

- tes, S. Nune, J. E. Fisher, M. A. Tagamets // Brain Lang. – 2008. – Vol. 107(2). – P. 158-166.
13. Heaton, R. K. Wisconsin card sorting test manual: revised and expanded / R. K. Heaton, G. J. Chelune, J. L. Talley, G. G. Kay, G. Curtiss. – PAR. Inc., 1993. – 230 p.
  14. Henry, J. D. A meta-analytic review of verbal fluency deficits in schizophrenia relative to other neurocognitive deficits / J. D. Henry, J. R. Crawford // Cog. Neuropsychiatry. – 2005. – № 10. – P. 1-33.
  15. Jakob, H. Prenatal developmental disturbances in the limbic allocortex in schizophrenics / H. Jakob, H. Beckmann // J. Neur. Transm. – 1986. – Vol. 65. – P. 303-326.
  16. Lezak, M. D. Neuropsychological assessment / M. D. Lezak, D. B. Howieson, D. W. Loring, H. J. Hannay, J. S. Fischer. – NY.: Oxford University Press, 2004. – 1016 p.
  17. Lezak, M. D. Neuropsychological assessment / M. D. Lezak, D. B. Howieson, D. W. Loring, H. J. Hannay, J. S. Fischer. – NY.: Oxford University Press, 2004. – 1016 p.
  18. Reitan, R. M. The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and Clinical Interpretation / R. M. Reitan, D. Wolfson. – 2nd ed. – South Tucson: Neuropsychology Press, 1993.
  19. Smith, A. Symbol Digit Modalities Test (SDMT). Manual (revised) / A. Smith. – LA: Western Ps. Ser., 1982.
  20. Strauss, E. A compendium of neuropsychological tests: administration. Norms, and commentary / E. Strauss, E. M. S. Sherman, O. Spreen. – 3 ed. Oxford University Press, 2006. – 1216 p.
  21. Wechsler, D. The measurement of adult intelligence / D. Wechsler. – 3 ed. – Baltimore, MD: Williams&Wilkins, 1944.

**Медведева Т.И., Воронцова О.Ю.,  
Казьмина О.Ю., Зинченко О.О.**

## **ИМПЛИЦИТНЫЕ АССОЦИАЦИИ СО «СМЕРТЬЮ» И СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК**

**Введение.** Сусанна Яковлевна Рубинштейн, 105-летний юбилей который мы сегодня отмечаем, разрабатывала новые методы в патопсихологии. Ее стремление к четко и точно поставленному экспериментальному патопсихологическому анализу когнитивных нарушений больных и поныне вызывает восхищение. С тех пор появилось множество методических арсеналов патопсихологии, которые расширяют возможности патопсихологического исследования. Наше исследование построено на использовании возможностей, предоставляемых компьютерной диагностикой,

которые, не заменяя качественного анализа, позволяют значительно точнее оценить и объективировать некоторые особенности картины мира психических больных, их личностные особенности, социальную направленность.

Использование компьютерных технологий не только облегчает проведение исследований, ускоряя и упрощая обработку данных, но предоставляет новые возможности в случаях, когда принципиально важно иметь возможность оценить скорости реакции испытуемых, измеряемые часто в миллисекундах. Так компьютерные технологии оказались незаменимы при оценке «прайминг эффектов» в различных патопсихологических тестах. «Прайминг» – явление, которое представляет собой изменение скорости или точности решения задачи (перцептивной, мыслительной или мнемической), наблюдаемое после предъявления в ходе решения задачи информации, которая не соотносится прямо с декларируемой целью и требованиями задачи. Прайминг, вне зависимости от намерений человека, может повлиять на решение задачи как положительно, так и отрицательно. Методики прайминга позволяют оценить имплицитные отношения - скрытые когнитивные конструкты положительного или отрицательного отношения к различным явлениям, социальным группам, убеждениям, к себе, своему телесному облику.

