

Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Нарушение принятия решений и суицидальная направленность



English version: [Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Enikolopov S.N., Kazmina O.Yu. Disturbance in decision making and suicide tendency](#)

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

[Сведения об авторах](#)
[Литература](#)
[Ссылка для цитирования](#)

Целью исследования было изучение связи суицидального риска и нарушений процесса принятия решений у больных эндогенными психическими расстройствами. Обследовано 96 больных (45 человек либо имели в анамнезе попытку суицида, либо явно заявляли о наличии суицидальных идей, 51 человек – не имели в анамнезе суицидальных попыток и идей). Контрольная группа состояла из 90 человек. Использовались методики: «Игровая задача» (Iowa gambling task – IGT), для оценки результатов использовалась модель Expectancy-valence; Висконсинский тест сортировки карточек (WCST). Принятие решений на основе эмоционального опыта было нарушено у группы с суицидальным риском и отличалось как от контрольной группы, так и от группы без суицидального риска. При этом больные с суицидальным риском отличались лучшей способностью к логическим рассуждениям и были меньше склонны к стереотипиям. Показано, что при риске суицида и недостаточности механизма основанного на эмоциях принятия решений происходит компенсаторный сдвиг в сторону принятия решений, основанных на логике и рассуждениях.

Ключевые слова: суицидальный риск, основанное на эмоциях принятие решений, гипотеза соматических маркеров Дамасио, IGT, исполнительные функции

Актуальность проблемы изучения суицидального поведения пациентов, страдающих эндогенными психическими заболеваниями, 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%) [Казьмина и др., 2014], остальные включают шизофрению, алкоголизм, химические зависимости и личностные расстройства [Mann, 2003; Казьмина и др., 2014, 2015]. Так, 40–50% пациентов с диагнозом «шизофрения» сообщают о наличии суицидальных мыслей в некоторые моменты их жизни, а 4–13% из них совершают самоубийство [Pompili et al., 2007; Mauri et al., 2013].

Оценка риска самоубийства вызывает трудности в клинике. Риск суицида рассматривается с точки зрения различных подходов: медицинского, философского, психологического, социологического. При оценке факторов риска суицида при психическом заболевании выделяют клинические (наличие предыдущих попыток суицида, депрессия, чувство безнадежности, токсикомания, недавнее начало болезни, большое количество госпитализаций, недавняя госпитализация или выписка из клиники, осознание своего заболевания), биосоциальные и личностные факторы (мужской пол, импульсивность, наличие суицидов в семейной истории, высокий уровень интеллекта, высокий уровень образования, принадлежность к европеоидной расе) [Carlborg et al., 2010]. Последнее время все больше внимания уделяется нейрокогнитивным факторам суицидального поведения. В рамках нейрокогнитивного подхода речь может идти как о когнитивном дефиците, так и о нарушении процесса принятия решений. Суицидальный акт является следствием принятого решения. Суицидальное решение, как и всякое другое

решение, детерминировано различными факторами, знание и учет которых может помочь в диагностике и профилактике риска суицида.

Принятие решений – процесс, основанный на когнитивной информации, реализующийся с участием эмоциональной составляющей. Ряд суждений формируется на основании явного осознанного понимания, тогда как другие – в ситуации неопределенности, и зависят в большей степени от прошлого эмоционального опыта. Считается, что в процессе принятия решений параллельные эмоциональные и когнитивные пути обработки информации функционируют как единый механизм, однако при сложных неопределенных ситуациях или при различных патологиях возможно рассогласование в работе этих систем.

Поскольку в течение большей части прошлого века принятие решений трактовалось как рациональный выбор, существует множество методик для оценки способности принимать рациональные решения. Это всевозможные логические задачи, тесты на интеллект, методики для оценки исполнительных функций. Для оценки роли эмоций в принятии решений в современных исследованиях используются методики, которые приводят к конфликту между рациональным и эмоциональным принятием решений: «Задача Ультиматум» (Ultimatum Game), «Дилемма узника» (Prisoner's dilemma game), «Моральные дилеммы» (Moral Dilemma), «Игровая задача» (IGT – Iowa Gambling Task), «Азартная игровая задача» (Decision-Making Task), «Задача риска» (Balloon Analogue Risk Task), задачи с задержанным расчетом (Delay Discounting Assessment).

