

ГОДИШНИК НА СОФИЙСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ

Книга Психология

Том 102

ANNUAIRE DE L'UNIVERSITE DE SOFIA „ST. KLIMENT OHRIDSKI“

FACULTE DE PHILOSOPHIE

Livre Psychologie

Tome 102

СУИЦИДНА ИДЕАЦИЯ В ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ: ЕФЕКТИ НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯТА С РОДИТЕЛИТЕ, ВРЪСТНИЦИТЕ, САМООЦЕНКА, ДЕПРЕСИЯ И БЕЗНАДЕЖДНОСТ

ПЛАМЕН КАЛЧЕВ

Катедра „Обща, експериментална и генетична психология“

Пламен Калчев. СУИЦИДНА ИДЕАЦИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: ЭФФЕКТЫ ОТНОШЕНИЙ С РОДИТЕЛЯМИ И СО СВЕРСТНИКАМИ, САМООЦЕНКИ, ДЕПРЕССИИ И БЕЗНАДЕЖДНОСТИ

Для оценки суицидной идеации использована шкала, включающая три вопроса: о наличии суицидных мыслей, о контроле этих мыслей и об условно заявленной готовности суицидного поведения. Шкала суицидной идеации – часть самоописательного опросника о субъективном благополучии и взаимоотношений в юношеском возрасте (Калчев, 2010, под печати). Для целей исследования использованы также шкалы о депрессии Л. Радлофа (CESD) и А. Бека (BDI) и шкала о безнадежности А. Бека (BHS). Результаты получены на 604 старшекласников (с 8. по 12. классов) – 208 юношей, 391 девушки и 5 лиц с неотмеченным полом.

Данны анализированы на базе корреляционных связей и структурных (регрессионных) моделей, с дефиницией показателей о депрессии и безнадежности като медиаторы, „транслирующие“ эффекты остальных факторов на суицидную идеацию. Компоненты модели объясняют значительную часть (38%) дисперсии суицидной идеации, при этом расстроенные отношения с родителями имеют одновременно прямые и непрямые эффекты, а самооценка, принятие сверстниками и проблемы в отношениях со сверстниками – только непрямые эффекты (через медиаторы). Возможности шкал депрессии и безнадежности прогнозировать суицидных мыслей на индивидуальном уровне оценены через площадь под ROC-кривым и показатели чувствительности, специфичности, положительной и отрицательной прогностической силой. Согласно полученных результатов в

масовой юношеской выборке шкалы о депрессии предвидят лучше суицидную идеацию, по сравнению с безнадежностью. В заключении обсуждается „профиль“ лиц с разным уровнем идеация, которой показывает, что компоненты субъективного благополучия и отчуждение от родителей имеют лучшие разграничающие возможности по сравнению с параметрами взаимоотношений со сверстниками.

Plamen Kalchev. ADOLESCENT SUICIDE IDEATION: EFFECTS OF PARENTS AND PEER RELATIONSHIPS, SELF-ESTEEM, DEPRESSION, AND HOPELESSNESS

A 3-items scale is constructed for the assessment of suicide ideation: presence of suicide thoughts, control over them, and tentatively reported suicide intention. The Suicide Ideation Scale is a part of the Adolescent Subjective Well-being and Relationships Scale (ASWRS, Kalchev, 2010, in print) and is used together with high school students' version (8th-11th graders). The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (Radloff, 1977), The Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961; Balev, 1994), and The Beck Hopelessness Scale (Beck et al., 1974) are used to study 604 students (208 males, 391 females and 5 missing), too.

Data analysis is based on correlations and structural (regression) models; depression and hopelessness are mediator variables in the latter case which transfer other factors' effects to the suicide ideation. The model explains a substantial part (38%) of suicide variance; the troubled relationship with parents has both direct and indirect effects, while self-esteem, peer acceptance and problems have only indirect effects (by mediators). The capacity of depression and hopelessness to predict suicide ideation is assessed by the area under the ROC curves and the sensitivity, specificity, positive and negative predictive values data. In agreement with the nonclinical adolescent sample results depression scales (Depressive mood from ASWRS and CES-D) are better predictors of suicide ideation than hopelessness. The profile of high-school students with different levels of suicide ideation is discussed; it suggests that the components of subjective well-being and the troubled relationships with parents are better predictors of ideation level than peer relationships (peer acceptance and peer problems).

ПОСТАНОВКА НА ПРОБЛЕМА

Опитите за самоубийство и прекъсване на живота при деца и юноши са изключително сериозен проблем. Анализът на тази крайна форма на самоувреждащо поведение е далеч извън рамките на настоящото изложение и читателят би могъл да се обърне към специализираната литература¹. Целта на изследването е да представи кратка скринингова скала за оценка на мислите за самоубийство и възможностите за тяхното „прогнозиране“ в юношеска възраст чрез анализ на отношенията в основните социални мрежи – с родителите и връстниците, както и на личностни характеристики, асоциирани с подобни проблеми (самооценка, депресия и безнадеждност).

Суицидна идеация са „всякакви споделяни мисли за извършване на самоубийство“ (O'Carroll et al., 1996; цит. по Goldston 2003, p. 14). Подобна

¹ Димитров, 2007; Ванев, 2010; Spirito & Overholser, 2003; King & Apter, 2003; Sofronoff et al., 2005; Wagner, 2009 и др.

дефиниция е широко възприета² и улеснява професионалната комуникация, но на практика са налице поне два подхода, първият от които разширява, а вторият стеснява съдържанието на понятието – различаването на пасивна и активна идеация и на мислите за самоубийство от планирането и подготовката на суицидния акт.

а) В съответствие с посоченото определение мислите за смъртта, както и желанието да се умре сами по себе си не трябва да се определят като суицидна идеация, ако отсъства ясна индикация за намерението на човек сам да причини собствената си смърт (вж. Goldston, 2003). Затова твърдения като „Мисля повече от обикновено за смъртта и умирането“, „Дано Господ ме вземе по-скоро при себе си“, „За близките ми би било по-добре, да съм мъртъв“, „Не искам да живея“ и др. не изпълняват изходната дефиниция за активно участие на лицето в причиняването на собствената му смърт, но могат да се разглеждат като *пасивна форма* на идеация (Wagner, 2009, р. 16). Оценката на пасивната идеация също е важна, тъй като, от една страна, тя може да премине в активна, а от друга – човек е склонен в по-голяма степен да прикрива или да минимизира активната идеация (Simon, 2006). При анализа на идеацията е уместно да се различават два параметъра: *острота* и *разпространение*. Първият се отнася до континуума от пасивни мисли за смъртта, през активно желание да се умре, до активно желание, съпроводено от план за използване на смъртоносни средства, а вторият – до интензивността и честотата на суицидните мисли (Ash, 2006).

б) Съгласно базовото определение *суицидните планове* се разглеждат като част от идеацията, но от друга страна – се разграничават от нея като индикатор за по-сериозен риск. Аналогично, макар т. нар. *суицидни заплахи* в някои случаи да се отнасят към суицидната идеация, те често се отчитат и се разглеждат отделно (суицидната заплаха може да е с манипулативен контекст – опит за заплаха на другите, без намерение за самоубийство, но и да е сигнал за преживявано опасение за собствената сигурност, и като такава да предлага критична възможност за превенция на суицида) (Wagner, 2009, р. 16). В този по-тесен смисъл суицидната идеация се различава от плановете и заплахите.

Неотдавнашната ревизия на категориите на О'Керъл и колеги, извършена от Силвърман и колеги (Silverman et al., 2007; цит. по Wagner, 2009), без да

² Например според А. Уензъл и съавтори суицидната идеация са заявени от лицето мисли, образи, убеждения, гласове или други когниции, относно преднамерено прекъсване на собствения му живот (Wenzel et al., 2009, р. 18); според Р. Саймън – мисли, свързани с причиняването на собствената смърт. Суицидната идеация варира по тежест според спецификата на суицидните планове и степента на суицидно намерение (субективното очакване и желание себедеструктивният акт да завърши със смърт) (Simon, 2006, р. 32). Цитираното определение на П. О'Керъл и колеги е резултат от работата на работна група, спонсорирана от Националния институт за психично здраве на САЩ, с цел да се дефинират основните параметри на суицидните нагласи и поведение (и да се преодолее проблема с т. нар. „Вавилонска кула на суицидологията“).

предлага нова дефиниция на суицидната идеация, оставя възможност за по-широко тълкуване, като различава идеация със суицидно намерение от тази без суицидно намерение и с неопределено суицидно намерение; всяка от посочените категории на свой ред се разделя в пет типа: инцидентна, преходна, упорита, активна и пасивна (цит. по Wagner, 2009).

