

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ КАК ДИСКРИМИНИРУЮЩИЙ ФАКТОР КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г. МИНСКА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Представлены результаты эмпирического исследования комплекса социальных и клинико-психологических характеристик, сопутствующих депрессивным расстройствам и суицидальным тенденциям у студентов. Исследование показало, что наличие суицидальных тенденций у студентов вузов связано с особенностями внутренней организации картины депрессивных переживаний, ведет к снижению качества жизни и может служить надежным дискриминирующим фактором таких психологических характеристик, как смысловые ориентации, самооотношение, поведенческие стратегии совладания со стрессом. Формальная оценка депрессивных расстройств у студентов вузов может быть недостаточно эффективной для оценки риска суицидального поведения и должна включать комплексный анализ социальной ситуации и клинико-психологических характеристик.

Ключевые слова: депрессия, суицидальные тенденции, студенты вузов, социальные характеристики, клинико-психологические характеристики.

O.L. Lazovskaya

SUICIDAL TENDENCIES AS A DISCRIMINATING FACTOR IN CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DEPRESSIVE SYNDROME IN UNIVERSITY STUDENTS IN MINSK

The results of an empirical study of the complex social and clinical-psychological characteristics associated depressive disorders and suicidal tendencies among students. The study showed that the presence of suicidal ideation among college students is associated with internal organization features a picture of depressive feelings, leading to decreased quality of life and can serve as a reliable discriminatory factor in psychological characteristics such as the meaning of life, self-relation, coping strategies of coping with stress. A formal assessment of depressive disorders in college students may be insufficiently effective to assess the risk of suicidal behavior and should include a comprehensive analysis of social situations and clinical and psychological characteristics.

Key words: depression, suicidal tendencies, university students, social characteristics, clinical and psychological characteristics.

Данные имеющихся исследований показывают неуклонный рост депрессивных расстройств в структуре нервно-психической патологии, возникающей у студентов в период обучения в вузах [7, 19, 20, 22, 27, 36, 43, 62]. Юношеский возраст, низкая стрессоустойчивость, психическая незрелость, трудности социализации в этот напряженный период объясняют легкость возникновения депрессивных переживаний, что ведет к снижению учебной адаптации, ухудшению успеваемости, вплоть до оформления академических отпусков или отчисления из вузов [4, 10, 11, 13, 14, 29, 56]. Последствия, связанные с юношеской депрессией, включают также риск суицидального поведения, употребление психоактивных веществ, трудности в межличностных отношениях, нарушение социального функционирования во взрослой жизни [23, 24, 28, 42]. В то же время имеются указания на недостаточность осознания пациентами болезненности своего состояния и нежелание обращаться за помощью в психиатрические учреждения, связанные в том числе со страхом перед социальными последствиями установления психиатрического диагноза и вызванной этим стигматизации, что затрудняет оказание помощи данному контингенту больных [13, 22]. Высокая распространенность депрессивных расстройств среди студентов, выраженность социальных последствий, затруднения в оказании помощи диктуют необходимость изучения комплекса клинико-психологических факторов, связанных с их возникновением и течением.

Установлено, что к факторам риска, связанным с депресси-

ей, относятся биологические (возраст, пол), социальные, личностно-психологические факторы, а также сопутствующая соматическая патология, которые в студенческой среде обладают рядом отличий, обусловленных особенностями юношеского возраста и специфичностью социальной ситуации, в которой находятся студенты вузов.

Биологические факторы.

Возраст. Распространенность депрессивных симптомов и депрессивных расстройств увеличивается с возрастом и отмечается резким скачком после периода полового созревания, что по времени совпадает с периодом обучения в вузе [6].

Пол. Также как во взрослой популяции, депрессия чаще встречается у девушек, чем у юношей [2, 34, 36, 40, 57, 58, 60, 66].

Социально-экономические факторы.

Депрессивные симптомы у взрослых связаны с низким социально-экономическим статусом [33]. Исследования в студенческой популяции показали, что студенты, сообщающие о финансовых проблемах имели более высокий риск возникновения депрессивных расстройств [49, 58].

Социально – психологические факторы.

Семейные отношения. Имеются указания на конфликт между потребностью студентов в автономии и самостоятельности и материальной и психологической зависимостью от родителей, выражающейся в том числе в высокой чувствительности к социальной поддержке со стороны родительской семьи. Результаты исследований доказывают тесную связь низкого уровня социальной поддержки, качества семейных отношений (семейная сплоченность), выраженности семейных дисфункций (избыточной родительской критики, индуцирования тревоги и недоверия к людям и т.д.) с симптомами депрессии, тревоги, суицидальной направленностью и высоким уровнем повседневного стресса у студентов [4, 12, 14, 63]. Исследователями отмечается неблагоприятное влияние деструктивных интерперсональных отношений (конфликты в семье, нарушение отношений со сверстниками) на течение и прогноз депрессивных расстройств [18, 24].

Постоянное место жительства, миграция. Установлено, что лица, переехавшие из сельской местности в город, из одного города в другой, более подвержены риску развития депрессивных расстройств. Исследования уровня стресса, эмоциональной дезадаптации и структуры болезненности психическими расстройствами показали отсутствие различий между иногородними студентами и студентами, проживающими в семьях без смены места жительства, связанного с учебой, что может быть обусловлено большей значимостью для студентов уровня семейных отношений, чем фактора миграции [4, 11].

Семейное положение. Риск развития депрессии выше у холостых (незамужних), чем у состоящих в браке. Известно, что особой уязвимостью отличаются люди, проживающие отдельно

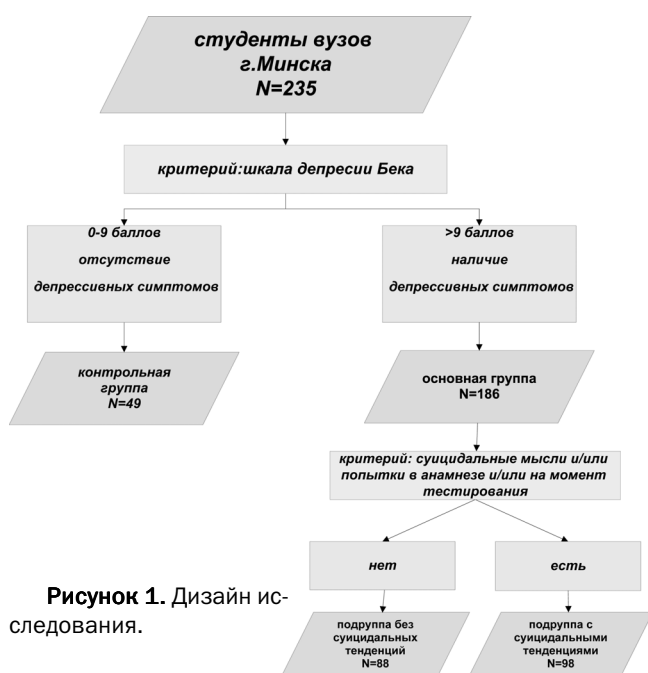


Рисунок 1. Дизайн исследования.