В нашем исследовании рассматривается связь риска принятия человеком суицидального решения и таких нейрокогнитивных механизмов принятия решений, как эмоциональное научение и регуляторные составляющие когнитивных функций – планирование и контроль, удержание принципа решения, переключение.

Оценка способности к эмоциональному научению основывалась на анализе механизма принятия решений, изложенного в гипотезе соматических маркеров А.Дамасио [Damasio et al., 1991; Медведева и др., 2013], 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 Бечара [Bechara et al., 1994]. 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 [Медведева и др., 2014b], 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 [Jollant et al., 2005; Bridge et al., 2012; Legris et al., 2012; Gorlyn et al., 2013]. В метаанализе исследований нейropsychологических маркеров склонности к суицидальному риску [Richard-Devantoy et al., 2014] у больных с аффективными расстройствами, в котором проанализированы результаты 25 исследований, показано, что из батареи нейropsychологических тестов различия выявлены для «Игровой задачи» (IGT), выполнение которой было значительно хуже для группы с суицидальными попытками и отличалось от других больных и от группы нормы.

Регуляторные составляющие когнитивных функций в нашем исследовании оценивались с помощью Висконсинского теста сортировки карточек (WCST) [Lezak, 2004], который позволяет оценить широкий круг исполнительных функций, включая планирование, абстрактные рассуждения, формирование понятий, способности к удержанию принципа категоризации и переключению на другой принцип, торможение импульсивных ответов.

Целью исследования являлось изучение связи суицидального риска у больных эндогенными психическими расстройствами и нарушений процесса принятия решений.

Методы

Выборка

Обследованную когорту составили 96 человек, проходящих лечение в стационаре с диагнозом эндогенного психического расстройства (F20–F21 и F30–F31 по МКБ-10) (все больные без дефицитарных расстройств, 49 мужчин и 47 женщин). Из них 45 человек (21 мужчина и 24 женщины) – «группа с суицидальным риском» – либо имели в анамнезе попытку суицида, либо явно заявляли о наличии суицидальных идей. Остальные пациенты (51 человек, 28 мужчин и 23 женщины) – «группа без суицидального риска» – не имели в анамнезе суицидальных попыток и идей. Контрольная группа состояла из 90 человек (44 мужчины и 46 женщин), без диагностированных неврологических или психиатрических проблем и без суицидальных попыток или идей. Группы статистически не различались по возрасту и уровню образования.

Методики

При выполнении исследования были использованы методики:

«Игровая задача» (IGT – Iowa Gambling Task) [Bechara et al., 1994; Медведева и др., 2013]. 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 – небольшие выплаты (50) и небольшие штрафы, но долговременный выигрыш. При анализе результатов «Игровой задачи» оценивалось общее «превышение «хороших» выборов над «плохими», «общий счет» в задаче, «минимальный счет» и количество раз, которое испытуемый оставался на колоде после большого проигрыша – «остался после большого проигрыша». Кроме того, использовалась модель «ожидание-результат» (Expectancy-valence – EV) [Busemeyer, 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 находят значения параметров, максимизирующих функцию правдоподобия, вычисляемую по результатам всех ходов в отдельном испытании. В данном исследовании использовался параметр «внимание к выигрышу/проигрышу».

Висконсинский тест сортировки карточек (WCST). Использовалась компьютерная версия теста (Computer Version – 2 Research Edition by Robert K. Heaton). Версия Heaton – это 64-карточная 2-колодная версия (последовательно одна колода, затем другая) [Lezak, 2004]. Испытуемого просят сортировать карточки, подкладывая каждую к одной из четырех целевых карточек, которые предъявлены в фиксированном порядке на основе одного из трех правил («цвет», «форма элемента», «количество элементов»), правило сортировки меняется без предупреждения испытуемого. Помимо стандартных параметров теста был использован параметр «персеверации на предыдущий ход» – персеверации на основе последних 3 ходов [Медведева и др., 2012].