На сегодняшний момент одной из актуальных проблем медицинской психологии является проблема изучения суицидального поведения пациентов, страдающих эндогенными психическими заболеваниями. Важность этой проблемы для эндогенных психических больных обусловлена высоким уровнем самоубийств в этой группе. По мнению ряда исследователей до 90% жертв суицида составляют люди с психическими заболеваниями, из них наиболее часто с аффективными расстройствами (до 60%) [1].

Оценка риска самоубийства вызывает трудности в клинике, люди, которые собираются совершить суицид, не всегда могут или хотят говорить об этом, а в психодиагностической практике существует дефицит методов, защищенных от влияния преднамеренных и произвольных искажений со стороны испытуемого. Имплицитные установки, скрытые ассоциативные связи, неявные предпочтения, в том числе эмоциональные оказывают

влияние на принятие решений, в том числе на аутоагрессивное поведение и суицидальный риск. Такие имплицитные предпочтения оцениваются с помощью проективных методов (тест Роршаха, тест руки, тест Розенцвейга), методов психолингвистики (семантический дифференциал), оценки прайминг эффекта (priming).

Для оценки «прайминга» широко используется Тест Имплицитных Предпочтений IAT- (Implicit Associations Test) [2], который позволяет оценить силу ассоциативной связи между заданными объектами и атрибутами. Тест состоит в вычислении разницы между скоростью сортировки стимулов (слов или образов, относящихся к категориям объектов и атрибутов) по группам, которые задаются с помощью разных сочетаний категорий объектов с категориями атрибутов. Сочетания категорий и атрибутов для испытуемого могут быть ассоциативно более или менее связаны между собой. Разность латентных периодов реакций при классификации при релевантном и иррелевантном сочетаниях категорий объектов и атрибутов называется IAT-эффектом и указывает на направление и силу ассоциативной связи между объектом и атрибутом. Высокая защищенность от намеренной и непреднамеренной фальсификации позволяет применять IAT в таких сферах, как склонность к насилию, педофилия, гомосексуализм, суицидальный риск, аддиктивное поведение.

Модификация теста для оценки риска суицида была предложена в работе М.К.Носк с соавторами [3], и переведена нами на русский язык. Модификация теста позволяет измерить имплицитные ассоциации, которые люди имеют относительно суицида и смерти. Для оценки склонности к суициду в качестве объектов используются категории «Жизнь» и «Смерть» в сочетании с категориями атрибутов «Я» и «не Я». В данной модификации IAT-эффект - разность латентных периодов реакций при релевантной (в нашем случае «Я» и «Жизнь») и нерелевантной («Я» и «Смерть») задачах - указывает на направление и силу ассоциативной связи между собой и «смертью/суицидом».

Как показано в работе О.Ю.Казьминой с соавторами [4] с помощью метода семантического дифференциала и проективных рисунков, у большинства здоровых людей без склонности к

суициду понятие «смерти», как самостоятельное понятие, недостаточно проработано, они стараются «обезличить» смерть, как бы отдалить ее от себя. В этой же работе показано, что понятие смерти у больных с суицидальным риском оказывается вписанным в «общую концепцию», в их представления о мире. Понятие «смерти» представлено в рассказах этой группы, прежде всего, как освобождение от страданий. В семантическом поле понятие «смерть» приближено к понятиям «красота», «справедливость» и «польза», что может объяснять наличие сильной ассоциативной связи между собой и «смертью/суицидом».

В формировании ассоциативных связей между понятиями важную роль играет эмоциональный опыт. Суждения о смерти/суициде формируются как на основе рациональных рассуждений, как и в значительной степени зависят от прошлого эмоционального опыта. Нарушения в механизме эмоционального научения могут приводить к эмоциональной нагрузке понятий и явлений, существенно отличающейся от общепринятых.