Таблица 1 – Описательные статистики исследуемых групп респондентов

Социально-демографические характеристики	контрольная группа		депрессия без суицидальных тенденций		депрессия с суицидальными тенденциями		χ^2	p	
	п	%	п	%	п	%			
пол	девушки	34	69,4	55	62,5	51	52,0	4,582	>0,05
	юноши	15	30,6	33	37,5	47	48,0		
	всего	49	100	88	100	98	100		
совмещение работы и учебы	есть	3	6,1	9	10,2	9	9,2	0,664	>0,05
	нет	46	93,9	79	89,8	89	90,8		
	всего	49	100	88	100	98	100		
место жительства	г. Минск	18	36,7	33	37,5	30	30,6	1,115	>0,05
	иногородние	31	63,3	55	62,5	68	69,4		
	всего	49	100	88	100	98	100		
состав проживания	в одиночестве	5	10,2	6	6,8	8	8,2	3,959	>0,05
	с родителями	17	34,7	30	34,1	27	27,6		
	другое (супруги, друзья, знакомые)	23	46,9	49	55,7	59	60,2		
	нет сведений (не указали)	4	8,2	3	3,4	4	4,1		
	всего	49	100	88	100	98	100		
семейное положение	холост/не замужем	47	95,9	84	95,5	88	89,8	6,154	>0,05
	женат/замужем	2	4,1	4	4,5	6	6,1		
	гражданский брак	0	0	0	0	4	4,1		
	всего	49	100	88	100	98	100		
наличие детей	есть	1	2	0	0	3	3,1	2,639	>0,05
	нет	48	98	88	100	95	96,9		
	всего	49	100	88	100	98	100		

от семьи.

Обучение в вузе. В имеющейся литературе описаны специфичность социальной ситуации студентов, и связанные с этим дополнительные факторы в виде интенсивных учебных нагрузок (экзамены, зачеты, совмещение работы и учебы), материальной и бытовой неустроенности, неопределенности социального статуса, способствующие развитию реакций дезадаптации с депрессивными симптомами [3, 7, 9, 14, 29].

Личностные и психологические факторы.

Отмечается, что наряду с психотравмирующими событиями, повышенная уязвимость в условиях действия стрессовых факторов определяется рядом личностных характеристик, в частности расстройства адаптации выявляются преимущественно у студентов с аффективной неустойчивостью, тревожно-мнительными, застревающими, гипотимическими и демонстративными чертами характера [14]. Установлено, что акцентуации характера дистимического, аффективно-лабильного, тревожно-боязливого типов увеличивают риск развития преневротических субдепрессивных состояний у студентов [3].

Данные эмпирических исследований обнаруживают взаимосвязь между перфекционизмом и низкой самооценкой, экстернальным локусом контроля, безнадежностью, депрессией и суицидальными мыслями. Высказывалось предположение о том, что маршрут от перфекционизма к депрессии может быть опосредован самооценкой [48].

Установлено, что значимыми факторами неблагоприятного прогноза течения депрессивных реакций в рамках расстройств адаптации у студентов являются коммуникативные свойства и межличностные особенности, затрудняющие социальное взаимодействие, а также низкий самоконтроль [14].

Религиозность. Большинство имеющихся в литературе дан-

ных свидетельствуют о протективном влиянии религиозности и духовности по отношению к депрессии и суицидальным тенденциям. Выделяют три главных компонента, определяющих связь между религией и психическим здоровьем [46]. Во-первых, религия предлагает людям возможность регулярного социального взаимодействия с другими людьми, которые разделяют их верования и ценности, образуется мощная социальная группа поддержки, наиболее актуальная в стрессовые моменты жизни. Во-вторых, религия помогает людям находить смысл нежелательных событий жизни, помогает им справиться с личными неудачами, горем и проблемами со здоровьем. В-третьих, религия поддерживает здоровый образ жизни. Исследования показывают, что у верующих уменьшается вероятность употребления алкоголя и наркотиков, что является важным фактором, связанным с

психическим здоровьем.

Согласно данным эмпирических исследований, религиозность и религиозный копинг, ориентированный на решение проблем, значительно снижают риск развития депрессии и суицидальных тенденций у подростков и молодых людей [38, 40, 41, 44, 46, 65]. В этом случае религиозность и обращение к Богу могут рассматриваться как эмоциональная поддержка при переходе от отношений с родителями к самостоятельной жизни в подростковом периоде [26]. Отмечено, что связь между религиозными тенденциями (вера в Бога, принадлежность религиозному сообществу, соблюдение религиозных ритуалов) и удовлетворенностью жизнью и здоровьем, низкими уровнями депрессии, суицидальных мыслей и употреблением ПАВ более выражены у девушек, чем у юношей [41, 47, 53].

Однако, хотя религия и рассматривается чаще как источник большего комфорта и удовлетворенности, у верующих может возникать напряжение, связанное с их религиозной жизнью, которое в свою очередь ведет к депрессивным переживаниям, чувству вины и суицидальным мыслям. Депрессия в этом случае связана с ощущением себя оставленным или наказанным Богом, отсутствием поддержки в религиозном сообществе и interpersonalными конфликтами на религиозной почве [32, 55].

В ряде исследований отмечалось отсутствие связи между религиозностью и депрессией [39, 47].

Поведенческие характеристики, влияющие на возникновение депрессивных расстройств и суицидального поведения, представлены дезадаптивными проблемно-ориентированными копинг-стратегиями. Исследование стратегий преодоления стресса, используемых студентами, выявило, что самоизоляция и избегающее поведение рассматриваются как неэффективные стратегии поведения, способствующие возникновению депрессии, тревоги и стресса. Активный копинг, направленный на решение проблем, напротив, способствовал уменьшению симптомов депрессии и уровня стресса [25, 31, 48, 61].