Для статистического анализа результатов выполнения использовалась программа SPSS, для сравнения групп испытуемых использовался метод ANOVA, применялись методы корреляционного анализа.

Результаты

«Игровая задача» (IGT)

Группа с суицидальным риском выполнила «Игровую задачу» значительно хуже, чем группа нормы и группа без суицидального риска (рис. 1).

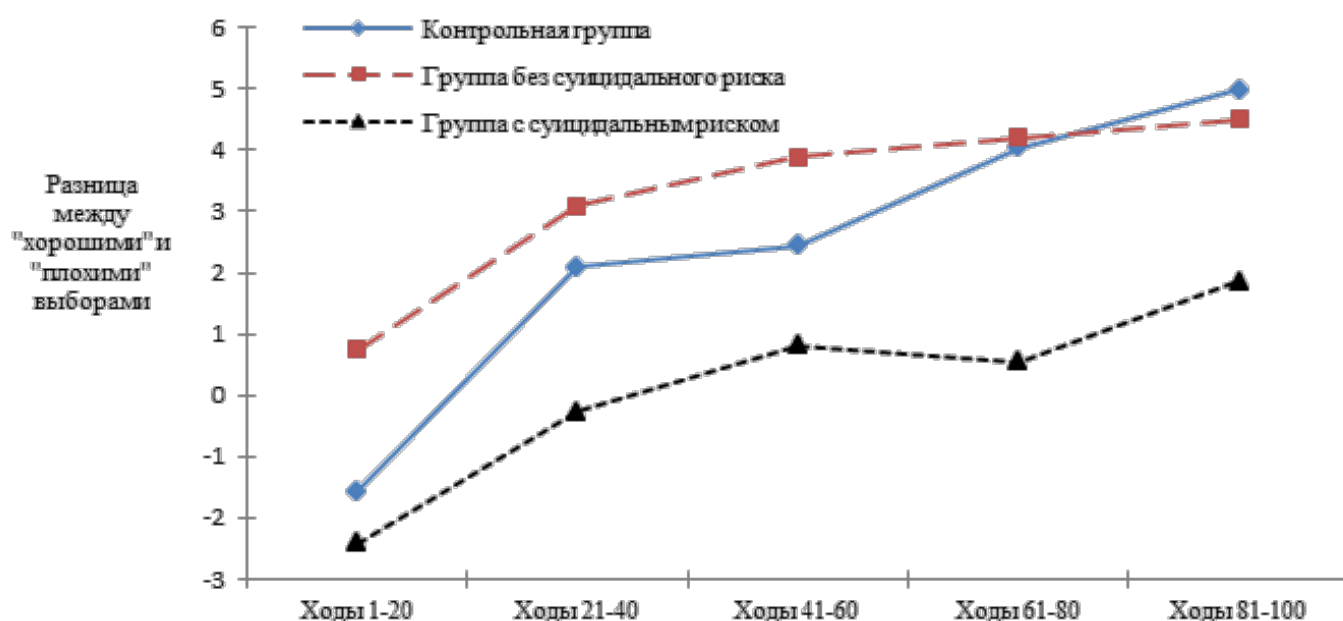


Рис. 1. Выполнение «Игровой задачи» (IGT) контрольной группой и группами больных с суицидальным риском и без суицидального риска.

Значимые отличия между группами были выявлены в интегральном показателе «Игровой задачи» – «преобладание хороших выборов над плохими» (табл. 1). Группа с суицидальным риском статистически значительно отличалась как от контрольной группы, так и от группы без суицидального риска (для группы без суицидального риска и группы с суицидальным риском 16,43 и 0,54 соответственно) (табл. 1 и табл. 2). При этом различий в выполнении «Игровой задачи» контрольной группой и группой больных без суицидального риска выявлено не было.