Оценка способности к эмоциональному научению в нашем исследовании основывалась на анализе механизма принятия решений, изложенного в гипотезе соматических маркеров А. Дамасио [5; 6], в которой описан нейрокогнитивный механизм, с помощью которого эмоциональные процессы могут направлять поведение и влиять на принятие решений. Эта способность, которая субъективно оценивается как «интуиция», позволяет интегрировать эмоциональные последствия предыдущих взаимодействий с объектами в мире, и прогнозировать вероятный результат возможного действия. Дамасио описывает структуры мозга и операции, необходимые для нормального принятия решений. При сбое в работе этих структур и отсутствии эмоциональных сигналов человек полагается на рациональный анализ многочисленных и часто конфликтных факторов, что замедляет обдумывание и часто приводит к неадекватным выборам. Для оценки роли эмоций в принятии решений в современных исследованиях широко используется Игровая задача Iowa gambling task (IGT) разработанная А. Bechara [7]. По мнению исследователей, задача настолько сложна для аналитического (сознательного) решения, что участники должны полагаться только на систему, основанную на эмоциональном научении (соматические маркеры) при

принятии решения. Задача позволяет измерить дефицит эмоционального научения и выявляет психическую функцию (основанное на эмоциях научение), которую другие тесты на исполнительные функции выявить не могут. Выполнение этой задачи нарушено у больных шизофренией [8], аддикциями, девиантным поведением, обсессивно-компульсивными расстройствами. Также с помощью этой методики было показано, что процесс принятия основанных на эмоциях решений нарушен у людей, совершивших суицидальные попытки [9; 10; 11; 12]. В метаанализе исследований нейропсихологических маркеров склонности к суицидальному риску [13] у больных с аффективными расстройствами, в котором проанализированы результаты 25 исследований, показано, что из батареи нейропсихологических тестов различия выявлены для Игровой задачи (IGT), выполнение которой было значимо хуже для группы с суицидальными попытками, и отличалось от других больных и от группы нормы.

**Целью** исследования было изучение имплицитных предпочтений, связанных со смертью (категории «Я»+ «Смерть»), у больных депрессией с суицидальным риском.

**Материал и методы.** В исследование было включено 28 пациентов ФГБНУ НЦПЗ (женщины, средний возраст  $36,3 \pm 13,1$  лет) с депрессивными состояниями легкой и умеренной степени тяжести, отвечающими критериям рубрик F31.3, F33.0 и F33.1 по МКБ-10. Из них 15 человек имели в анамнезе либо попытку суицида, либо явно заявляли о наличии суицидальных идей (подгруппа больных с суицидальным риском), 13 человек - не имели в анамнезе суицидальных попыток и идей (подгруппа больных без суицидального риска). Контрольную группу составили 38 здоровых женщин (средний возраст  $33,1 \pm 10,9$  лет). Группы статистически не различались по демографическим показателям. Всего в исследовании приняли участие 66 человек.

Все испытуемые выполнили *Тест имплицитных ассоциаций (IAT)*. В тесте испытуемому предлагалось как можно быстрее сортировать слова, которые появлялись в центре экрана компьютера. Сортировать слова нужно было по двум группам, названия групп были обозначены в верхней части экрана, в правом и левом углах. Для отнесения слова к правой группе

было необходимо нажать на клавиатуре клавишу правой рукой (клавиша «i»), для отнесения слова к левой группе было необходимо нажать на клавиатуре клавишу левой рукой (клавиша «e»). В модифицированной версии IAT испытуемые сортировали стимульные слова, представляющие объекты из категорий «Смерть» (*смерть, мертвый, умирающий, безжизненный, самоубийство, могила*) и «Жизнь» (*жизнь, живой, выжить, процветать, дыхание, рождение*), и атрибуты, связанные с самим испытуемым – категории «Я» (*я, мое, по-моему, мне, меня*) и «Не Я» (*они, им, другие, другим, чужие*). Классический вариант теста состоит из семи серий, в нашем исследовании при предъявлении испытуемому серии 3 и 4 шли без перерыва и были объединены в одну, однако при подсчете они учитывались как две серии, аналогично были объединены серии 6 и 7. Таким образом, процедура состояла из пяти серий:

1. Тренировочная серия, сортируются объекты по группам «Смерть» и «Жизнь».
2. Тренировочная серия, сортируются атрибуты по группам «Я» и «Не Я».
3. Сортируются одновременно и объекты, и атрибуты. В левую группу должны попасть объекты, относящиеся к категории «Смерть» и атрибуты, относящиеся к «Я», в правую группу должны попасть соответственно слова из категорий «Жизнь» и «Не Я».
4. Сортируются объекты по группам «Жизнь» и «Смерть» (в отличие от первой серии группы переставлены местами).
5. Сортируются одновременно и объекты, и атрибуты. В левую группу должны попасть объекты, относящиеся к категории «Жизнь» и атрибуты, относящиеся к «Я», в правую группу должны попасть соответственно слова из категорий «Смерть» и «Не Я».

Все исследование занимает 10-15 минут, время ответов на все ходы записывается и анализируется с помощью стандартной процедуры, описанной в работе A.G.Greenwald [14]. Для каждого испытуемого вычислялся *IAT-эффект* (в работе A.G.Greenwald он называется *Dscore*). Положительные значения *IAT-эффекта* отражают более сильную ассоциативную связь себя самого со смертью (связь между понятиями «Смерть» и

«Я»), что означает, что испытуемый давал более быстрые ответы и делал меньше ошибок при сортировке в серии, где были объединены в одну группу «Я» и «Смерть» по сравнению с серией, где были объединены «Я» и «Жизнь». Отрицательные значения *IAT-эффекта* показывают более сильную ассоциацию себя с жизнью.

Группа больных ответила на вопросы Симптоматического опросника SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised). SCL-90R - клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. SCL-90-R включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал: соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, интерперсональная чувствительность, депрессия, тревожность, враждебность, навязчивые страхи (фобии), паранойдность (паранояльность), психотизм, общий индекс тяжести, индекс тяжести наличного дистресса, число утвердительных ответов (число беспокоящих симптомов).

Все испытуемые выполнили *Игровую задачу* (IGT- Iowa Gambling Task) [6; 7]. В компьютерной методике участнику предлагается на экране 4 колоды карт, нужно последовательно делать выбор из любой колоды. В двух колодах карточки высокого риска – они дают высокие выплаты (100), но и редкие разорительные штрафы (1250) и поэтому долговременный проигрыш, две другие колоды дают небольшие выплаты (50) и небольшие штрафы, но в целом долговременный выигрыш. При анализе результатов Игровой задачи оценивалось общее «превышение «хороших» выборов над «плохими», «общий счет» в задаче, «минимальный счет». Кроме того использовалась модель «ожидание-результат» Expectancy-valence (EV) [Busmeyer, Stout, 2002], в которой вводятся параметры для вероятностного моделирования принятия решений: «внимание к выигрышу-проигрышу», «научение-забывание», «импульсивность-детерминированность». Вычисляется вероятность каждого следующего хода на основе введенных параметров с учетом коэффициента импульсивности, который определяется по результатам всех испытаний и не меняется со временем. При помощи функции `fmincon` из системы Matlab 7 находятся значения пара-

метров, максимизирующих функцию правдоподобия, вычисляемую по результатам всех ходов в отдельном испытании. В данном исследовании использовался параметр «внимание к выигрышу-проигрышу».

Статистический анализ данных осуществлялся с помощью пакета программ SPSS. Для сравнения результатов выполнения группами больных депрессией и здоровых испытуемых использовался метод ANOVA, также использовались методы корреляционного анализа.