Експертите по суицидология описват суицидната идеация, суицидното намерение, суицидният опит (парасуицид) и извършен суицид при юношите като част от йерархичен континуум от суицидни когнитии и поведение (Silverman & Maris, 1995). Затова идеацията се разглежда като важна предпоставка (маркер/рисков фактор) за по-сериозни суицидни проблеми, но трябва да се има предвид, че малък процент от юношите, мислили за самоубийство, наистина извършват суициден опит, като вероятността за това се увеличава с нарастване на честотата и интензивността на идеацията (Overholser & Spirito, 2003).

Суицидната идеация може да включва мисли за причините да се умре, за планиране на самия опит, за отчитане наличността на възможните средства, включително и нагласи за приемане на суицидните мисли, като рискът за извършване на суициден опит е по-висок при наличие на широк спектър от суицидни когнитии и вербализации (идеация, планове, заплахи); предполага се също така, че суицидната идеация тясно се асоциира с безнадеждността като когнитивен фактор, увеличаващ суицидния риск (Beck & Steer, 1993; цит. по Overholser & Spirito, 2003).

Тъй като идеацията е ключов рисков фактор за прехода към суициден план (и впоследствие – към суициден опит), вероятността тя да премине директно в непланиран суициден опит е значително по-ниска (Simon, 2006). Подобен извод се потвърждава от две големи изследвания в юношеска възраст, според които наистина има случаи, в които опитите за самоубийство се предшестваха и от малка или от ограничена суицидна идеация, но относителният дял на тази група не е голям: съответно 13 и 18% от учениците, заявили за суициден опит, не споделят за суицидна идеация по същото време. Също така оценката на суицидната идеация, с помощта на един от най-популярните инструменти (Suicide Ideation Questionnaire на У. Рейнолдс), показва широк диапазон преди извършване на опита за самоубийство – от 33-ия до 99-ия персентил. Това показва, че част от суицидните опити са по-скоро импулсивни или алтернативни – юношите не са склонни да споделят за суицидни мисли поради срам, разкаяние или опасение да не бъдат хоспитализирани (вж. Overholser & Spirito, 2003). Различаването на импулсивните от планираните суицидни опити е важно с оглед на интервенцията, която може да се фокусира върху контрола на импулсите или върху депресията и отчаянието (пак там). От значение е също така, че въпреки частичното припокриване между суицидната идеация и суицидният опит, както и съществената прогностична роля на идеацията по отношение на бъдещ суициден опит, диагностичните профили на лицата с идеация и със суициден опит отчасти се различават, в частност злоупотребата/зависимостта от психоактив-

ни вещества се асоциира по-силно със суициден опит, отколкото със суицидна идеация (Gould et al., 2003).

Налице е консенсус сред специалистите, че суицидната идеация е важна предпоставка (рисков фактор) за по-сериозни проблеми, но малка част от юношите, които са мислили за самоубийство, наистина правят опит да посегнат на живота си, а от друга страна – при (малка) част от извършилите суициден опит не може да бъде идентифицирана интензивна/честа предшестваща суицидна идеация. Подобни заключения са важни, когато се оценява значението на суицидната идеация, включително и данните, получени в рамките на масови, скринингови изследвания в юношеска възраст

Задача на настоящото изследване е конструиране и апробация на кратка скала за суицидна идеация в юношеска възраст. Използването на подобен тип инструменти със скринингов характер е добре позната практика: вж. например Garrison et al. (1991); Lewinsohn et al. (1996); Joiner et al. (2002) и др., макар не всички въпроси в тях да изпълняват изходното определение (Goldston, 2003, вж. там и обзор на получени резултати: р. 123–127). Като скрининг се използват и отделни въпроси: най-често това са „суицидният“ въпрос от скалата за депресия на А. Бек (BDI) и този от скалата за депресия на М. Ковач (CDI), разработена като детски вариант на BDI (напр. Allison et al., 2000; Carter et al., 2008; за обзор вж. Goldston, 2003).

МЕТОД

Изследвани лица. Данните са получени върху 604 ученици от 8.–11. клас, 208 момчета, 391 момичета и 5 непосочили, от две столични училища³ (пълни протоколи за всички изследвани променливи – вж. по-долу, са налице за 585 ученици).

Инструментарий. За целите на изследването са използвани следните скали:

I. Скала за суицидна идеация. На базата на наличните инструменти и в съответствие с базовото определение са формулирани три айтема:

- а) Напоследък ми минава мисълта да посегна на живота си;
- б) Обземат ме мисли за самоубийство, от които не мога да се отърва;
- в) Бих сложил край на живота си, ако можех да го направя бързо и безболезнено.

Първият от тях задава времева рамка за проявата на суицидни мисли, т.е. оценява актуалния към момента характер на феномена, а не изобщо наличието (вкл. в ретроспективен план) на такива мисли. Вторият айтем оценява натрапливия характер (проблеми с контрола) на мислите и от тази гледна точка – потенциално по-високо равнище на риск (Martis, 1997). Третият айтем описва условно

³ 369 от протоколите са получени от автора, а 253 – от К. Занкова, училищен психолог.

декларирана готовност за суицидно поведение. Отговорите се дават с помощта на 4-степенна скала за съгласие – от Напълно вярно (4) до Изцяло невярно (1).

II. Скала за субективно благополучие и взаимоотношения в юношеска възраст (ССБВО, Калчев, 2010, под печат). ССБВО е кратък самоописателен въпросник, конструиран върху голям брой лица (за различните компоненти – от порядъка над 3000–4400 човека) във възрастовия диапазон 5.–11. клас и е предназначен за оценка на следните проблеми:

1. Субективно благополучие – чрез три параметъра: самооценка, положителна нагласа към живота и (отсъствие) на депресивно настроение:

а) самооценка: обща удовлетвореност от себе си, себеприемане, самоуважение и чувство за собствена ценност; заедно с това – увереност и чувство за справяне/компетентност (скалата се формира от 5 айтема с равнище на вътрешна съгласуваност α на Кронбах в настоящото изследване от 0,77). Примерни айтеми: „Доволен съм от това, което съм“, „Захвана ли се с нещо, го правя по най-добрия начин.“

б) положителна нагласа към живота: обща положителна нагласа към живота и удовлетвореност от личното битие; също: оптимизъм, позитивни очаквания за бъдещето и убеждението, че животът се развива в правилна посока) (5 айтема, $\alpha = 0,74$). Например: „Животът ми се развива в правилна посока“, „Радвам се на живота повече, отколкото другите хора.“

в) депресивно настроение: преживяване на тъга, дефицит на положителни емоции (анхедония), социално отдръпване, чувство за самота, алиенация и загуба на интерес, себеобезценяващи нагласи, чувство за безсмисленост на живота (8 айтема, 5 айтема, $\alpha = 0,83$). Примерни айтеми: „Често изпадам в тъжно настроение“, „Нищо не ми доставя истинска радост.“

Въз основа на трите посочени компонента се формира общ показател за субективно благополучие, в който депресивното настроение се включва с обратен знак.

2. Взаимоотношенията с родителите се анализират от гледна точка на качеството на афективната връзка – психична близост, дефинирана чрез лесна комуникация, разбиране, споделяне и доверие, възприемана загриженост и интерес от страна на родителите, също липса на конфликти и моделиране (родителската роля като модел за детето) (8 айтема, в настоящото изследване $\alpha = 0,84$). Примерни айтеми: „С моите родители е лесно да се говори по всички въпроси“, „Понякога вкъщи се чувствам като чужд човек (-).“

3. Взаимоотношенията с връстниците се оценяват по три параметъра:

а) приемане от връстниците: степен на харесване и приемане на детето като желан социален партньор; включеност в социалната мрежа на връстниците, чувство за принадлежност към група/широк приятелски кръг, както и очаквана подкрепа в случай на нужда (7 айтема, $\alpha = 0,80$). Примерни айтеми: „В училище имам постоянна компания, в която се движа“, „Повечето от съучениците ми в класа ме харесват и биха искали да са мои приятели.“

б) проблеми/неблагополучия в отношенията с връстниците: негативен опит от отношенията в класа: дразнене, обиди, подигравки, „шеги“, също активно нехаресване от съучениците (4 айтема, $\alpha = 0,73$). Например: „Някои хора в училище обичат да ме дразнят и да ми се подиграват“, „В класа за мене се говорят неща, които ме засягат и ме обиждат.“ В съответствие с предварителните очаквания Проблеми в отношенията с връстниците корелира отрицателно, но умерено с Приемане на връстниците, т.е. няма основание двата параметъра да се разглеждат като полюси на обща дименсия (Калчев, 2010, под печат).