Таблица 1

Результаты выполнения «Игровой задачи» (IGT) и Висконсинского теста сортировки карточек (WCST) контрольной группой и группами больных с суицидальным риском и без суицидального риска

Параметры	Группа больных с суицидальным риском	Группа больных без суицидального риска	Контрольная группа
«Игровая задача» (IGT)			
Преобладание «хороших» выборов над «плохими»	0,54 ± 24,29	16,43 ± 25,95	12,00 ± 27,16
Минимум счета	815 ± 489	1182 ± 542	1073 ± 478
Общий счет	1590 ± 727	2157 ± 895	1964 ± 870
Остался после штрафа	1,16 ± 1,62	0,51 ± 0,35	0,54 ± 1,00
Внимание к проигрышу (модельный параметр)	0,37 ± 0,33	0,64 ± 0,34	0,53 ± 0,35
Висконсинский тест сортировки карточек (WCST)			
Собранных категорий	4,18 ± 1,96	3,54 ± 2,11	5,47 ± 1,38

Количество ходов	112,57 ± 20,13	119,67 ± 15,09	92,30 ± 21,40
Процент ответов концептуального уровня	57,19 ± 21,22	50,43 ± 19,71	69,92 ± 11,97
Процент персевераторных ошибок	15,44 ± 7,92	20,63 ± 10,80	11,41 ± 6,17
Персевераций на предыдущий ход	7,32 ± 6,12	11,70 ± 7,75	4,65 ± 5,01

Также у группы с суицидальным риском были значимо ниже показатели «*общего счета*» и «*минимального счета*» в «Игровой задаче» («*общий счет*» 2157 и 1590 для группы без суицидального риска и группы с суицидальным риском). В группе с суицидальным риском было значимо снижено «*внимание к проигрышу*». Было выявлено статистически значимое отличие значения этого параметра для группы с суицидальным риском по сравнению с контрольной группой и с группой без суицидального риска (для групп без суицидального риска и с суицидальным риском 0,37 и 0,64 соответственно).

Таблица 2

Попарные сравнения результатов выполнения «Игровой задачи» (IGT) и Висконсинского теста (WCST) контрольной группой и группами больных с суицидальным риском и без суицидального риска (ANOVA)

Параметры	Группа больных с суицидальным риском vs Группа больных без суицидального риска	Группа больных с суицидальным риском vs Контрольная группа	Группа больных без суицидального риска vs Контрольная группа
«Игровая задача» (IGT)			
Преобладание «хороших» выборов над «плохими»	**	*	нет
Минимум счета	**	*	~
Общий счет	**	*	нет
Остался после штрафа	**	**	нет
Внимание к проигрышу (модельный параметр)	**	*	~
Висконсинский тест сортировки карточек (WCST)			
Собранных категорий	~	**	**
Количество ходов	~	**	**
Процент ответов концептуального уровня	~	**	**
Процент персевераторных ошибок	**	*	**
Персевераций на предыдущий ход	**	*	**

Примечания. Уровень статистической значимости различий: ~ $p < 0,1$ (значение на уровне статистической тенденции); * $p < 0,05$; ** $p < 0,005$.

Висконсинский тест сортировки карточек (WCST)

Обе группы больных выполнили Висконсинский тест сортировки карточек хуже, чем контрольная группа (табл. 1 и табл. 2). Ухудшение касалось практически всех параметров теста: «*количество собранных категорий*», «*общее количество ходов*» (группа нормы за меньшее количество завершала тест), «*процент персевераторных ошибок*».