**Результаты.** В результате выполнения *Теста имплицитных ассоциаций (IAT)* значения *IAT-эффекта* для контрольной группы и подгрупп без суицидального риска и с суицидальным риском приведены в таблице (таб.1). Статистически значимые отличия выявлены между контрольной группой и подгруппой больных с суицидальным риском ( $p < 0,05$ ). Сдвиг *IAT-эффекта* в сторону положительных значений отражает более сильную ассоциативную связь себя самого со смертью (связь между понятиями «Смерть» и «Я»), что означает, что испытуемый давал более быстрые ответы и делал меньше ошибок при сортировке в серии, где были объединены в одну группу «Я» и «Смерть» по сравнению с серией, где были объединены «Я» и «Жизнь». Отрицательные значения *IAT-эффекта* показывают более сильную ассоциацию себя с жизнью («Я + Жизнь»).

Таблица 1. Результаты выполнения Теста имплицитных ассоциаций (IAT), опросника SCL-90-R и Игровой задачи (IGT) подгруппами больных с суицидальным риском и без суицидального риска и контрольной группой

| Параметры                                       | Подгруппа больных с суицидальным риском | Подгруппа больных без суицидального риска | Контрольная группа             |
|---|---|---|--------------------------------|
| <b><i>Тест имплицитных ассоциаций (IAT)</i></b> |   |   |                                |
| <i>IAT_Эффект</i>                               | <b>-0,14±0,41<sup>*a</sup></b>          | <b>-0,40±0,34<sup>*b</sup></b>            | <b>-0,33±0,32<sup>*b</sup></b> |
| <b><i>(SCL-90-R)</i></b>                        |   |   |                                |
| Навязчивости                                    | <b>1,90±0,66<sup>*a</sup></b>           | <b>1,50±0,67<sup>*b</sup></b>             | -                              |
| Депрессия                                       | <b>2,36±0,59<sup>*a</sup></b>           | <b>1,74±0,64<sup>*b</sup></b>             | -                              |
| Паранойяльность                                 | <b>0,96±0,73<sup>*a</sup></b>           | <b>0,57±0,54<sup>*b</sup></b>             | -                              |
| Психотизм                                       | <b>1,09±0,49<sup>*a</sup></b>           | <b>0,72±0,53<sup>*b</sup></b>             | -                              |
| Общий индекс тяжести                            | <b>1,50±0,49<sup>*a</sup></b>           | <b>1,21±0,46<sup>*b</sup></b>             | -                              |

|  |                              |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Индекс тяжести наличного дистресса           | 2,27±0,40 <sup>*a</sup>      | 2,06±0,49 <sup>*b</sup>      |                              |
| Число беспокоящих симптомов                  | 58,41±12,33 <sup>*a</sup>    | 51,64±14,07 <sup>*b</sup>    | -                            |
| <b>Игровая задача (IGT)</b>                  |                              |                              |                              |
| Общий счет                                   | 1689,19±718,35 <sup>*a</sup> | 2150,89±592,17 <sup>*b</sup> | 1983,19±883,54 <sup>*b</sup> |
| Минимум счета                                | 921,62±441,83 <sup>*a</sup>  | 1215,18±469,16 <sup>*b</sup> | 1056,25±545,99 <sup>ab</sup> |
| Преобладание «хороших» выборов над «плохими» | 5,08±19,88 <sup>-a</sup>     | 14,00±16,18 <sup>-b</sup>    | 11,40±28,33 <sup>ab</sup>    |
| Внимание к проигрышу (модельный параметр)    | 0,47±0,38 <sup>*a</sup>      | 0,69±0,35 <sup>*b</sup>      | 0,50±0,34 <sup>*a</sup>      |

**Примечания.** Уровень статистической значимости различий: ~  $p < 0.1$ ; \*  $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.005$ . Каждый буквенный индекс обозначает подгруппы, между которыми не выявлено различий в значениях параметра на уровне 0,05.

Показатели по шкалам *SCL-90-R* были значимо выше у подгруппы с суицидальным риском по сравнению с подгруппой больных без суицидального риска (по шкалам «*Депрессия*», «*Навязчивости*», «*Психотизм*», и интегральным показателям: «*Общий индекс тяжести*», «*Индекс тяжести наличного дистресса*», «*Число беспокоящих симптомов*») (таб.1).