Сравнение динамики уровней выраженности внутриличностных и межличностных конфликтов и механизмов совладания со стрессом у студентов различных специальностей показало, что именно достаточное развитие механизмов совлада-

Таблица 2 – Клинические характеристики исследуемых групп респондентов

Клинические характеристики	Депрессия без суицидальных тенденций		Депрессия с суицидальными тенденциями		χ^2	p	
	п	%	п	%			
клинический диагноз	расстройства настроения (F30-39)	21	23,9	33	33,7	2,166	>0,05
	невротические, связанные со стрессом расстройства (F40-49)	67	76,1	65	66,3		
	всего	88	100	98	100		
сопутствующая соматическая патология	есть	37	42,0	32	32,7	1,922	>0,05
	нет	51	58,0	66	67,3		
	всего	88	100	98	100		

Таблица 3 – Социальные и психологические характеристики исследуемых групп респондентов

Социальные и психологические характеристики		контрольная группа		депрессия без суицидальных тенденций		депрессия с суицидальными тенденциями		χ^2	p	
		n	%	n	%	n	%			
оценка отношений в родительской семье	удовлетворительные	48	98	73	83	62	63,3	24,927	<0,05	
	неудовлетворительные	1	2	15	17	36	36,7			
	всего	49	100	88	100	98	100			
Религиозность	вера в Бога	да	35	71,4	57	64,8	55	56,1	4,347	>0,05
		нет	10	20,4	21	23,9	33	33,7		
		не уверен	4	8,2	10	11,4	10	10,2		
	всего	49	100	88	100	98	100			
посещение церкви	регулярно посещают	4	8,2	8	9,1	5	5,1	1,179	>0,05	
	не посещают	45	91,8	80	90,9	93	94,9			
	всего	49	100	88	100	98	100			
религиозная идентификация	да	9	18,4	12	13,6	16	16,3	0,574	>0,05	
	нет	40	81,6	76	81,6	82	83,7			
	всего	49	100	88	100	98	100			

ния обеспечивало как смягчение внутриличностной проблемы, так и сохранение нервно-психического здоровья [16].

Соматические расстройства.

Сопутствующие соматические расстройства могут способствовать развитию депрессии и являются неблагоприятными прогностическими признаками течения депрессивных расстройств. Установлена связь расстройств адаптации и психосоматических расстройств (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, вегето-сосудистая дистония, нейродермит, бронхиальная астма) у студентов [14].

Факторы риска суицидального поведения в юношеском возрасте. Установлено, что самоубийства выступают как ведущая причина смертности для взрослых младшей возрастной группы. Они относятся к трем основным причинам смерти в группах населения в возрасте от 15 до 24 лет [64]. Факторами риска суицидального поведения в юношеском возрасте являются текущее аффективное расстройство, наличие суицидальных мыслей и суицидальные попытки в прошлом [17, 21, 52, 59]. Также исследователи отмечают связь между депрессией, академической неуспеваемостью, недостатком семейной поддержки, употреблением психоактивных веществ и суицидальным поведением у студентов [5, 27, 28]. Расстройства личности с сопутствующими расстройствами настроения, наркотической зависимостью, жестоким сексуальным обращением в детстве повышают риск са-

Таблица 4 – Различия в выраженности смыслозначительных ориентаций контрольной группы и подгрупп основной

Шкалы СЖО	Н-критерий Краскала - Уоллеса	p
общий показатель	85,601	<0,0001
цели в жизни	63,425	<0,0001
процесс жизни	78,182	<0,0001
результат	85,824	<0,0001
локус контроля Я	59,479	<0,0001
локус контроля жизнь	80,213	<0,0001

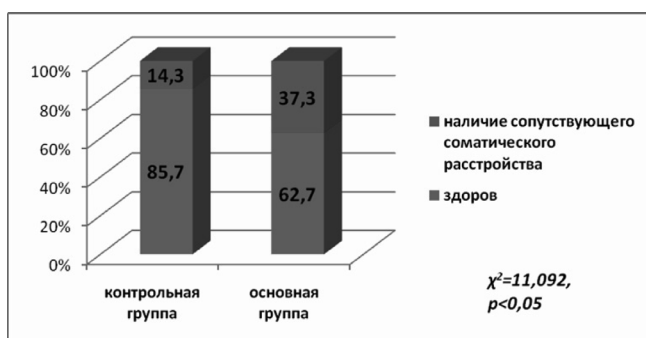


Рисунок 2. Соотношение студентов в зависимости от сопутствующей соматической патологии

моубийства [23,37]. В ряде исследований отмечалось, что наличие суицидальных попыток в анамнезе было связано с более высокими уровнями безнадежности, сосредоточенности на себе, низкой самооценки, импульсивности, внешнего локуса контроля [21, 66].

С учетом того, что в формировании депрессивных расстройств и суицидального поведения участвуют разные механизмы (генетические, биологические, психогенные, социальные), взаимосвязь между клиническими проявлениями депрессии, ее психологическими и личностными составляющими, а также их влияние на суицидальное поведение в юношеском возрасте в студенческой популяции требует дальнейшего изучения, что предопределило цель и задачи проведенного исследования.

Цель исследования: оценить влияние суицидальных тенденций как дискриминирующего фактора социальных и клинико-психологических характеристик студентов вузов г. Минска с депрессивным синдромом.

Материал и методы

Представлены результаты исследования, проведенного среди студентов 1-6 курсов вузов г. Минска в 2004-2010 гг. При информированном письменном согласии участников было обследовано 235 человек (140 девушек (59,6%) и 95 юношей (40,4%)), средний возраст которых составил 20,15 ± 1,5 лет.

Критериями отбора участников исследования послужили результаты клинического обследования (наличие/отсутствие суицидальных тенденций и симптомов депрессии в соответствии с МКБ-10), шкалы депрессии Бека (0-9 баллов расценивалось как отсутствие симптомов депрессии, 10 и более – как наличие депрессии), шкалы Гамильтона для оценки депрессии (0-6 баллов – отсутствие депрессии, 7 и более – наличие депрессии). Диагностика психических и поведенческих расстройств осуществлялась в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10.

Контрольную группу (N=49) составили студенты без симптомов депрессии, суицидальных тенденций, у которых сумма баллов по шкале депрессии Бека составила 9 и менее баллов, сумма баллов по шкале Гамильтона – 0-6 баллов. В основную группу (N=186) вошли студенты с депрессивными расстройствами, классифицированными как расстройства настроения (F32, 34) и невротические, связанные со стрессом расстройства (F40-49), набравшие 10-63 балла по шкале депрессии Бека и 7-52 балла по шкале Гамильтона. Между контрольной и основной группой не было выявлено достоверно значимых различий по возрасту ($\chi^2=9,288$, $p>0,05$) и полу ($\chi^2=2,476$, $p>0,05$).

В зависимости от наличия суицидальных тенденций (суицидальные мысли, попытки в анамнезе и/или на момент исследования) **основная группа** была разделена на две подгруппы:

Таблица 5 – Различия в самоотношении студентов основной и контрольной групп.