в) доверителното общуване: близко приятелско общуване, предполагащо по-интензивни и избирателни отношения с един или малък брой връстници, характеризиращи се с по-дълбоко разбиране, доверие, споделяне (3 айтема, $\alpha = 0,84$). Например: „Има човек в класа, с когото сме толкова близки, че се разбираме почти без думи.“

Всички посочени параметри на взаимоотношенията с връстниците – приемане, проблеми и доверително общуване, се изследват в *контекста на класа*, т.е. фокусът на оценката е ограничен в рамките на тази формална група.

Скалата за суицидна идеация е включена във версията на ССБВО за 8.–11. клас, затова за 5.–7. клас общият брой айтеми е 40, в по-горната възрастова група – 43. Отговорите се дават с помощта на 4-степенна Ликъртова скала за съгласие, от Напълно вярно (4) до Изцяло невярно (1), а попълването на целия инструмент отнема средно 10 минути.

III. Скалата за депресия на Л. Радлоф (The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale, CES-D, Radloff, 1977) е един от най-популярните самоописателни методи за оценка на депресията, с акцент върху афективния компонент – депресивното настроение. CES-D съдържа 20 айтема, на които се отговаря с помощта на 4-степенен формат. Българският превод е направен съвместно с К. Ханчева (две независими версии), след което формулировките на айтемите са обсъждани допълнително. Данните за факторната структура, от конфирматорния анализ, на един междинен етап (1522 ученици от 6.–12. клас – вж. Калчев, 2007, с. 98–101) свидетелстват за близки индекси на съответствие на 2- и 3-факторния модел. Анализът на събраните по-късно протоколи (до 2010 г. – общо 2482 ученици от 6.–12. клас, непубликувани данни) показва наличието на един голям първи фактор, но и възможност за извличане на 4-факторно решение. Проблемът за структурата на българския вариант на CES-D обаче е извън предмета на това изложение, което по-долу ще се ограничи само с използване на общия показател. Вътрешната съгласуваност на CES-D (α на Кронбах) в настоящото изследване е 0,88.

IV. Скалата за безнадеждност на А. Бек (Beck Hopelessness Scale [BHS], Beck et al., 1974) оценява негативните очаквания за себе си и бъдещето (20 айтема, с дихотомен формат на отговори). Лонгитюдните изследвания потвърждават възможностите на BHS за прогнозиране на суицидните нагласи и поведе-

ние (въпреки неизбежно големия процент на фалшиви позитивни заключения) (за обзор вж. Katz et al., 1999; Goldston, 2003). Подкрепа намира и хипотезата, формулирана още в ранните изследвания (Beck et al., 1974), че връзката на безнадеждността и суицида е по-силна от тази с клиничната депресия (и съответно корелацията в последния случай съществено отслабва, ако се изолира ефектът на безнадеждността)⁴.

Българският превод на BHS е подготвен съвместно с К. Ханчева: два независими варианта, обсъдени впоследствие до постигане на съгласие. На този етап (2010 г.) са налице 883 (пълни) протокола: 830 ученици (8.–12. клас) и 53 студенти, с преобладаващо участие на момичетата – 575, 303 момчета и 5 непосочили). Експлораторният факторен анализ потвърждава наличието на голям, доминиращ първи фактор, но и възможност за извличане до 4 фактора (непубликувани резултати). Обсъждането на структурата на BHS също излиза извън предмета на изложението, като резултатите се ограничават с използването на общия показател от 20 айтема. Надеждността на BHS в извадката от настоящото изследване е $\alpha = 0,83$.

V. Скалата за депресия на А. Бек (The Beck Depression Inventory – BDI, Beck et al., 1961) е предназначена за оценка на актуалната тежест на депресивните преживявания и включва 21 айтема с 4-степенен формат на отговори. За целите на изследването е използвана българската адаптация на BDI на Ж. Балеv (1994). Данните за BDI са върху част от изследваните лица ($N = 253$), с $\alpha = 0,85$ (за кратко сравнение между двете скали за депресия – CES-D и BDI, вж. Калчев, 2010, под печат, пета глава, §5.5.).

Процедура. Изследването се провежда групово и анонимно в рамките на един учебен час, като по желание всеки ученик вписва върху протокола код или праякор, с който след това може да получи информация за личния си резултат.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Трите айтема от скалата за суицидна идеация – за наличие на суицидни мисли, контрол върху тези мисли и условно декларирана готовност за суицидно поведение, теоретично отразяват различни равнища на „суицидност“ (вж. Marris, 1997). От тази гледна точка е важно очакваните различия в отговорите да бъдат потвърдени емпирично, в частност и на базата на честотно разпределение. „Най-меката“ формулировка – „Напоследък ми минава ми-

⁴ Голям брой изследвания показват, че безнадеждността едновременно съпътства депресията и прогнозира суицидната идеация и поведение. Като съвкупност от негативни очаквания за бъдещето тя е свързана с личната ефикасност и възприеманата компетентност за справяне с проблемите и изглежда се засилва през периоди на емоционален дистрес (напр. депресия). Като личностна черта обаче тя може да се прояви като хронично чувство на песимизъм и безнадеждност (вж. Reinecke & Franklin-Scott, 2005).

сълта да посегна на живота си“ (първият айтем от скалата), дефинира времева рамка на оценка, т.е. хипотетично отразява актуалния характер на суицидните мисли. Подобен вариант би могъл да се сравни например с използвания в Индиректната скала за употреба на психоактивни вещества (Калчев, 2008) вариант, при който наличието на суицидни мисли се оценява в ретроспективен план, без изискване за наличието им в настоящето – „Мислил съм за самоубийство.“⁵ Затова в този случай има основание да се очаква по-висок процент на съгласие.

Таблица 1. Честотно разпределение на два въпроса за суицидна идеация:

(1) „Мислил съм за самоубийство“ и (2) „Напоследък ми минава мисълта да посегна на живота си.“

	Изцяло невярно	По-скоро невярно	По-скоро вярно	Напълно вярно
Мислил съм за самоубийство. (N = 1772, Калчев, 2008)	67,4	13,6	12,1	9,7
Напоследък ми минава мисълта да посегна на живота си. (N = 604)	85,6	7,8	3,5	3,1

Резултатите на табл. 1. потвърждават изходното предположение – в първия случай 67,4% от юношите категорично са отrekli наличието на суицидни мисли, а 21,8% (12,1% + 9,7%) са заявили в някаква степен съгласие с наличието на такива мисли (без оглед на времето – ретроспективно или в настоящия момент); за сравнение при втория въпрос категорично са отrekli суицидни мисли в настоящето 85,6% от юношите, а наличие са декларирали 6,6% (3,5% + 3,1%) (разликата се запазва и при по-силната степен на съгласие *Напълно вярно*).

На следващия етап интерес представлява сравнението на отговорите по първите два айтема от суицидната скала: „Напоследък ми минава мисълта да посегна на живота си.“ и „Обземат ме мисли за самоубийство, от които не мога да се отърва.“ Тъй като те отразяват: а) *наличието* и б) *контрола* (натрапливия характер) на суицидните мисли, трябва да се очаква, че само част от лицата, отговорили положително на първия въпрос, ще изразят съгласие и с втория (т.е. в някои от случаите суицидните мисли могат да придобият натраплив характер). За проверка на това предположение е анализирано кръстосаното разпределение на двата въпроса, при редуциране на 4-те варианта на отговор до две категории „Съгласие“ (Напълно вярно + По-скоро вярно) и „Несъгласие“ (Изцяло невярно + По-скоро невярно) (вж. табл. 2.).

⁵ Данните са от нормативната извадка на Индиректната скала за употреба на психоактивни вещества – 1772 ученици от 9.–12. клас, т.е. налице е в значителна степен припокриване на възрастовия диапазон в двете изследвания.

Таблица 2. Кръстосано разпределение на два от въпросите от скалата за суицидна идеация: (1) „Напоследък ми минава мисълта да посетна на живота си.“ и (2) „Обземат ме мисли за самоубийство, от които не мога да се отърва.“ (N = 604)

		(2) Обземат ме мисли за самоубийство, от които не мога да се отърва.		
		Несъгласие	Съгласие	Σ
(1) Напоследък ми минава мисълта да посетна на живота си.	Несъгласие	562	2	564
		99,6 %	0,4 %	100,0 %
		96,7 %	8,7%	93,4 %
		93,0 %	0,3%	93,4 %
	Съгласие	19	21	40
		47,5 %	52,5 %	100,0 %
		3,3 %	91,3 %	6,6 %
		3,1 %	3,5 %	6,6 %
	Σ	581	23	604
		96,2 %	3,8 %	100,0 %
100,0 %		100,0 %	100,0 %	
	96,2 %	3,8 %	100,0 %	

Забележки: а) „Несъгласие“ обединява отговорите *Изцяло невярно* и *По-скоро невярно*, а „Съгласие“ – *По-скоро вярно* и *Напълно вярно*;

б) на втория ред във всяка от клетките (под броя на лицата) е посочен процентът по колони, на третия – по редове, а на четвъртия – по отношение на общия брой лица.