Группа с суицидальным риском по показателям Висконсинского теста сортировки карточек занимала

среднее положение между группой больных без суицидального риска и контрольной группой, выполнив тест хуже, чем контрольная группа, но лучше, чем группа больных без суицидального риска. Это проявилось в одном из основных показателях Висконсинского теста – «процент персевераторных ошибок», которых в группе с суицидальным риском делали значительно меньше. При этом группы отличались как по количеству персевераций на предыдущее правило – «процент персевераторных ошибок» (системных персевераций), так и по количеству «персевераций на предыдущий ход» (элементарные персеверации). На уровне статистической тенденции группы больных без суицидального риска и с суицидальным риском отличались по «количеству собранных категорий» (группа с суицидальным риском собирала больше категорий, 4,18 и 3,54 для группы с суицидальным риском и группы без суицидального риска соответственно), по «общему количеству ходов» (группа с суицидальным риском завершала тест за меньшее количество ходов), по «проценту ответов концептуального уровня» (группа с суицидальным риском давала больше ответов концептуального уровня).

Корреляция выполнения «Игровой задачи» (IGT) и Висконсинского теста сортировки карточек (WCST)

В контрольной группе не было выявлено статистически значимых корреляций между выполнением «Игровой задачи» и Висконсинского теста сортировки карточек. Аналогично, в группе больных без суицидального риска не было выявлено значимых корреляций.

В группе больных с суицидальным риском выполнение Висконсинского теста сортировки карточек отрицательно коррелировало с выполнением «Игровой задачи» (табл.3). Высокий показатель «преобладания хороших выборов над плохими на последних 40 ходах» «Игровой задачи» связан с уменьшением «ответов концептуального уровня», с трудностями в завершении первой категории (увеличением «ходов на первую категорию») и, на уровне статистической тенденции, с уменьшением «количества собранных категорий» и «процента персевераторных ошибок» в Висконсинском тесте. Высокие значения «общего счета» «Игровой задачи», «внимания к проигрышу» также связаны с ухудшением выполнения Висконсинского теста, повышением «процента персевераторных ошибок». Выбор из «хорошей» колоды С (она содержит небольшие выигрыши и самые маленькие проигрыши) связан с уменьшением ответов концептуального уровня в Висконсинском тесте, увеличением ходов на первую категорию и, на уровне статистической тенденции, с уменьшением количества собранных категорий. При этом «плохая» колода В (колода для самых рискованных игроков, с высокими выигрышами и самыми большими и редкими проигрышами) была связана с лучшим началом выполнения Висконсинского теста (меньшим количеством ходов на первую категорию).

Таблица 3

Значимые корреляции выполнения «Игровой задачи» (IGT) и Висконсинского теста сортировки карточек (WCST) в группе больных с суицидальным риском

Параметры выполнения «Игровой задачи» (IGT)	Параметры выполнения Висконсинского теста сортировки карточек (WCST)				
	Процент персевераторных ответов	Процент персевераторных ошибок	Ответы концептуального уровня	Собранных категорий	Ходов на первую категорию
В колода («плохая»)	—	—	—	—	—,312*
С колода («хорошая»)	—	—	—,311*	—,274~	,345*
Минимум счета	—	,261~	—	—	—
Преобладание «хороших» выборов над «плохими»	—	,285~	—	—	—
Общий счет	,290~	,323*	—	—	—
Разница выборов «хорошей» колоды D и «плохой» колоды A	,277~	,312*	—	—	—

Преобладание «хороших» выборов над «плохими» на последних 40 ходах	—	,249~	–,297*	–,250~	,317*
Внимание к проигрышу (модельный параметр)	,354*	,424**	—	—	—
Остался после штрафа	–,317*				

Примечания. Уровень статистической значимости различий: ~ $p < 0,1$ (значение на уровне статистической тенденции); * $p < 0,5$; ** $p < 0,005$.

Обсуждение результатов

Принятие решений на основе эмоционального опыта было нарушено у группы с суицидальным риском и отличалось как от контрольной группы, так и от группы без суицидального риска. Больные с суицидальным риском чаще игнорировали отрицательные последствия своего выбора, что проявилось в значимом снижении модельного параметра «*внимание к проигрышу*» (табл. 1). В то же время выполнение группой без суицидального риска статистически не отличалось от контрольной группы. Данный результат соответствует другим исследованиям [Richard-Devantoy et al., 2014] и позволяет сделать вывод о специфичности измеряемого дефицита в принятии решений именно для риска суицидального поведения, а не для самого по себе психического расстройства.