Шкалы МИС	U- критерий Мана - Уитни	p
Открытость	3132,5	<0,05
Самоуверенность	1450,5	<0,0001
Самоуководство	1780	<0,0001
Зеркальное Я	1951,5	<0,0001
Самоценность	2236	<0,0001
Самопринятие	2739	<0,0001
Самопривязанность	1892	<0,0001
Конфликтность	1411	<0,0001
Самообвинение	1267	<0,0001

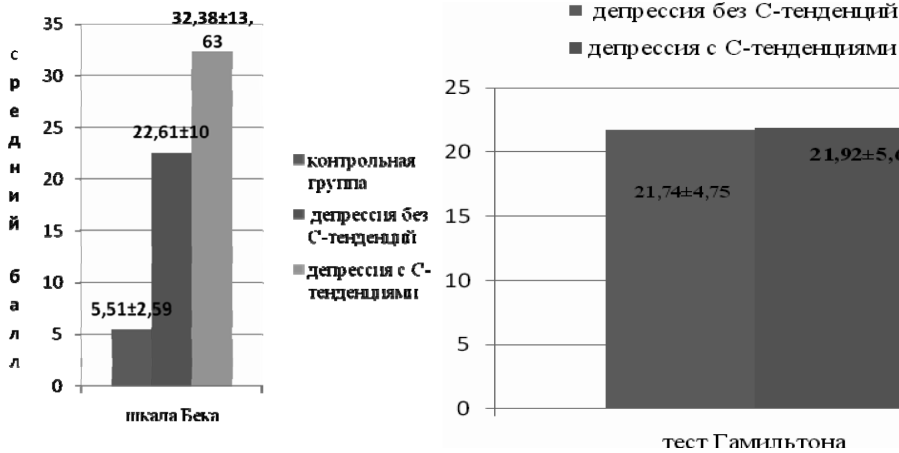


Рисунок 3. Сравнение показателей шкал Бека и Гамильтона в исследуемых группах

1. подгруппа студентов без суицидальных тенденций (N=88) – **подгруппа без С – риска.**

2. подгруппа студентов с суицидальными тенденциями (N=98), обозначенная нами как **подгруппа С – риска.** Из них 23 человека сообщили, что в прошлом совершали суицидальные попытки, 72 человека указали на имевшиеся в прошлом желание умереть и мысли о собственной смерти. В эту подгруппу вошли также 3 человека с впервые выявленными суицидальными тенденциями. Распространенность суицидальных мыслей в подгруппе составила 32,7±4,74 на 100 студентов, частота суицидальных попыток-10,2±3,06 на 100. Сравнение выделенных подгрупп с контрольной не выявило достоверно значимых различий по возрасту (N =1,452, p>0,05) и полу ($\chi^2=4,582$, p>0,05).

Методики:

В исследовании была использована разработанная нами социальная анкета, включающая в себя диагностические блоки, направленные на выявление социально-демографических, социально-психологических и клинических сведений об участниках исследования. Для изучения личностно-психологических характеристик исследуемой выборки были использованы следующие психометрические шкалы: опросник качества жизни (NAIF), шкала исследования способов преодоления стресса (ИСПС, Амирхан, адаптированная на русском языке В.М.Ялтонским и Н.А.Сиротой), тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО, опросник Крамбо-Махолика, полная адаптация и валидизация Д.А. Леонтьева, МГУ), методика исследования самооотношения (МИС, Р.С.Пантеев, В.В.Столин, МГУ; полная адаптация и валидизация).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием SPSS 17. Так как для ряда переменных расчёт критерия Колмогорова – Смирнова показал отличие распределения от нормального, данные анализировались с помощью непараметрических методов статистики. Сравнительный анализ между группами проводился с использованием χ^2 Пирсона. Для оценки различий показателей шкал использовались непараметри-

ческие критерии Манна – Уитни и Краскала-Уоллеса. Различия между группами считали статистически значимыми при p<0,05.

Результаты и обсуждение

Результаты сравнения социально-демографических и клинико-психологических характеристик студентов контрольной группы и подгрупп основной представлены в таблице 1. Между контрольной, подгруппой без С-тенденций и подгруппой с С-тенденциями не было выявлено статистически значимых различий по большинству социально-демографических характеристик (пол, занятость, место жительства, состав проживания, семейное положение, наличие детей) (p>0,05). Гомогенность рассматриваемых групп позволи-

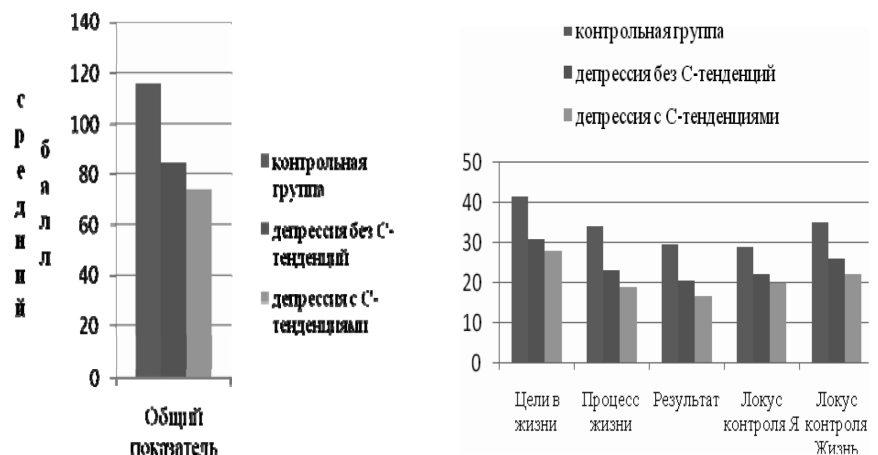


Рисунок 4. Сравнительная оценка средних значений шкал теста СЖО в исследуемых группах

ла составить обобщенный социально-демографический портрет участников исследования: неработающие студенты (n=214 (91,1%)), холостые (n=219 (93,2%)), не имеющие детей (n=231 (98,3%)), приехавшие в г. Минск из других городов республики (n=154 (65,5%)), проживающие отдельно от родителей (n=150 (63,8%)).

В анализируемых подгруппах преобладали невротические и

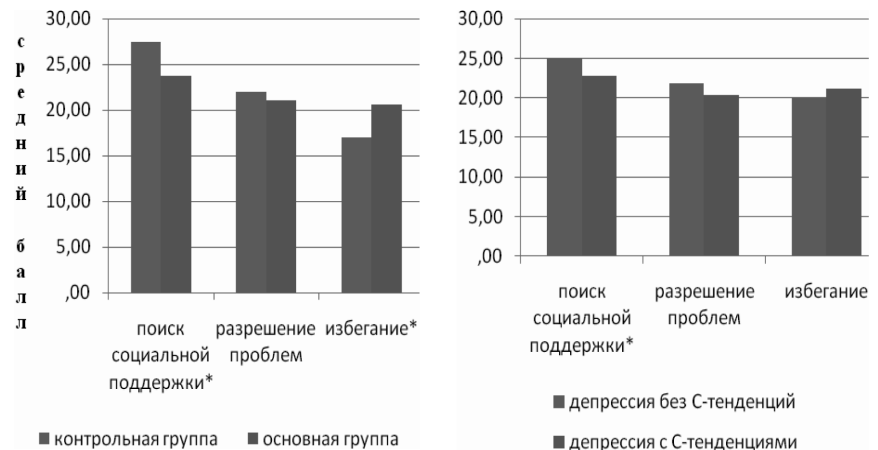


Рисунок 5. Оценка стратегий преодоления стресса в группах сравнения (ИСПС)