Резултатите на табл. 2 потвърждават положителната връзка между двата въпроса, като същевременно показват, че само в два случая (0,3% от извадката) е налице съдържателно неправдоподобно съотношение на отговорите (съгласие по втория и несъгласие по първия въпрос). От друга страна, 52,5% от лицата със суицидни мисли са заявили за натраплив характер/проблем с контрола върху тези мисли. Като следствие вторият въпрос е „по-труден“: 2,1% са отговорили с *По-скоро вярно* и 1,7% – с *Напълно вярно* (общо 3,8% съгласие), което формално потвърждава очакването за натрапливия характер на суицидните мисли като по-строг критерий за оценка. Честотното разпределение на третия въпрос от суицидната скала („Бих сложил край на живота си, ако можех да го направя бързо и безболезнено.“): *Изцяло невярно* – 87,3%, *По-скоро невярно* – 7,4%, *По-скоро вярно* – 2,5% и *Напълно вярно* – 2,8%, обаче не съответства на прогнозата за „най-труден“ въпрос. На практика той заема „междинна“ позиция според честотното разпределение между наличието на суицидни мисли и натрапливия им характер. Това вероятно се дължи на подчертано условния характер на формулировката. И третият въпрос обаче корелира силно с останалите два и като следствие скалата за суицидна идеация се характеризира с високо равнище на вътрешна съгласуваност (α на Кронбах 0,90) – резултат, съпоставим с данните за други кратки скрининги от този тип – Garrison et al. (1991); Lewinsohn et al. (1996); Joiner et al. (2002); Chabrol et al. (2007). Дескриптивните характеристики на *Суицидна идеация* ($X = 3,62$ и $SD = 1,66$) и честотното разпределение на

общия бал (табл. 3) свидетелстват за подчертана асиметрия, типична за подобен тип инструменти с оглед на оценяваното съдържание⁶.

Таблица 3. Честотно разпределение на скалата за суицидна идеация ($N = 604$)

Суров бал	Брой лица	%	Кумулативен %
3	494	81,8	81,8
4	29	4,8	86,6
5	20	3,3	89,9
6	23	3,8	93,7
7	10	1,7	95,4
8	6	1,0	96,4
9	5	,8	97,2
10	7	1,2	98,3
11	4	,7	99,0
12	6	1,0	100,0

Корелации на суицидна идеация с „външни“ променливи. На следващия етап са анализирани единичните връзки (r на Пирсън) на общия бал за суицидна идеация с компонентите на *Скалата за субективно благополучие и взаимоотношения* (ССБВО), както и с други мерки за депресия и безнадеждност (вж. табл. 4.).

Таблица 4. Корелации (r на Пирсън) на суицидна идеация с компонентите на скалата за субективно благополучие и взаимоотношения (ССБВО) и скалите за депресия на Л. Радлоф (CESD) и А. Бек (BDI) и скалата за безнадеждност на А. Бек (BHS) ($N = 585$ ученици от 8.–11. клас)

СКАЛИ	Суицидна идеация
Депресивно настроение	0,61
Самооценка	-0,41
Положителна нагласа към живота	-0,40
Близост с родителите	-0,39
Приемане от връстниците	-0,24
Проблеми в отношенията с връстниците	0,26
Доверително общуване с връстниците	-0,04
Безнадеждност (BHS)	0,51
Депресия (CES-D)	0,61
Депресия (BDI)*	0,50
Депресия (BDI), без айтем 9 (суицид)*	0,47

Забележка: данните за BDI са върху част от извадката ($N = 238$), в която корелацията на CES-D със суицидна идеация е по-слаба (вж. по-долу таблица 5.).

⁶ Тъй като данните са само от две големи столични училища, беше сравнен общия бал по скалата в двете групи: $X = 3,71$; $SD = 1,80$ и $X = 3,49$; $SD = 1,44$. Анализът (на база t-критерий за независими извадки) показва тенденция за по-висок резултат в едно от училищата (при $p < 0,10$).

Значимите връзки на табл. 4 са очаквани – редица изследвания (и обзори) свидетелстват за важната роля на отношенията с родителите, връстниците, Аз-образа и себеобезценяващите нагласи, депресията и безнадеждността за развитие на суицидни идеация, нагласи и поведение: Димитров (2007); Ванев (2010); Spirito & Overholser (2003); King & Apter (2003); Sofronoff et al. (2005); Ash (2006); Wagner (2009). Например според данни за потърсена помощ по гореща телефонна линия юношите, обмисляли самоубийство, най-често заявяват за проблеми в семейството (близо 45%) и проблеми с връстниците или самочувствието (близо 35%) (цит. по Feldman, 2009, р. 418). Показателно е също така, че груповата терапия с юноши, направили суициден опит, по правило включва модули за проблеми в семейството, проблеми в училище и взаимоотношенията с връстниците, депресия и себепораняване, очаквания за бъдещето (заедно с управление на гнева и др.) (Trainor, 2004). Отчасти непрогнозирана е незначимата връзка с близкото доверително общуване с връстниците (при наличието на значими корелации с приемането и проблемите в тази социална мрежа), което би могло да се обясни с начина на формулиране и „персонифицирания“ характер на айтемите от скалата. Значимите връзки на суицидната идеация с депресията и безнадеждността също стабилно се възпроизвеждат, макар в някои случаи очакванията (и резултатите) да свидетелстват за по-силна корелация с безнадеждността, в сравнение с депресията (вж. по-горе). Според настоящите резултати, в сравнение с безнадеждността, депресията се асоциира по-силно или на едно и също равнище със суицидната идеация (според използвания инструмент за оценка). Обяснението би могло да се потърси и в спецификата на оценяваното съдържание – суицидна идеация, и в изследваните лица (от масова, неклинична извадка).

Интерес представлява и силата на корелацията в настоящото изследване на суицидната идеация с депресията и в частност със скалата на Л. Радлоф (CES-D). Тя, както беше посочено, не включва „суицидни“ айтеми, но са налице два скрининга от по 3 и 4 айтема, конструирани за съвместно използване с CES-D: а) Garrison et al. (1991); Chabrol et al. (2007) и б) Lewinsohn et al. (1996) (вж. Goldston, 2003, вкл. за критичен анализ на съдържанието на айтемите). В достъпната база от данни е открита корелация на скрининга на П. Луинсън и съавтори с CES-D от $r = 0,70$ (в голяма извадка от ученици 9.–12. клас – цит. по Goldston, 2003), по-силна от получената в настоящото изследване (0,61, вж. табл. 4). От друга страна, в работата си Т. Джойнър и колеги, на базата и на предишни изследвания, прогнозираят корелация между суицидността и депресивните симптоми от порядъка на 0,60. Това очакване се потвърждава и от получените резултати в голяма извадка от юноши и младежи, с помощта на 4-айтемен скрининг за наличие на суицидни мисли, контрол върху тях, планове и импулси за самоубийство – корелацията с CES-D е точно $r = 0,60$ (Joiner et al., 2002). Обзорът на Ш. Джин и Д. Жанг

на връзките между депресията със суицидната идеация в 9 изследвания, в три от които се оценява корелацията, показва стойности на r от 0,63, 0,63 и 0,42 (останалите се отнасят до множествени регресионни коефициенти) (Jin & Zhang, 1998). Подобни данни съответстват и на получените в сегашното изследване.

Внимание заслужава и сравнението на връзките на скалите за депресия и безнадеждност със *Суицидна идеация* и „суицидният“ айтем № 9 от скалата за депресия на Бек (BDI)⁷. В табл. 5 са сумирани резултатите, получени върху част от извадката от втория етап ($N = 238$) (При корелацията с BDI, за да се избегне изкуственото завишаване на стойността, тя е изчислена след отстраняване на айтем № 9).