В группе больных корреляционный анализ показал значимые связи между выраженностью сдвига IAT эффекта в сторону ассоциации «Я + смерть» с «*Индексом тяжести наличного дистресса*» в *SCL-90R* ( $r=0,543^*$ ,  $p=0,013$ ). Чем выше были показатели «*Индекса тяжести наличного дистресса*», тем больше было значение сдвига IAT эффекта в сторону ассоциации «Я + смерть». Аналогичная связь выявлена для «*Общего индекса тяжести*».

При выполнении *Игровой задачи (IGT)* больные с суицидальным риском имели более низкий «*Общий счет*», пониженные значения «*Минимального счета*», показали более низкие результаты интегральном параметре «*Преобладание «хороших» выборов над «плохими»*». Также в подгруппе больных депрессией с суицидальным риском был снижен параметр «*Внимание к проигрышу*» (таб.1).

**Обсуждение.** В результате выполнения Теста имплицитных ассоциаций (IAT) *IAT-эффект* для подгруппы больных с суици-

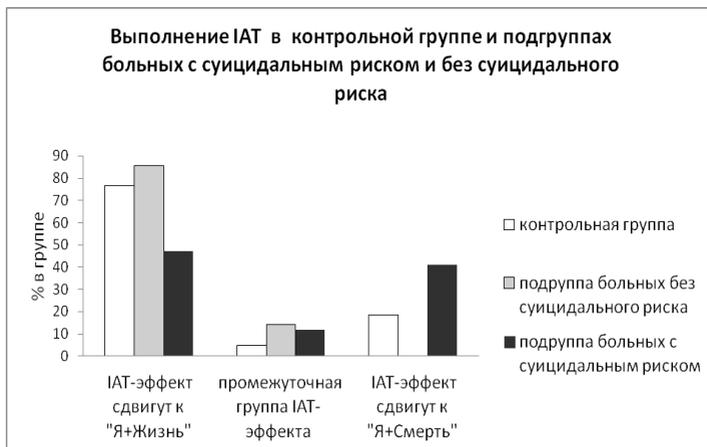
дальным риском, подгруппы больных без суицидального риска и контрольной группы составил: -0,14, -0,40 и -0,33 соответственно (табл.1). При этом выявлены статистически значимые различия между подгруппой больных с суицидальным риском и подгруппой без суицидального риска. Также подгруппа суицидальным риском отличается и от контрольной группы. Не выявлено статистически значимых различий между подгруппой без суицидального риска и контрольной группой. Таким образом показан сдвиг *IAT-эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть» для подгруппы с суицидальным риском. Среднее значение *IAT-эффекта* у подгруппы с суицидальным риском оказался около 0 (-0,14), так как половина испытуемых из этой подгруппы продемонстрировала положительные значения *IAT-эффекта*.

Корреляционная связь между выраженностью сдвига *IAT эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть» с «Общим индексом тяжести», «Индексом тяжести наличного дистресса» в SCL, показала, что увеличение тяжести симптоматики ведет к усилению ассоциативной связи себя со смертью - «Я + Смерть».

Принятие решений на основе эмоционального опыта было нарушено у подгруппы с суицидальным риском, и отличалось как от контрольной группы, так и от подгруппы без суицидального риска (параметр «Общий счет» в Игровой задаче IGT). В то же время выполнение подгруппой без суицидального риска статистически не отличалась от контрольной группы. По сравнению с подгруппой больных без суицидального риска больные с суицидальным риском чаще игнорировали отрицательные последствия своего выбора, что проявилось в значимом снижении модельного параметра «Внимание к проигрышу». Данный результат соответствует другим исследованиям [13; 15], и позволяет сделать вывод о специфичности измеряемого дефицита в принятии решений на основе эмоционального опыта (эмоционального научения) именно для риска суицидального поведения, а не для самого по себе психического расстройства.