Примечание: *-p < 0,05

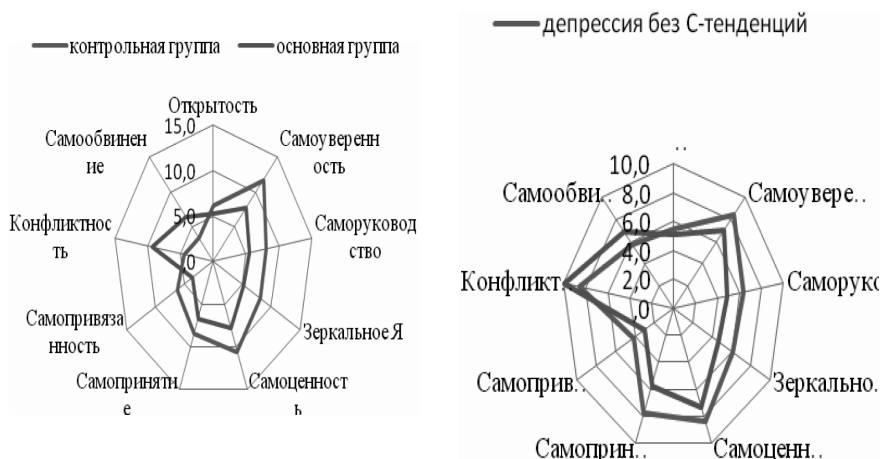


Рисунок 6. Оценка самооценки в исследуемых группах респондентов (МИС), ($p < 0,05$)

Примечание: * - $p > 0,05$

связанные со стрессом расстройства (76,1% в подгруппе без С-тенденций и 66,3% в подгруппе с С-тенденциями) (таблица 2). Доля студентов с сопутствующей соматической патологией была выше в основной группе ($\chi^2=9,354$, $p < 0,05$), где 37,3% ($n=33$) студентов указали на наличие соматических расстройств (рисунок 2), что может свидетельствовать о том, что соматическая патология способствует развитию депрессии, что согласуется с данными предшествующих исследований. Однако статистически значимых различий по наличию соматической патологии между подгруппами с С-тенденциями и без С-тенденций выявлено не было ($\chi^2=1,922$, $p > 0,05$) (таблица 2).

Оценка студентами отношений в родительской семье статистически значимо различается в контрольной и основной группах, контрольной группе и подгруппах без С-тенденций и с С-тенденциями ($p < 0,05$). Попарное сравнение показало ($p < 0,05$), что студенты с С-тенденциями чаще оценивают свои отношения как неудовлетворительные ($n=36$, (36,7%)), в сравнении со студентами без С-тенденций ($n=15$, (17%)) и студентами контрольной группы ($n=1$, (2%)) (таблица 3). Полученные данные согласуются с результатами других исследований, согласно которым, качество семейных отношений связано с симптомами депрессии и суицидальной направленностью у студентов [4, 12, 18].

Согласно результатам исследования статистически значимых различий в рассматриваемых группах студентов в зависимости от религиозных тенденций (вера в Бога, посещение церкви, причисление себя к религиозному сообществу) обнаружено не было (таблица 3) ($p > 0,05$), что отличается от большинства имеющихся литературных данных [38, 40, 41, 44, 46, 65], согласно которым религиозность уменьшает риск развития депрессивных переживаний и суицидального поведения. Можно предположить, что религиозность студентов неустойчива, может характеризоваться как «полусознательная вера» и скорее ассоциируется с культурными традициями и исторически сложившимся образом жизни (таблица 3).

Выраженность психопатологических синдромов и психологических характеристик.

Степень выраженности депрессивной симптоматики (средние значения) по шкале депрессии Бека оказалась максимальной в подгруппе студентов с наличием суицидальных тенденций ($32,38 \pm 13,63$). В то же время

при оценке тяжести депрессии с использованием теста Гамильтона средние показатели в подгруппе студентов с наличием суицидальных тенденций (средний балл $21,92 \pm 5,69$) достоверно не отличались от показателей в подгруппе без суицидальных тенденций (средний балл $21,74 \pm 4,75$) ($p > 0,05$) (рисунок 3).

Анализ ответов студентов основной группы на вопросы шкалы депрессии Бека показал, что 28,1% ($n=41$) обследуемых на первый вопрос шкалы, отражающий наличие печали, выбрали утверждение: «Я чувствую себя хорошо». При этом уровень депрессии по шкале Бека у 75,6% ($n=31$) оценивался как умеренный (суммарный балл по шкале депрессии Бека 10-18 баллов), что может свидетельствовать о недостаточном субъективном понимании своего состояния при неглубоких депрессивных расстройствах.

Из них 38,4% ($n=28$) находились в подгруппе без суицидальных тенденций и 17,8% ($n=13$) в подгруппе с суицидальными тенденциями. ($p > 0,05$)

Оценка осознания симптомов болезни (тест Гамильтона, вопрос 17) показала, что полное отсутствие осознания симптомов болезни отмечалось у 10,5% ($n=13$) из 124 обследованных студентов, из них 13,5% ($n=10$) находились в подгруппе с наличием суицидальных тенденций. Большая часть студентов – 62,9% ($n=78$) соотнесли свое неудовлетворительное состояние с переутомлением, нарушениями питания, климата и другими второстепенными причинами и только 26,6% ($n=33$) оценивали свое состояние как депрессию. Обращает на себя внимание отмечаемая авторами и наблюдаемая на практике специфика «внутренней картины болезни», характеризующаяся диссоциацией между депрессивными переживаниями и отсутствием жалоб на расстройство настроения или даже с его отрицанием. Выявляется двойственное отношение больных к своему состоянию. У них может отсутствовать сознание болезни, симптомы депрессии трактуются как утомление вследствие психоэмоциональных перегрузок, как лень, плохой характер, что ведет к позднему обращению за помощью [13].