Таблица 5. Корелации (r на Пирсън) на Суицидна идеация от ССБВО и айтем 9 от BDI (суицид) с депресивно настроение, със скалите за депресия на Л. Радлоф (CES-D) и на А. Бек (BDI) и скалата за безнадеждност на А. Бек (BHS) ($N = 238$)

Скали	Суицидна идеация	Айтем 9 от BDI (суицид)
Депресивно настроение	0,60	0,47
Депресия (CES-D)	0,50	0,47
Безнадеждност (BHS)	0,49	0,38
Депресия (BDI), без айтем 9 (суицид)	0,47	0,45

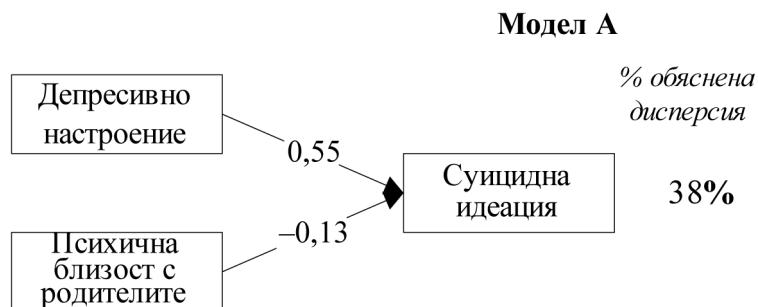
Получените резултати показват сходни корелации на CES-D и на BDI с двата „суицидни“ показателя, но *Депресивно настроение* и *Безнадеждност* корелират по-силно със *Суицидна идеация*. От друга страна, корелацията (r на Пирсън) на Суицидна идеация с айтем 9 от BDI е $r = 0,60$ – стойност, която по-скоро е под очакваната, но е повлияна от подчертано асиметричното разпределение и на двата показателя и допускането на интервален характер на скалата за отговори. Затова, ако вместо линейна, се изчисли полихоричната корелация (в съответствие с предположение за ранговия характер на оценяваните променливи), стойността на връзката съществено се повишава: 0,80 (изчислена чрез LISREL 8.72 [Jöreskog et al., 2001])⁸.

⁷ Използването на отделен айтем в качеството на скрининг за суицидна идеация, както беше посочено, не е рядко срещана практика, включително и при изследвания с юноши (напр. Allison et al., 2000; Carter et al., 2008). За обзор на психометричните характеристики на отделни айтеми, в качеството им на скринингови инструменти вж. Goldston, 2003 (за суицидния айтем от BDI: pp. 94–97).

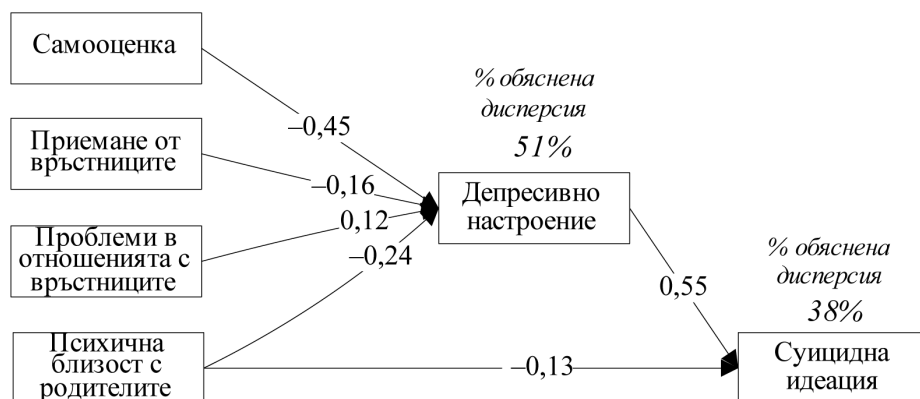
⁸ Полихоричните корелации на суицидния айтем от BDI с трите айтема, формиращи Суицидна идеация (от ССБВО) са с много близки стойности (в интервала 0,78–0,70), т.е. специфичното им съдържание не се разграничава от „външния“ критерий (айтема от BDI).

Връзката между двата суицидни показателя би могла да се илюстрира и на категориялно равнище. Приема се, че стойности 2 и 3 по суицидния айтем от BDI са основание за допълнително проучване с оглед на потенциален суициден риск (Goldston, 2003). При този критерий четирима от изследваните лица в настоящата извадка попадат в „рисковата“ група със значимо по-висок бал по *Суицидна идеация*: за „рисковата“ група $X = 9,75$; $SD = 1,26$, за останалите: $X = 3,38$; $SD = 1,26$ ($p < 0,001$). Също така, ако балът по *Суицидна идеация* се категоризира по два възможни критерия (вж. по-долу): „по-мек“ $X \geq 7$, и „по-строг“ $X \geq 10$, в първият случай и четирите лица от „рисковата“ група според айтем № 9 от BDI попадат в „рисковата“ група според бала по *Суицидна идеация*, а във втория – три от тях се оказват в „риск“ (и в двата случая обаче има, лица, които са „рискови“ според *Суицидна идеация*, но са с бал < 2 по суицидния айтем на BDI). Накратко, посочените резултати потвърждават връзката между двата „суицидни“ показателя, но балът по *Суицидна идеация* корелира по-силно с *Депресивно настроение* от ССБВО и с безнадеждност.

Структурни модели. Резултатите на табл. 4, 5 отразяват единичните корелации на суицидна идеация, без да отчитат връзките между останалите променливи. Затова, за да се оценят „прогностичните“ възможности на „външните“ променливи по отношение на суицидната идеация, на следващия етап те са включени в общ модел, в качеството им на независими, „предвиждащи“ суицидната идеация. Данните са анализирани на равнище наблюдавани променливи, с помощта на LISREL 8.72. (Jöreskog et al., 2001) в няколко варианта: а) с въвеждане само на скалите от ССБВО (модел А); б) с въвеждане само на скалите от ССБВО и дефиниране на *Депресивно настроение* като променлива–медиатор, „пренасяща“ ефекта на останалите предиктори върху суицидната идеация (модел Б) в) разширяване на модел Б с въвеждането на скалата за безнадеждност (BHS) като втори медиатор (модел В); в) със замяна на в Модел В на *Депресивно настроение* със скалата за депресия на Л. Радлоф (CES-D) (модел Г). Стандартизирани структурни (path) коефициенти на модели А и Б, след отстраняване на всички незначими пътеки, са представени на фиг. 1.



Модел Б



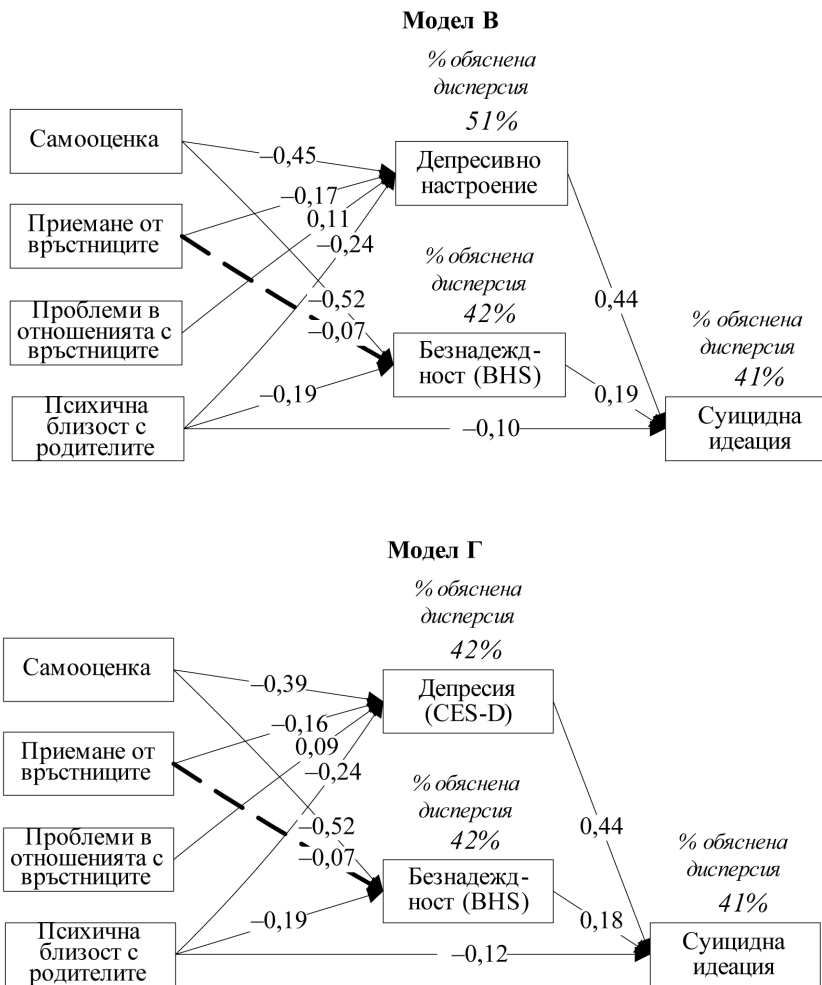
Фиг. 1. Два модела за ефектите на скалите от ССБВО върху суицидна идеация: без (модел А) и с медиаторна роля на депресивно настроение (модел Б) (стандартизирано решение, $N = 585$).

