_1 (см. рис.). Интересна возрастная динамика центроидов групп «небезнадёжных» женщин: центроид самой старшей группы находится максимально близко как ко всем центроидам «безнадёжных» групп, так и в особенности к центроиду женской группы «безнадёжных» в равном возрастном промежутке. Заметно также, что центроиды женских групп, «безнадёжных» и «небезнадёжных», несколько ближе друг к другу, чем аналогичные мужские. В целом можно увидеть, что различия в координатах центроидов «безнадёжных» и «небезнадёжных» для женщин больше связаны с Φ_0 , в то время как для мужчин такие различия обусловлены более равномерным влиянием Φ_1 и Φ_0 . В этом смысле, предлагаемая модель ясно указывает на то, что безнадёжность как клинический феномен и индикатор развития СПР имеет разный «вес» для мужской и женской суицидальности и может быть связана с гендерными паттернами суицидального поведения. Гендерные различия во влиянии Φ_1 и Φ_0 могут отражать преимущественные изменения в актуальном психическом состоянии у женщин по мере развития СПР, и более равномерные изменения личности и «реактивности» у мужчин. Это предположение может объяснять эффективность в превенции ЗС у женщин применения антидепрессантов и неэффективность такой тактики для мужской части населения [37].

В целом нам представляется возможным сочетание в действительности обеих моделей динамики (от «безнадёжных» к «небезнадёжным» и в пределах каждой из этих двух групп). Возможно, что у части суицидентов, «достигающих» группы с Φ_1 СПР развивается в дальнейшем по несколько иным закономерностям. Однако этот вопрос требует тщательных проспективных исследований.

Валидность таких выводов имеет ряд ограничений. Исследование имеет кросс-секционный, а не проспективный дизайн и, т. о., в рассматриваемой модели не учтены «стартовые» и «финальные» позиции рассматриваемых классов суицидентов («безнадёжных» и «небезнадёжных») как в отношении личностных параметров, так и в отношении Фо. Также следует учесть, что представленная модель носит нелинейный характер и различия по многим параметрам для исследуемых групп не обязательно достигают статистически значимого уровня. Тем не менее полученная модель на наш взгляд представляет определённую ценность в отношении понимания природы СПР и места ФБ в нём, демонстрируя в этом смысле «сигнальную» природу последнего. Результаты работы подтверждают предиктивную ценность ФБ, отчасти объясняют природу последнего и уточняют его клинический смысл, что может внести свой вклад в развитие подходов к предупреждению суицидальных попыток и организации помощи таким людям в рамках поственции.