Выделенные нарушения, и особенности в механизмах принятия решений больными эндогенными психическими заболеваниями с суицидальным риском позволяют выделить эмоциональное научение в качестве мишени для психокоррекционной работы с выделенной когортой больных.

При выполнении Теста имплицитных ассоциаций (IAT) у части испытуемых значения *IAT эффекта* были в районе 0, что не позволяет однозначно определить направление сдвига *IAT эффекта*. Для более наглядного анализа результатов эти результаты были отнесены в «промежуточную группу IAT эффекта». На рисунке (рис.1) представлены результаты групп испытуемых с учетом выраженности сдвига *IAT эффекта* (выявлены статистически значимые различия между группами (Хи-квадрат Пирсона, уровень значимости различий  $p < 0,05$ ).



**Рис. 1.** Выполнение Теста имплицитных ассоциаций (IAT) контрольной группой и подгруппами больных с суицидальным риском и без суицидального риска.

Столбики на диаграмме показывают, сколько процентов испытуемых из каждой группы (контрольной, с суицидальным риском, без суицидального риска) продемонстрировали сдвиг *IAT эффекта* в сторону «Я + Жизнь», сколько в процентном выражении показали промежуточный результат, сколько сдвиг *IAT эффекта* в сторону «Я + Смерть».

Как видно из рисунка (рис. 1) в подгруппе с суицидальным риском примерно половина больных (47%) не демонстрировали сдвига *IAT эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть», это может объясняться тем, что потенциальный риск суицида определялся на основе предыдущих попыток суицида и на основе наличия суицидальных идей. Суицидальные идеи не обязательно приводят к суициду. Кроме того, даже наличие суицидных

попыток само по себе не говорит об истинном желании покончить со собой и может быть демонстративным манипулятивным актом. Но даже при таких допущениях вся подгруппа больных с суицидальным риском показала сдвиг *IAT эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть» по сравнению с контрольной группой и подгруппой больных без суицидального риска. В последующих исследованиях для оценки риска суицида очень важно иметь возможность проследить дальнейшую судьбу испытуемых. Для подтверждения и уточнения полученных в исследовании результатов необходим катамнестический анализ выделенной когорты больных.

В контрольной группе и подгруппе больных без суицидального риска показатель *IAT эффекта* был значимо сдвинут в сторону ««Я + Жизнь» (рис.1), что соответствует данным, полученным в других исследованиях [3]. Одним из дальнейших направлений исследования может быть изучение личностных характеристик здоровых испытуемых, у которых наблюдается сдвиг *IAT эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть» (таких в нашем исследовании оказалось 18%), возможно у части этих испытуемых бывают суицидальные идеи, о которых они не говорят, и которые не оказалось возможным выявить в ходе нашего исследования.

**Выводы.** Показан сдвиг *IAT эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть» для подгруппы суицидального риска. Сдвиг *IAT эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть» связан с ростом выраженности тяжести наличного дистресса у больных депрессией. У больных с суицидальным риском снижена способность к эмоциональному научению, принятию решений на основе прошлого опыта, выявлена склонность к игнорированию отрицательных последствий своего выбора.

Тест имплицитных ассоциаций в данной модификации может использоваться как один из методов оценки суицидального риска у больных депрессией. Выделенные нарушения и особенности в механизмах принятия решений больными с суицидальным риском позволяют выделить эмоциональное научение в качестве мишени для психокоррекционной работы с выделенной когортой больных.