Оценката на модел А показва, че след отчитане на връзките между компонентите на ССБВО са налице само два значими предиктора: *Депресивно настроение* и *Близост с родителите* (с отрицателен знак), със значително по-силен ефект на депресивното настроение. Заедно двете променливи обясняват големия процент (38%) от дисперсията на Суицидна идеация. На следващия етап в модела са добавени ефектите на останалите компоненти върху депресивно настроение, с цел да се идентифицира тяхното индиректно влияние върху суицидната идеация (директните ефекти, в рамките на регресионното уравнение са незначими – вж. модел А). Съответно в модел Б *Депресивно настроение* се разглежда като променлива–медиатор. Оценката на модела потвърждава индиректното влияние на самооценката и взаимоотношенията с родителите и връстниците – себеобезценяването и проблемите в двете социални мрежи повишават депресивното настроение (като обясняват значителна част от дисперсията – 51%), което на свой ред засилва суицидната идеация. Резултатите също така показват най-силен стандартизиран индиректен ефект на самооценката: $-0,25^9$, но само *Близост с родителите* (с отрицателен знак – отчуждение от родителите) е както с индиректен, така и с директен ефект (независим от депресивното настроение) върху суицидната идеация)¹⁰.

⁹ Стандартизираният индиректен ефект се изчислява като произведение на двата директни ефекта. Например за Самооценка → Депресивно настроение → Суицидна идеация: $-0,45 \times 0,55 = -0,25$.

¹⁰ Доверително общуване е с незначими ефекти и върху Депресивно настроение и върху Суицидна идеация и поради тази причина не е представено в модела. За сравнение Позитивна нагласа към живота е със значим ефект върху депресивното настроение и оттук – с индиректно влияние върху суицидната идеация. Включването на Позитивна нагласа към живота би повишило „обяснителните“ възможности по отношение на депресията, но връзката между Позитивна нагласа към живота и Депресивно настроение в теоретичен план по-трудно може да се обоснове като „каузална“ – по-скоро те трябва да се разглеждат като конструктори от един порядък. Поради тази причина позитивната нагласа към живота не е включена в оценката на модела.

На следващия етап моделът с компонентите на ССБВО е разширен с включването на Безнадеждност, като втора медиаторна променлива (заедно с Депресивно настроение) (модел В на фиг. 2).



Забележка: - - - - $p < 0,05$; ——— $p < 0,01$

Фиг. 2 Ефекти върху суицидна идеация с медиаторна роля на депресивно настроение и безнадеждност (модел В) и с медиаторна роля на скалата за депресия (CES-D) и безнадеждност (стандартизирано решение, $N = 585$).

Оценката на модел В показва значим ефект на *Безнадеждност*, без това да подобрява съществено възможностите за обяснение на суицидната идеация (+3%, спрямо модели А и Б), тъй като се понижават ефектите на останалите

два предиктора (*Депресивно настроение* и *Близост с родителите*)¹¹. Ефектите върху *Безнадеждност* обаче са значими (с доминираща роля на Самооценка) – общо 42% обяснена дисперсия, а отгук и индиректното влияние върху суицидната идеация. Накратко разширяването на модела води до идентифициране на два значими медиатора – *Депресивно настроение* и *Безнадеждност*, опосредстващи влиянието на негативните нагласи към себе си, отчуждението от родителите и проблемите с връстниците върху суицидната идеация.

Допълнително е тестван още един модел (модел Г), при който *Депресивно настроение* е заменено със скалата за депресия на Радлоф (CES-D). Наистина резултатите показват, че заложените в модела променливи по-слабо обясняват депресията, оценена с CES-D (42 с/у 51%), но структурните взаимоотношения са много сходни. От тази гледна точка резултатите отново свидетелстват, че макар корелацията между двете скали да не е много силна (в рамките на изследването – r на Пирсън е 0,78), те оценяват принципно един и същ конструктор.

В заключение трябва да се посочи, че употребата на термини като „ефект“, „влияние“ и др. при данни от корелационен тип е условна и затова „каузалните“ ефекти, представени на фиг. 1, 2 не могат да бъдат емпирично защитени. В теоретичен план обаче са възможни предположения относно посоките на влияние. Например допускането, че разстроените отношения/отчуждението от родителите са рисков фактор за суицидната идеация не само поради директния си ефект, но и поради индиректното си влияние – чрез засилване на депресията и чувството за безнадеждност, които на свой ред повишават риска от суицидни мисли. Подобно предположение като един от *възможните* начини за описание на структурните отношения между оценяваните променливи е представено в оценяваните модели.

„Прагова“ стойност на общия бал за суицидна идеация. При използването на скринингови методи, в частност за суицидни мисли/нагласи, принципно важен е проблемът за дефиниране на „прагова“ стойност – „критична“ точка, преминаването на която е основание за последващо, по-детайлно, индивидуално проучване. Например, както беше посочено, при суицидния айтем на BDI като граница се приемат отговори от ≥ 2 (вж. Goldston, 2003).

В посочения по-горе 4-айтемен скрининг на П. Луинсън и съавтори (Lewinsohn et al., 1996 [цит. по Goldston, 2003]) е използван 4-степенен формат за отговори относно честотата на преживяванията през последната седмица (от 0 до 3). Проследяването в рамките на една година показва, че при прагова стойност от 5 точки скринингът е с 0,81 сензитивност, 0,81 – специфичност, 0,07 – положителна прогностична стойност, и 1,00 – отрицателна прогностична стойност (цит. по Goldston, 2003). От тази гледна точка при положи-

¹¹ Пособен резултат не трябва да поставя под съмнение използването на скалата за безнадеждност, включително и за практически цели, а означава само, че в конкретната извадка тя не подобряват съществено възможностите за „обяснение“ на суицидната идеация (по начина, по който тя се операционализира в изследването).

телен скрининг вероятността лицето да направи суициден опит в рамките на годината е 7%, а при отрицателен – вероятността да не направи такъв – 100%. Подобни резултати илюстрират не само трудностите в прогнозирането на изключително сложния като детерминация опит за самоубийство, но и неизбежно ниското равнище на положителна прогностична сила, поради ниската честота на оценявания проблем (дори и при висока сензитивност и специфичност, скринингът ще се характеризира с ниска положителна прогностична сила, тъй като тя е повлияна от честотата, с която се среща целевата група). Освен това в конкретния случай скринингът трябва да се характеризира с високо равнище на сензитивност (за да не бъдат пропуснати лица от рисковата група), което е за сметка на по-ниската специфичност и също повишава броя на фалшиви положителни заключения (лицата, които неправилно са определени като рискови). Например в едно от най-масовите проучвания с 4800 психиатрични пациенти А. Покорни успява да предвиди 15 от 67 случая на суицид, но заедно с 279 фалшиви положителни диагнози (цит. по Maris, 1997).

На този етап скалата за суицидна идеация не е валидизирана на базата на независим външен критерий, макар да са налице данни за редица, съдържателно свързани с нея променливи (депресия, безнадеждност, отчуждение от родителите и др.). Затова въпросът за критичната точка може да се обсъжда в общ план, но не и да бъде емпирично аргументиран. Освен това трябва да се има предвид, че данните са върху относително малка извадка, при това само от две столични училища, поради което всяка препоръка на този етап е условна. От гледна точка на степента на изразено съгласие биха могли да се разграничат следните „равнища“ на суицидна идеация (при формат на отговорите от 1 – *По-скоро невярно* до 4 – *Напълно вярно*):

а) минимален бал от 3 точки (81,8% от извадката) – „отсъствие“ на суицидна идеация (в този случай изследваното лице е дало категорични отрицателни отговора и по трите айтема);

б) в интервала 4–6 точки (11,9%) – „слаба“ идеация (за подобен бал изследваното лице трябва не е отрекло категорично поне един от суицидните айтеми);

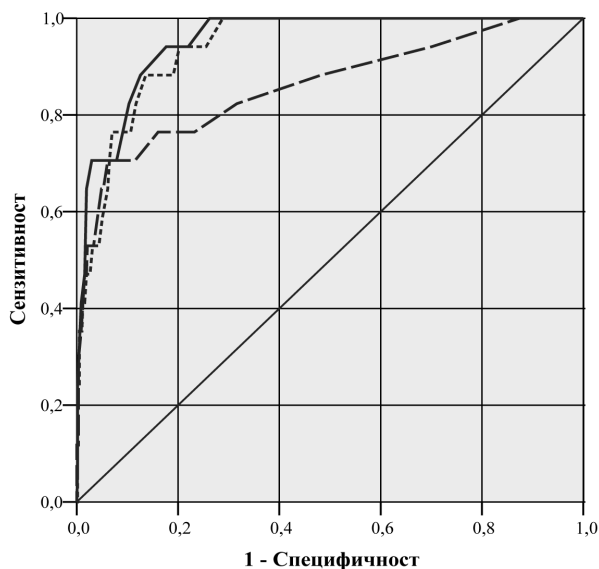
в) в интервала 7–9 точки (3,5%) – „умерена“ идеация (изследваното лице е изразило по-скоро съгласие с поне по един от айтемите);

г) с бал ≥ 10 точки (2,8% от извадката) – „силна“ идеация. Подобен бал означава, че лицето се е съгласило категорично поне с един айтем (*Напълно вярно*), а по останалите два е заявило поне *По-скоро вярно* (данните за лицата с бал от 10 точки показва по-често категорично съгласие по първия въпрос – „Напоследък ми минава мисълта да посегна на живота си.“).