Список литературы

1. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / пер. с фр. с сокр. ; под ред. В. А. Базарова. — М. : Мысль, 1994. — 399 с.
2. Шнейдман Э. С. «Душа самоубийцы» / пер с англ. — М. : Смысл, 2001. — 325 с.
3. Суицид — напрасная смерть / под ред. Д. Вассерман. — Тарту : Tartu University Press, 2001. — 288 с.
4. Neeleman J., Graaf R. de, Vollebergh W. The suicidal process; prospective comparison between early and later stages // *Journal of Affective Disorders*. — 2004. — Vol. 82. — Iss. 1. — P. 43–52.
5. Shahar G., Bareket L., Rudd M. D., Joiner T. E. In severely suicidal young adults, hopelessness, depressive symptoms, and suicidal ideation constitute a single syndrome // *Psychol. Med.* — 2006. — № 36(7). — P. 913–922.
6. Witte T. K., Fitzpatrick K. K., Joiner T. E. Jr., Schmid N. B. Variability in suicidal ideation: A better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation? // *Journal of Affective Disorders*. — 2005. — Vol.88. — Iss. 2. — P. 113–131.
7. Van Orden K. A., Witte T. K., Cukrowicz K. C., Braithwaite S. R., Selby E. A., Joiner T. E. Jr. The Interpersonal Theory of Suicide // *Psychological Review*. — 2010. — Vol. 117. — Iss. 2. — P. 575–600.
8. Kuo W., Gallo J., Eaton W. Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality—a 13-year community-based study // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* — 2004. — Vol. 39. — Iss. 6. — P. 497–501.
9. Mann J. J., Waternaux C., Haas G. L., Malone K. M. Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // *Am J Psychiatry*. — 1999. — № 156. — P. 181–189.
10. Dixon W. A., Rumford K. G., Heppner P. P., Lips B. J. Use of Different Sources of Stress to Predict Hopelessness and Suicide Ideation in a College Population // *Journal of Counseling Psychology*. — 1992. — Vol. 39. — Iss. 3. — P. 342–349.
11. Göktan B., Akbağ M. An investigation on Turkish military school students: Are there associations among big five personality factors, perceived family environment and hopelessness? // *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. — 2010. — Vol. 2. — Iss. 2. — P. 5458–5462.
12. Yang B., Clum G. A. Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: a review // *Clinical Psychology Review*. — 1996. — Vol. 16. — Iss. 3. — P.177–195.
13. Haatainen K. M., Tanskanen A., Kylmä J., Honkalampi K., Koivumaa-Honkanen H., Hintikka J., Antikainen R., Viinamäki H. Gender differences in the association of adult hopelessness with adverse childhood experiences // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* — 2003. — Vol. 38. — Iss. 1. — P. 12–17.

14. Borgesa G., Angst J., Nock M. K., Ruscio A. M., Kessler R. C. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys // *Journal of Affective Disorders*. — 2008. — Vol. 105. — Iss. 1-3. — P. 25-33.
15. Van Orden K. A., Witte T. K., Cukrowicz K. C., Braithwaite S. R., Selby E. A., Joiner T. E. Jr. The Interpersonal Theory of Suicide // *Psychological Review*. — 2010. — Vol. 117. — Iss. 2. — P. 575-600.
16. Selby E. A., Anestis M. D., Bender T. W., Ribeiro J. D., Nock M. K., Rudd M. D., Bryan C. J., Lim I. C., Baker M. T., Gutierrez P. M., Joiner T. E. Jr. Overcoming the fear of lethal injury: Evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide // *Clinical Psychology Review*. — 2010. — Vol. 30. — Iss. 3. — P. 298-307.
17. Antypa N., Van der Does A. J., Penninx B. W. Cognitive reactivity: Investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression // *Journal of Affective Disorders*. — 2010. — Vol. 122. — Iss. 1-2. — P. 46-52.
18. Barnhofer T., Chittka T. Cognitive reactivity mediates the relationship between neuroticism and depression // *Behaviour Research and Therapy*. — 2010. — Vol. 48. — Iss. 4. — P. 275-281.
19. Розанов В. А., Захаров С. Е., Жужуленко П. Г., Кривда Г. Ф. Данные мониторинга суицидальных попыток в г. Одессе за период 2001-2005 гг. Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — Т. 19, вып. 2. — С. 35-41.
20. Costa P. T., McCrae R. R. NEO RI-R. Professional Manual / Psychological Assessment Resources. Inc. Florida, 1992.
21. Storch E. A., Roberti J. W., Roth D. A. Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory-Second Edition in a sample of college students // *Depression and anxiety*. — 2004. — Vol. 19. — Iss. 3. — P. 187-189.
22. Spielberger C. D., Jacobs G., Russell S., Crane R. Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. In J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates. — 1983. — Vol. 3. — P. 112-134.
23. Kaplan R., Bush J., Berry C. Health status: types of validity and the index of well-being // *Health Services Research*. — 1976. — № 11. — P. 478-507.
24. Bech P., Olsen L. R., Kjoller M., Rasmussen N. K. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: A comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-five well-being scale // *International Journal of Psychiatric Research*. — 2003. — Vol. 12. — Iss. 2. — P. 85-91.
25. Plutchik R., Praag H. M. van A self-report measure of violence risk, II // *Comprehensive Psychiatry*. — 1990. — Vol. 31. — Iss. 5. — P. 450-456.
26. Aish A. M., Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? // *Psychological Medicine*. — 2001. — V. 31. — P. 367-372.
27. Spurgeon A., Jackson C. A., Beach J. R. The Life Events Inventory: re-scaling based on an occupational sample // *Occup Med (Lond)*. — 2001. — Vol. 51. — P. 287-293.
28. Kessler R. C., Üstun T. B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) // *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. — 2004. — Vol. 13. — № 2. — P. 93-121.
29. Lagona F., Padovano F. A nonlinear principal component analysis of the relationship between budget rules and fiscal performance in the European Union // *Public Choice*. — 2007. — № 130. — P. 401-436.
30. Мидько А. А. Особенности личности суицидентов в сравнении со здоровыми добровольцами при переживании безнадежности // *Медицинская психология*. — 2010. — 2010.
31. Costa P. T., McCrae R. R. NEO RI-R. Professional Manual / Psychological Assessment Resources. Inc. Florida, 1992.
32. Roberts B. W., Walton K. E., Viechtbauer W. Personality Traits Change in Adulthood: Reply to Costa and McCrae // *Psychological Bulletin*. — 2006. — Vol. 132. — Iss. 1. — P. 29-32.
33. Roberts B. W., O'Donnell M. O., Robins R. W. Goal and Personality Trait Development in Emerging Adulthood // *Journal of Personality and Social Psychology*. — 2004. — Vol. 87. — Iss. 4. — P. 541-550.