Анализ психологических характеристик с помощью теста СЖО показал, что для студентов при наличии депрессии и суицидальных тенденций регистрируются более низкие значения показателей всех шкал по сравнению с контрольной группой и подгруппой без суицидальных тенденций ($p < 0,05$) (таблица 4)

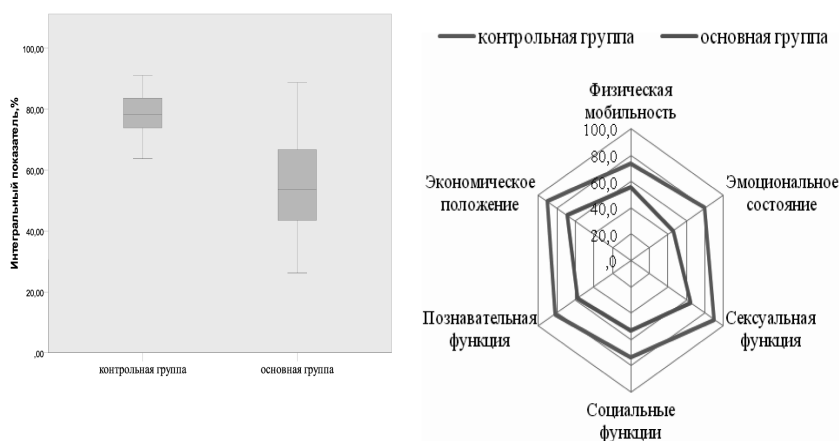


Рисунок 7. Сравнение показателей качества жизни (NAIF) в основной и контрольной группах, % ($p < 0,05$)

(рисунок 4). Отсутствие целей в жизни, ориентация в прошлое, с оценкой своей жизни как в прошлом, так и в настоящем как неудовлетворительной, с ощущением невозможности контролировать события своей жизни в сочетании с пессимизмом в отношении будущего, в целом, отвечает структуре депрессивных переживаний (экзистенциальный аспект депрессии).

Исследование стратегий совладания со стрессом показало, что студенты основной группы реже обращаются за социальной поддержкой ($U=2355$, $p<0,05$) и чаще выбирают стратегию избегания проблем ($U=1963$, $p<0,05$), чем студенты контрольной группы. Между контрольной группой и основной группой не было выявлено статистически значимых различий по использованию стратегии решения проблем ($U=3715$, $p>0,05$). Однако имеются достоверно значимые статистические отличия в выборе стратегии обращения за социальной поддержкой между студентами подгруппы с С-тенденциями и студентами подгруппы без С-тенденций ($U=2547$, $p<0,05$), что заключалось в том, что студенты с наличием суицидальных тенденций реже выбирали стратегию обращения за социальной поддержкой, чем студенты без суицидальных тенденций (рисунок 5). При рассмотрении вопроса эффективности психологического преодоления отмечается, что наиболее эффективным оказывается использование нескольких способов совладания с негативными событиями, а наиболее неэффективной часто выступает стратегия избегания.

С целью изучения особенностей самооотношения использовалась методика МИС. Анализ полученных данных показал наличие статистически значимых различий ($p<0,05$) между контрольной и основной группами по всем диагностическим шкалам: «самоуверенность», «саморуководство», «зеркальное Я», «самоценность», «самопринятие», «самопривязанность», «конфликтность», «самообвинение», «открытость» (таблица 5). Студенты основной группы, в отличие от контрольной, склонны к повышенной рефлексивности и критичности по отношению к себе (шкала «открытость»), неудовлетворенности собой и своими возможностями, к сомнениям в способности вызывать уважение («самоуверенность»), воспринимать себя неспособными противостоять судьбе («саморуководство»), ожидают негативных чувств по отношению к себе от других («зеркальное Я»), выражают сомнения в ценности собственной личности («самоценность»), проявляют несогласие с самим собой («самопринятие»), выражают желание что-то в себе изменить для достижения определенного идеала («самопривязанность»), а также склонны испытывать чувство вины в переживаемых внутриличностных конфликтах (шкалы «конфликтность» и «самообвинение»).

Для выявления специфических различий самооотношения в подгруппах с С-тенденциями и без С-тенденций было проведено попарное сравнение обозначенных групп с применением U кри-

терия Манна-Уитни. Статистически значимые различия ($p<0,05$) были обнаружены по всем диагностическим шкалам, за исключением шкалы «Открытость». В целом подгруппа с С-тенденциями отличается от подгруппы без С-тенденций более низкими значениями по шкалам самооотношения, исключение составляют шкалы самообвинения и конфликтности, по которым были зафиксированы максимальные значения, свидетельствующие о высоком уровне аутоагрессии. Полученные данные согласуются с исследованием А.В. Ипатова, проведенного на выборке подростков, согласно которому, противоречивое самооотношение является личностной детерминантой аутодеструктивного поведения.

Низкие показатели по шкале «зеркальное Я» в группах с С-тенденциями и без С-тенденций позволяют сделать вывод о том, что студенты с депрессивными переживаниями и суицидальными тенденциями склонны ожидать негативную оценку со стороны окружающих, что также может затруднять их обращение за помощью и поддержкой и провоцировать стратегию избегания проблем, на фоне неуверенности в своих способностях справиться с их решением.

Сравнение показателей качества жизни (NAIF) в контрольной и основной группах позволило выявить снижение всех показателей качества жизни в основной группе ($p<0,05$) (рисунок 7), что можно объяснить как содержанием депрессивных переживаний, связанных с пессимизмом, негативной оценкой своей жизни, неспособностью радоваться и получать удовольствие от чего бы то ни было, так и снижением качества жизни, связанным со снижением активности, нарушением когнитивных и социальных функций [35].

Сравнение подгрупп выявило, что подгруппа с С-тенденциями отличается более низким интегральным показателем качества жизни ($U=2318,5$, $p<0,05$) и более низкими показателями эмоционального состояния ($U=2190,5$, $p<0,001$), социальных ($U=2670$, $p<0,05$) и познавательных функций ($U=2321$, $p<0,05$), чем подгруппа без С-тенденций, при том, что не выявлено достоверной статистической разницы показателей физического самочувствия ($U=2870,5$, $p>0,05$), сексуальной функции ($U=2911$, $p>0,05$) и экономического положения ($U=3113$, $p>0,05$) в подгруппах ($p>0,05$) (рисунок 8).

Анализ полученных результатов позволяет предполагать, что наличие симптомов депрессии по субъективной оценке респондентов сопряжено с худшими показателями качества жизни, опыт суицидальных переживаний связан с большими нарушениями в сферах эмоционального состояния, познавательных и социальных функций.

Выводы

Проведенное исследование показало:

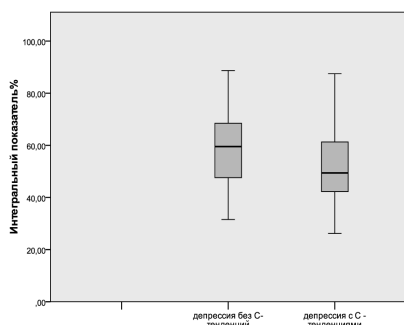
- наличие суицидальных тенденций у студентов вузов связано не столько с социально-демографическими и клиническими характеристиками (тяжесть депрессии, сопутствующая соматическая патология), сколько с особенностями внутренней организации картины депрессивных переживаний.