Посочените варианти за категоризиране на общия бал обаче, както беше посочено, са условни, без да са обосновани на базата на външен независим критерий, т.е. на този етап тяхната прогностична валидност не е известна. По-

ради тази причина равнищата са дадени в кавички и не трябва да се смесват с други, известни категории на ранжиране на суицидната идеация¹².

По-долу са представени данни на сравнителните възможности на *Депресивно настроение* от ССБВО, скалата за депресия на Л. Радлоф (CES-D) и за безнадеждност на А. Бек (BHS) „да прогнозира“ принадлежността към екстремалната група на суицидна идеация (със суров бал ≥ 10 точки), в която попадат 17 лица. Поради относително неголемия брой лица (от две столични училища) показателите за сензитивност, специфичност, положителна и отрицателна прогностична сила, както и площта под ROC-кривата имат предварителен характер и се нуждаят от допълнително валидизиране. ROC-кривите на Депресивно настроение, скалата за депресия на Л. Радлоф (CES-D) и скала за безнадеждност на А. Бек (BHS) са представени на фиг. 3.



Забележки:

- — — ROC-крива на депресивно настроение;
- - - - - ROC-крива на скалата за депресия (CES-D);
- · - · - ROC-крива на скалата за безнадеждност (BHS).

Фиг. 3. ROC-криви на Депресивно настроение (от ССБВО), скала за депресия на Л. Радлоф (CES-D) и скала за безнадеждност на А. Бек (BHS) ($N = 585$).

¹² Например в рамките на изследването с клиничното интервю K-SADS (*Schedule for Schizophrenia and Affective Disorders in School Age Children*) се различават 6 равнища на суицидна идеация: слаба (общи мисли за смърт); лека (редки, инцидентно появяващи се мисли за самоубийство, без конкретен метод); умерена (чести мисли за самоубийство с конкретен метод); тежка (чести мисли за самоубийство с подробен, умствено репетиран план или придружени от гласове, подтикващи към самоубийство); много тежка (осъществена подготовка за потенциално сериозен опит за самоубийство); екстремална (опит за самоубийство с категорично намерение да се умре или да се нанесе медицинска вреда) (цит. по Garrison et al., 1991).

Площта под ROC-кривите (като общ показател за ефективността на скрининга) е съответно: за *Депресивно настроение*: 0,953; за CES-D: 0,940 и за BHS: 0,859. Тези резултати, изобразени графично на фиг. 3, илюстрират подобрите възможности на двете скали за депресия (без съществени различия помежду си), в сравнение с безнадеждността, „да прогнозира“ статуса на лицето според суицидната идеация. От гледна точка на съотношението между сензитивност и специфичност при *Депресивно настроение* може да се дефинира „критична“ точка от суров бал ≥ 17 или ≥ 16 (във втория случай се повишава специфичността за сметка на сензитивността); за CES-D съответно „прагови“ стойности могат да бъдат бал ≥ 18 или ≥ 22 (в последния случай промяната на бала от 19 до 21 не променя сензитивността, но повишава специфичността). Резултатите са представени в табл. 6, заедно със съответните Т-оценки и данните за положителната и отрицателната прогностична стойност.

Таблица 6. Специфичност, сензитивност, положителна и отрицателна прогностична стойност на Депресивно настроение и скалата за депресия на Л. Радлоф (CES-D) ($N = 585$)

Скали	Суров бал	Сензитивност	Специфичност	Положителна прогностична стойност	Отрицателна прогностична стойност
Депресивно настроение	≥ 17	0,882	0,874	0,172	0,996
	≥ 16	0,941	0,823	0,137	0,998
CES-D	≥ 22	0,882	0,864	0,158	0,996
	≥ 18	0,941	0,797	0,119	0,998

Резултатите на табл. 6 свидетелстват за високи равнища на сензитивност и специфичност, съпоставими при двете скали за депресия. Например, според избора на „прагова“ стойност, те идентифицират правилно 94,1% или 88,2% от лицата с бал по *Суицидна идеация* ≥ 10 (повишаването на „критичната“ точка понижава сензитивността, но засилва специфичността – вероятността, статусът на лицето, което не попада в тази екстремална група, да бъде правилно определен). Данните също така илюстрират факта, че дори при висока сензитивност и специфичност, поради ниската честота на разпространение на целевата група (в случая – 2,8%) скринингът се характеризира със значително по-ниски равнища на положителна прогностична сила. Според избора на „прагова“ стойност, при положителен резултат от скрининга, вероятността лицето да е с бал ≥ 10 по *Суицидна идеация* е в рамките на 11,9–17,2 %. (за сметка на това при отрицателен скрининг вероятността на отсъствие на такова равнище на суицидна идеация е много висока: 99,6–99,8%¹³). Получените данни за поло-

¹³ „Прогностичните“ възможности на двете скали за депресия и скалата за безнадеждност (BHS) бяха изчислени и върху част от извадката ($N = 238$), за която са налице и данни със скалата за депресия на Бек (BDI). Без да се представят тук данните в детайли, площта под ROC-кривите на 4-те инструмента е съответно: *Депресивно настроение*: 0,979; CES-D: 0,988; BDI: 0,927 и BHS: 0,779.

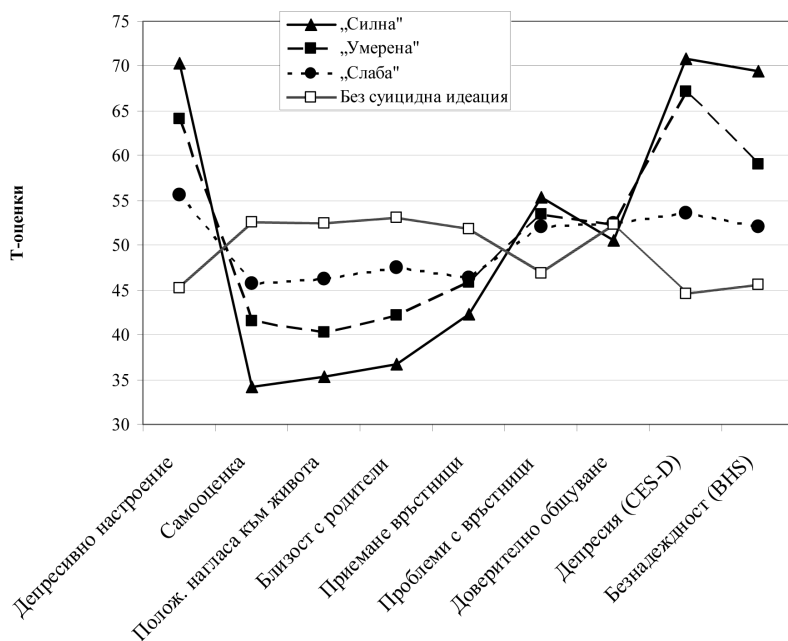
жителнатаа прогностична стойност (в рамките на 11,9–17,2 %) на пръв поглед „не впечатляват“, но ако се има предвид изходната вероятност (2,8%), включването на допълнителна скала за депресия увеличава вероятността за наличие на „силна“ суицидна идеация (според използвания критерий) от 4 до 6 пъти.

В крайна сметка обаче резултатите поставят и въпроса: „Необходимо ли е да се прогнозира равнището на суицидна идеация, чрез „външни“ променливи, когато е възможно проблемът да се проучи директно – чрез задаване на преки въпроси?“. Две са основанията за използвания „индиректен“ подход: а) ако в рамките на даден инструмент отсъстват „суицидни“ въпроси, консултантът трябва да формулира хипотеза за възможни суицидни мисли/нагласи на базата на други показатели; б) въпросите за суицидна идеация, в сравнение например с тези за депресивно настроение, са с радикален, „екстремален“ характер и е твърде вероятно да породят защитни реакции на отричане у изследваното лице, особено в условията на явно изследване. Въпреки значимите корелации, на индивидуално ниво е напълно възможно високите равнища на депресия да не се съпровождат със суицидни мисли/нагласи, но отричането на такива мисли/нагласи може да се дължи на трудността/нежеланието те да бъдат споделени. Затова препоръката е: при високи равнища на депресия (съчетани с отчуждение от родителите, отсъствие на положителна нагласа към живота, себеобезценяващи нагласи, проблеми с връстниците и др. – вж. по-долу) допълнително да бъдат проучени потенциалните суицидни мисли/нагласи, *независимо* от бала по *Суицидна идеация*.