34. Soldz S., Vaillant G. E. The Big Five Personality Traits and the Life Course: A 45-Year Longitudinal Study // *Journal of Research in Personality*. — 1999. — Vol. 33. — Iss. 2. — P. 208–232.
35. Useda J. D., Duberstein P. R., Conner K. R., Beckman A., Franus N., Tu X., Conwell Y. Personality Differences in Attempted Suicide Versus Suicide in Adults 50 Years of Age or Older // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 2007. — V. 75. — Iss. 1. — P. 126–133.
36. Мидько А. А., Розанов В. А. Гнев и другие личностные предикторы тяжести суицидальной попытки в связи с переживанием безнадежности // *Медична психологія*. — 2011. — № 1. — С. 70–77.
37. Rutz W., Rihmer Z. Suicidality in men — practical issues, challenges, solutions // *The Journal of Men's Health & Gender*. — 2007. — Vol. 4. — Iss. 4. — P. 393–401.

А. А. Мідько

аспірант кафедри клінічної психології
Інституту інноваційної і післядипломної освіти
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

ФАКТОРИ ДОСВІДУ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ПРЕДИСПОЗИЦІЇ ЯК УМОВИ РОЗВИТКУ СУЇЦИДАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Резюме

Стаття присвячена вивченню впливу особистісної предиспозиції і актуального психічного стану на розвиток суїцидального процесу. Нелінійна статистична модель використана для оцінки здатності такого психологічного параметра як Феномен безнадії відображати ступінь розвитку суїцидального процесу. Обговорюються можливі теоретичні та практичні наслідки отриманих результатів.

Ключові слова: суїцид, суїцидальна спроба, суїцидальний процес, негативний життєвий досвід.

A. A. Midko

Graduate student of department of clinical psychology
I. I. Mechnikov Odessa national university

EXPERIENCE AND PERSONALITY FACTORS AS THE CONDITION OF SUICIDAL PROCESS

Summary

The article studies the influence of personal attitudes and current mental state on the development of the suicidal process. Non-linear statistical model was used to assess the ability of the Hopelessness as a parameter reflecting the degree of development of the suicidal process. We discuss the possible theoretical and practical implications of the results.

Key words: suicide, suicide attempt, suicidal process, negative life experience.