- опыт суицидального риска может служить надежным дискриминирующим фактором изменения психологических характеристик.

- формальная оценка депрессивных расстройств у студентов вузов может быть недостаточно эффективной для оценки риска суицидального поведения и должна включать комплексный анализ социальной ситуации и психологических характеристик.

Литература

1. Брагина, К. Р. Тревожная и депрессивная



Примечание: * - $p < 0,05$

Рисунок 8 – Сравнительная оценка параметров качества жизни в основной и контрольной группах, % (NAIF)

- симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения / К.Р. Брагина // Вісник Вінницького державного медичного університету. Т. 7, вип. 2/2. — 2003. — с. 849 — 851.
2. Бомба, Я. Юношеская депрессия (эпидемиологическое исследование) // Журн. невропатол. и психиатр./ Я. Бомба // 1987.- Т. 87, № 10.-с. 1501 — 1504.
3. Влах, Н. А. Психологическая коррекция преневротических субдепрессивных состояний у студентов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Влах-СПб., 1999.
4. Евдокимова, Я. Г. Интерперсональные факторы эмоциональной дезадаптации у студентов: автореф. дис.... канд. психол. наук: 19.00.13 / Я.Г. Евдокимова-М., 2008.
5. Кибрик, Н. Д. Профилактика дезадаптации и суицидального поведения у обучающейся молодежи: методические рекомендации / Н. Д. Кибрик, В. В. Кушнарев; под рук. А. Г. Амбрумовой.-М., 1988.-21 с.
6. Корнетов, А. Н. Распространенность и клиничко-конституциональные особенности суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Н.Корнетов.-Томск, 1999.
7. Красик, Е. Д. Нервно-психические заболевания у студентов / Е. Д. Красик, Б. С. Положий, Е. А. Крюков. — Томск, 1982. — с.112.
8. Максимова, М. Ю. Особенности личности больных депрессиями юношеского возраста и ее динамика на преморбидном этапе (клинический и патопсихологический анализ): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / М.Ю. Максимова; Моск. НИИ психиатрии МЗРФ.-М., 2002. — 25 с.
9. Михайлова, М. Н. Факторы риска суицидального поведения студентов / М.Н. Михайлова // "Факторы риска" при неврологических и пограничных заболеваниях: сб. науч. тр. / Изд. Томск. Мединститута. — Томск, 1988.-С.101 — 103.
10. Олейчик, И. В. Юношеские эндогенные депрессии (клиника, основные нозологические формы, терапия): автореф. дисс. ... д.мед.наук / И. В. Олейчик — М., 2008.
11. Положий, Б. С. Пограничные нервно-психические расстройства у студентов (эпидемиологический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.18 / Б.С. Положий; Моск. гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова. — М., 1978. — 21 с.
12. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов / А. Б. Холмогорова [и др.] // Вопросы психологии. — 2009.- № 6. — С. 16 — 26.
13. Северный, А. А. Профилактика учебной дезадаптации у студентов, связанной с депрессивными расстройствами пограничного уровня: метод. рекомендации / А. А. Северный, А. К. Ануфриев; МЗ СССР. — М., 1987. — 23 с.:
14. Шиффнер, Н. А. Расстройства адаптации у студентов (их клиника и динамика): автореф. дисс. к. мед. наук / Н.А. Шиффнер — М., 2011.-25 с.
15. Шон, К. Ч. Взаимосвязь самооценки и механизмов совладания при депрессии и наркомании: автореф. дис.... канд. психол. наук: 19.00.04 / К. Ч. Шон; Санкт-Петербургский Государственный Университет. — С-Питер., 2006. — 23 с.
16. Юрасова, Е. Н., Чехлатый Е. И. Динамика уровня невротичности и внутриличностных конфликтов у студентов (педагогов и психологов) в процессе обучения / Е. Н. Юрасова, Е. И. Чехлатый // Обозр. психиат. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. — 1994.-№ 1. — стр. 113 — 115.
17. Aborted Suicide Attempts: A New Classification of Suicidal Behavior / Mary E. Barber [et al.] // Am J Psychiatry.-1998. — Vol. 155. — P. 385-389.
18. Adolescent depression and stressful life events / I. Gunilla Olsson [et al.] // Nordic Journal of Psychiatry. — 1999. — Vol. 53. — P. 339 — 346.
19. American College Health Association-National College Health Assessment: Reference Group Report, Fall 2007. Baltimore, American College Health Association, 2008.
20. American College Health Association-National College Health Assessment: Reference Group Report, Fall 2008. Baltimore, American College Health Association, 2009
21. Beautrais, A. L. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people / A. L. Beautrais, P. R. Joyce, R. T. Mulder // Suicide and Life Threatening Behavior. — 1999. — Vol. 29, №1, P:37 — 47.
22. Campus mental health services: Recommendations for change / C. T. Mowbray [et al.] // American Journal of Orthopsychiatry. — 2006. — Vol.76. — P:226 — 237.
23. Cannabis use and the risk behavior syndrome in Italian university students: are they related to suicide risk? / M. Innamorati [et al.] // Psychol Rep.-2008.-Vol. 102, № 2.-P. 577-594.
24. Childhood and Adolescent Predictors of Major Depression in the Transition to Adulthood / Helen Z. Reinherz [et al.] // American Journal of Psychiatry. — 2003.-Vol. 160. — P. 2141-2147.
25. Christian, A. Coping style as a mediator of the relationship between depressive symptoms and deliberate self-harm / A. Christian, K. McCabe / Crisis. — 2011. — Vol. 32, № 5. — P:272-279.
26. Cotton, S. Measurement of Religiosity/Spirituality in Adolescent Health Outcomes Research: Trends and Recommendations / S. Cotton, M.McGrady, S. Rosenthal // J Relig Health. — 2010. — Vol. 49, № 4. — P. 414 — 444.
27. Curran, T. Depression, suicidality and alcohol abuse among medical and business students. / T. Curran [et al.] // Ir Med J. — 2009. — Vol. 102, №8. — P:249 — 252.
28. de Man, A.F. / Correlates of suicide ideation in high school students: the importance of depression / A. F. de Man // J Genet Psychol.-1999. — Vol. 160, № 1. — P. 105-114.
29. Depression and academic impairment in college students / E. Heiligenstein [et al.] // Journal of American College Health-1996. — Vol. 45.-P. 59-64.
30. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University / S. J. Garlow [et al.] // Depress Anxiety-2008.-Vol. 25, № 6. — P:482-488.
31. Dyson, R. Freshman adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping / R. Dyson, K. Renk // Journal of Clinical Psychology.-2006. — Vol. 62. — P. 1231 — 1244.
32. Exline, J. Guilt, discord, and alienation: the role of religious strain in depression and suicidality / J.Exline, A.M. Yali, W.C. Sanderson // J Clin Psychol. — 2000. — Vol.56, № 12. — P.1481-1496.
33. Hawton, K. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study / K. Hawton, L. Harriss, K. Hodder // Psychological Medicine.-2001. — Vol. 31. — P. 827 — 836.
34. Isometsa, Erkki T. Suicide attempts preceding completed suicide / Erkki T. Isometsa, Jouko K. Lonqvist // British Journal of Psychiatry. — 1998. — Vol. 173. — P. 531-535.
35. Katsching, H. How useful is the concept of quality of the life in psychiatry? // Current Opinion in Psychiatry — 1997.-№10. — P. 337-345.)
36. Kinsinger, S. Depressive symptoms in chiropractic students: a 3-year study/ S. Kinsinger, A. Puhl, C. Reinhart // J Chiropr Educ. — 2011. — Vol.25, №2. — P. 142 — 150.
37. Lambert, M. T. Suicide risk assessment and management: focus on personality disorders / M. T. Lambert // Current Opinion in Psychiatry.-2003. — Vol. 16. — P:71 — 76.
38. Leondari, A. Religiosity and psychological well-being / A. Leondari, V. Gialamas // Int J Psychol. — 2009. — Vol. 44, №4. — P:241-248.
39. Lupo, M.K. Religiosity, anxiety and depression among Israeli medical students / M.K. Lupo, R.D. Strous // Isr Med Assoc J. — 2011. — Vol. 13, №10. — P:613-618.
40. Maharajh H. Adolescent depression in Trinidad and Tobago / H. Maharajh, A. Ali, M. Konings // Eur Child Adolesc Psychiatry. — 2006. — Vol. 15. — P:30-37.
41. Marion, M. African American college women's suicide buffers / M. Marion, L. Range // Suicide and Life-Threatening Behavior.-2003.-Vol.33, № 1. — P:33 — 34.
42. Megivern, D. Barriers to higher education for individuals with psychiatric disabilities / D. Megivern, C. Pellerito, C. Mowbray // Psychiatric Rehabilitation Journal-2003. — Vol. 26. — P. 217 — 232.
43. Nature and Severity of College Students' Psychological Concerns: A Comparison of Clinical and Nonclinical National Samples / O. Erdur-Baker [et al.] // Professional Psychology: Research and Practice.-2006.-Vol. 37, №. 3. — P:317 — 323.
44. Neeleman, J. Suicide acceptability in African and White Americans: The role of religion. Journal of Nervous and Mental Disease / J.Neeleman, S.Wessely, G. Lewis // Journal of Nervous and Mental Disease. — 1998. — Vol. 186. — P:12 — 16.
45. Perfectionism and Suicide Ideation in Adolescent Psychiatric Patients / P.L. Hewitt [et al.] // J. of Abnormal Child Psychology. — 1997.-Vol. 25, № 2. — P. 95 — 101.
46. Phillips, R. Religion and depression among U.S. college students / R. Phillips, A. Henderson //International Social Science Review. FindArticles.com. 03 Mar, 2012.
47. Piko, B. Is religiosity a protective factor? Social epidemiologic study of adolescent psychological health / B.Piko, E. Kovacs // Orv Hetil. — 2009.