## Литература

1. Казьмина О.Ю., Медведева Т.И., Щелокова О.А., Каледа В.Г. Депрессии юношеского и молодого возраста: предикторы прогноза суицидального риска. *Психиатрия* 2014; 4(64): 11-20.
2. Greenwald A.G., McGhee D.E., Schwartz J.L. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74(6): 1464-80.
3. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T., Deliberto T.L., Dour H.J., Banaji M.R. Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychol Sci* 2010; 21(4): 511-7. doi: 10.1177/0956797610364762.
4. Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Борисова О.А. Прогноз суицида при депрессии. *Вопросы психологии* 2015; 3: 38-48.
5. Damasio A.R., Tranel D., Damasio H. Somatic markers and the guidance of behaviour: theory and preliminary testing. Frontal lobe function and dysfunction. Eds. Levin H.S., Eisenberg H.M., Benton A.L. New York: Oxford University Press 1991.
6. Медведева Т.И., Ениколопова Е.В., Ениколопов С.Н. Гипотеза соматических маркеров Дамасио и игровая задача (IGT): обзор. *Психологические исследования* 2013; 6(32): 10.
7. Bechara A., Damasio A.R., Damasio H., Anderson S.W. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 1994; 50(1-3): 7-15. doi: 10.1016/0010-0277(94)90018-3.
8. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Бархатова А.Н., Каледа В.Г., Ениколопов С.Н. Особенности эмоциональной регуляции принятия решений при манифестирующей в юношеском возрасте приступообразной шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2014; 114(9): 53-60.
9. Jollant F., Bellivier F., Leboyer M., Astruc B., Torres S., Verdier R., Castelnau D., Malafosse A., Courtet P. Impaired decision making in suicide attempters. *The American journal of psychiatry* 2005; 162(2): 304-10. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.304.
10. Bridge J.A., McBee-Strayer S.M., Cannon E.A., Sheftall A.H., Reynolds B., Campo J.V., Pajer K.A., Barbe R.P., Brent D.A. Impaired decision making in adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2012; 51(4): 394-403. doi: 10.1016/j.jaac.2012.01.002.
11. Gorlyn M., Keilp J.G., Oquendo M.A., Burke A.K., John Mann J. Iowa gambling task performance in currently depressed suicide attempters. *Psychiatry research* 2013; 207(3): 150-7. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.030.

12. Legris J., Links P.S., van Reekum R., Tannock R., Toplak M. Executive function and suicidal risk in women with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry research* 2012; 196(1): 101-8. doi: 10.1016/j.psychres.2011.10.008.
13. Richard-Devantoy S., Berlim M.T., Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychological medicine* 2014; 44(8): 1663-73. doi: 10.1017/S0033291713002304.
14. Greenwald A.G., Nosek B.A., Banaji M.R. Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85(2): 197-216.
15. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Нарушение принятия решений и суицидальная направленность Психологические исследования 2016; 9(46).

**Рассказова Е.И., Ениколопов С.Н.**  
**ПРИМЕНЕНИЕ РИСУНОЧНОЙ МЕТОДИКИ МОБИС В**  
**ДИАГНОСТИКЕ ИМПЛИЦИТНОГО И**  
**ЭКСПЛИЦИТНОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (НА**  
**ПРИМЕРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**  
**ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА)**

При широкой распространенности стандартизованных опросниковых методов диагностики их применение нередко ограничено очевидностью формулировок и невозможностью оценки неосознаваемых, имплицитных реакций (Бурлачук, 2006), что приобретает особое значение в патопсихологических исследованиях. Проективные методы, предлагая более широкую перспективу для понимания и интерпретации (Соколова, 1980), в свою очередь, вызывают вопросы в отношении валидности и интерсубъективности полученных выводов. Рисуночные методики, требующие расположить объекты на листе, занимают промежуточную позицию: задавая возможности скрининговой диагностики, они претендуют на оценку имплицитных и эксплицитных представлений, не столь явную для респондента, как при оценке пунктов опросника, и на более единообразную интерпретацию (в связи с относительно низкой долей неопределенности в тестировании), по сравнению с традиционными проективными методиками.

Данная работа посвящена применению рисуночной методики оценки воздействия болезни и симптомов (МОБиС, Садаль-