В заключение получените на този етап данни за „прогностичните“ възможности на *Депресивно настроение* от ССБВО са предварителни, но трябва да се имат предвид при по-детайлното проучване на суицидните мисли/нагласи при констатирани високи равнища на депресия. В този контекст полезни са и данните от останалите компоненти от ССБВО, „профилът“ по които при лицата с бал по *Суицидна идеация* ≥ 10 е представен по-долу (фиг. 4.). За целите на анализа в сравнителен план са използвани данните в стандартни Т-оценки (от нормативната извадка на ССБВО – Калчев, 2010, под печат) при четирите равнища на *Суицидна идеация* (вж. по-горе).

Резултатите при 4-те равнища на суицидна идеация са сравнени чрез серия от еднофакторни дисперсионни анализи, с множествени сравнения по Шеффе и Дънкан. Всички стойности на F-критерия са значими при $p < 0,001$, с изключение на Доверително общуване ($p = 0,886$). Резултатите на фиг. 4 илюстрират последователната промяна в оценяваните параметри със засилване на суицидната идеация, като най-добре равнищата се различават по компонентите на субективното благополучие (*Депресивно настроение*, *Самооценка* и *Положителна нагласа към живота*) и *Близост с родителите*, както и при „външните“ променливи: депресия (CES-D) и безнадеждност (BHS) (при CES-D разликата между „силна“ и „умерена“ суицидна идеация не достига статистически значима стойност). От друга страна взаимоотношенията с връстниците имат по-слаби „разграничаващи“ възможности. На-

кратко: получените резултати илюстрират „влошаването“ на показателите на субективното благополучие и взаимоотношенията, в резултат на което крайната група със „силна“ суицидна идеация (с бал ≥ 10) е с най-негативни оценки: високото равнище на депресивно настроение, себепознание, липсата на положителна нагласа към живота и отчуждението от родителите (заедно с високите равнища на депресия (CES-D) и безнадеждност (BHS) – като „външни“ променливи) очертават „профила“ на лицата в нея¹⁴. Затова подобна „конфигурация“ на компонентите на ССБВО изисква допълнително проучване за възможното наличие на суицидни мисли/нагласи, дори, ако в рамките на изследването подобни мисли/нагласи не са споделяни.



Фиг. 4. Средни стойности (в Т-оценки) при четири равнища на суицидна идеация: „силна“, „умерена“, „слаба“ и „без идеация“ ($N = 585$).

¹⁴ Данните за равнището на безнадеждност (BHS) в суров бал, показват дескриптивни характеристики на групата със „силна“ суицидна идеация от $X=11,47$ и $SD= 6,21$. Ако се има предвид, че при прогнозиране на суицидно поведение при възрастни като „критична“ точка („прагова“ стойност) се дефинира суров бал по BHS от ≥ 9 или ≥ 10 (цит. Katz et al., 1999), съответно 70,6% и 64,7% от юношите със „силна“ идеация в настоящото изследване изпълняват това условие. Разбира се, подобни резултати не трябва да се тълкуват директно нито получените в друга възрастова група и културна среда данни да бъдат „пренасяни“ върху български юноши от масова извадка; с необходимите предварителни уговорки обаче те са в подкрепа на конструктивността на скалата за Суицидна идеация от настоящото изследване.

На този етап прогностичната валидност на Суицидна идеация не е емпирично проверена (липсват данни за юноши със суициден опит), като валидността се ограничава до връзки с „външни“ променливи. Получените резултати обаче потвърждават специфичния „профил“ при лицата с по-силна суицидна идеация, като най-контрастни са данните по компонентите на субективното благополучие – депресивно настроение, самооценка и положителна нагласа към живота, заедно с безнадеждност и отчуждение/разстроени отношения с родителите.

ЛИТЕРАТУРА

- Балев, Ж. (1994). Измерване на неклинична депресивност в горна училищна възраст: конфигурационен анализ на алтернативни модели. *Българско списание по психология*, 3, 29–54.
- Ванев, П. (2010). Суицидно поведение и ризициантност в младежка възраст. Автореферат на дисертация за присъждане на образователната и научна степен „доктор“. София: СУ „Св. Климент Охридски“.
- Димитров, И. (2007). Деца и юноши в криза. Опити и самоубийства. С.: Просвета.
- Калчев, П. (2007). Скали за тревожност в детска и юношеска възраст. Част 2. Социална тревожност. София: Изток-Запад.
- Калчев, П. (2008). Индиректна скала за употреба на психоактивни вещества. С.: Изток-Запад.
- Калчев, П. (2010, под печат). Субективно благополучие и взаимоотношения с родителите и връстниците в юношеска възраст. Ръководство за използване на скала за оценка. С.: Изток-Запад.
- Allison, S., L. Roeger, G. Martin & J. Keeves (2001). Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 35, 498–503.
- Ash, P. (2006). Children and adolescents. In: Simon, R., R. Hales (Eds.) *The American psychiatric publishing textbook of suicide assessment and management*. Washington, DC: American Psychiatric Publ., 35–55.
- Beck, A., C. Ward, M. Mendelson, J. Mock, & J. Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beck, A., A. Weissman, D. Lester & L. Trexler, L. (1974b). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861–865.
- Beck, A. & R. Steer (1993). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Carter, R., K. Silverman, A. Allen & L. Ham (2008). Measures matter: The relative contribution of anxiety and depression to suicidal ideation in clinically referred anxious youth using brief versus full length questionnaires. *Depression and Anxiety*, 25, 27–35
- Chabrol, H., R. Rodgers & A. Rousseau (2007). Relations between suicidal ideation and dimensions of depressive symptoms in high-school students. *Journal of Adolescence*, 30, 587–600
- Feldman, R. (2009). *Development across the life span*. New Jersey: Pearson.
- Garrison, C., K. Jackson, C. Addy, R. McKeown & J. Waller (1991). Suicidal behaviors in young adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 133, 1005–1014.
- Goldston, D. (2003). *Measuring suicidal behavior and risk in children and adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gould, M., D. Shaffer & T. Greenberg (2003). The epidemiology of youth suicide. In: R. King & A. Apter (Eds.), *Suicide in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press, 1–40.
- Jin, S. & J. Zhang (1998). The effects of physical and psychological well-being on suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 401–413.

- Joiner, T., J. Pfaff & J. Acres (2002). A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 471–481.
- Jöreskog, K., D. Sörbom, S. du Toit, M. du Toit (2001). LISREL 8: New statistical features. Chicago: Scientific Software International.
- Katz, R., J. Katz, & B. Shaw (1999). Beck Depression Inventory and Hopelessness Scale. In: M. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. 2nd ed., London: Lawrence Erlbaum Associates.
- King, R. & A. Apter (Eds.) (2003). *Suicide in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lewinsohn, P., P. Rohde & J. Seeley (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 25–46.
- Maris, R. (1997). Suicide. In: *Encyclopedia of human biology*, Second edition, Vol. 8, 255-268.
- O’Carroll, P., A. Berman, R. Maris, E. Moscicki, B. Tanney, & M. Silverman (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237–252.
- Overholser, J. & A. Spirito (2003). Precursors to adolescent suicide attempts. In: A. Spirito & J. Overholser (Eds.), *Evaluating and treating adolescent suicide attempters. From research to practice*. New York: Academic Press, 19–40.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.
- Reinecke, M. & R. Franklin-Scott (2005). Assessment of suicide: Beck’s scales for assessing mood and suicidality. In: Yufit, R. & D. Lester (Eds.) (2005). *Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior*. New York: Wiley, 29–61.
- Silverman, M. & R. Maris (1995). The prevention of suicidal behavior: An overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 10–21.
- Silverman, M., A. Berman, N. Sanddal, P. O’Carroll & T. Joiner (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 264–277.
- Simon, R. (2006). Assessing the unpredictable. In: Simon, R., R. Hales (Eds.) *The American Psychiatric Publishing Textbook of suicide assessment and management*. Washington, DC: American Psychiatric Publ., 1–32.
- Sofronoff, K., L. Dalglish & R. Kosky (2005). *Out of options. A cognitive model of adolescent suicide and risk-taking*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Trainor, G. (2004). Adolescents and developmental group psychotherapy. In: D. Duffy & T. Ryan (Eds.), *New Approaches to Preventing Suicide. A Manual for Practitioners*. London: Jessica Kingsley Publ., 178–192.
- Wagner, B. (2009). *Suicidal behavior in children and adolescents*. New Haven: Yale University Press.
- Wenzel, A., G. Brown & A. Beck (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.