– Vol. 150, № 41. – P.1903-1908.

48. *Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study* / S.Stewart [et al.] // *Med. Educ.* – 1997. – Vol. 31, №3. – P.163 – 168.

49. *Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students* / D. Eisenberg [et al.] // *Am J Orthopsychiatry*-2007. – Vol. 77, № 4. – P. 534-542.

50. *Prevalence and correlates of self-injury among university students* / S.E. Gollust [et al.] // *J Am Coll Health.* – 2008.-Vol. 56, № 5. – P. 491 – 498.

51. *Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults* / H.-U. Wittchen [et al.] // *Psychological Medicine*-1998.-Vol. 28.-P. 109-126.

52. *Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts* / Peter M. Lewinsohn [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1994. – Vol. 62, №2. – P.297-305.

53. *Rasic, D. Protective associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk, suicidal behaviours and substance use in adolescents in Nova Scotia, Canada* / D. Rasic, S. Kisely, D.B. Langille // *J Affect Disord.* – 2011. – Vol. 132, №3. – P.389-395.

54. *Rebecca, P. Ang. Relationship between Academic Stress and Suicidal Ideation: Testing for Depression as a Mediator Using Multiple Regression* / P. Ang,Rebecca, S. Huan Vivien // *Child Psychiatry Hum Dev.* – 2006.-Vol. 37.-P. 133-143.

55. *Religion, spirituality, and depression in adolescent psychiatric outpatients* / R.E. Dew [et al.] // *J Nerv Ment Dis.* – 2008. – Vol.196, №3. – P.247-251.

56. *Results from the 1995 National College Health Risk Behavior Survey* / K. A. Douglas [et al.] // *Journal of American College Health.* – 1997.-Vol. 46, № 2. – P.59 – 60.

57. *Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth* / L. O'Donnell [et al.] // *American Journal of*

Community Psychology. – 2004. – Vol. 33, №12. – P. 37 – 49.

58. *Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors* / C. ?slund [et al.] // *Eur Child Adolesc Psychiatry* – 2007. – Vol.16 – P.298 – 304.

59. *Suicidal Thinking Among Adolescents With a History of Attempted Suicide* / R. K. Roberts [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* – 1998. – Vol. 37, № 12. – P. 1294 – 1300.

60. *Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students* / L.N. Dyrbye [et al.] // *Acad. Med.* – 2006.-Vol. 81, № 4. – P. 354-373.

61. *The Relationship among Young Adult College Students' Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles* / J.Mahmoud [et al.] // *Issues Ment. Health Nurs.* – 2012.-Vol. 33, № 3. – P. 149-156.

62. *Tosevski, D. Personality and psychopathology of university students* / D. Tosevski, M. Milovancevic, S. Gajic // *Curr Opin Psychiatry.* – 2010. – Vol. 23, № 1. – P. 48 – 52.

63. *Tulin, G. Associated Factors of Suicide Among University Students: Importance of Family Environment* / G.Tulin, Or. Pinar // *Contemp Fam Ther.* – 2006.-Vol. 28. P. 261-268.

64. *United Nations (1996) Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies* (Document No. ST/ESA/245). United Nations Dept for Policy Coordination and Sustainable Development, New York, NY.

65. *Vasegh, S. Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students* / S. Vasegh, M.R. Mohammadi // *Int J Psychiatry Med.* – 2007. – Vol.37, №2. – P.213 – 227.

66. *William, P. Environmental Factors, Locus of Control, and Adolescent Suicide Risk* / P. Evans William, Patsy Owens, Shawn C. Marsh // *Child and Adolescent Social Work Journal.* – 2005.-Vol. 22, № 3-4. – P. 301-319.

Поступила 19.03.2012 г.