Отличия в «*проценте персевераторных ошибок*» в Висконсинском тесте между группами больных с суицидальным риском и без суицидального риска и обеих групп больных от контрольной группы позволяет говорить о специфичности этого показателя для психических заболеваний, но при этом в группе суицидального риска этот показатель оказался ниже (табл. 1). В группе суицидального риска делали значимо меньше персевераторных ошибок, чем в группе больных без суицидального риска, и на уровне статистической тенденции собирали больше категорий за меньшее количество ходов, делали больше ответов концептуального уровня. Это говорит о том, что больные с суицидальным риском отличаются лучшей способностью к логическим рассуждениям, им проще удерживать принцип решения и легче переключаться на новое решение, они меньше склонны к стереотипиям. Поскольку в группе с риском суицида выполнение Висконсинского теста отличалось от группы здоровых, можно говорить о снижении способности к решениям, основанным на логике и рациональных рассуждениях, свойственном для всех больных, но менее выраженным для группы с суицидальным риском.

Связь выполнения Висконсинского теста с риском суицидального поведения подтверждается не всеми исследователями, хотя данные противоречивы. Для аффективных расстройств показано, что нет различий в выполнении Висконсинского теста группами с суицидальными риском и без суицидального риска [Richard-Devantoy et al., 2014]. Для больных шизофренией показано, что факторами риска являются чувство безнадежности и осознание болезни, но при этом относительно более высокое когнитивное функционирование [Kim et al., 2003], в том числе меньший процент персевераторных ошибок, у больных с суицидальным риском, по сравнению с больными без суицидального риска.

Полученный в нашем исследовании результат может отражать тот факт, что группы больных включали как больных шизофренией с первым психотическим эпизодом, так и больных с аффективными расстройствами. В исследовании, близком по составу выборки с нашим исследованием [Burton et al., 2011], получен аналогичный результат для Висконсинского теста. Подгруппа с попытками суицида выполняла лучше Висконсинский тест по сравнению с подгруппой с суицидальными идеями, из чего авторы делают выводы о лучшей способности к рассуждению и решению логических задач у людей, совершивших попытку суицида.

Еще одним из объяснений может быть тот факт, что в ряде исследований связывают снижение способности к инсайту о своем психическом заболевании и увеличение количества персевераторных ошибок в Висконсинском тесте [Shad et al., 2004]. Пациенты с первым эпизодом шизофрении с более

высоким уровнем инсайта выполняли лучше Висконсинский тест и делали меньше персевераторных ошибок. А известно, что высокий уровень инсайта при психическом заболевании является фактором риска суицида [Carlborg et al., 2010]. Некоторые авторы полагают, что низкий уровень инсайта при первом эпизоде шизофрении и ухудшение исполнительных функций, которые измеряются Висконсинским тестом, могут иметь под собой общую нейробиологическую основу, они связывают это с уменьшением объема дорсолатеральной префронтальной коры.

Независимость механизмов принятия решений, основанных на эмоциональном опыте и на логических рассуждениях, показана в различных исследованиях и для здоровых испытуемых [Медведева и др., 2015], и для клинической группы [Медведева, Воронцова, 2014а; 2014b]. Наши результаты подтвердили отсутствие связи между выполнением этих методик в контрольной группе и в группе больных без суицидального риска. При этом в группе с суицидальным риском были выявлены значимые корреляции между выполнением «Игровой задачи» и Висконсинского теста сортировки карточек (табл. 3). При ухудшении выполнения «Игровой задачи» улучшалось выполнение Висконсинского теста, это проявлялось в уменьшении процента персевераторных ошибок, в более быстром завершении первой категории в Висконсинском тесте, увеличении ответов концептуального уровня. Возможное объяснение этого результата может состоять в том, что при риске суицида при недостаточности механизма основанного на эмоциях принятия решений происходит компенсаторный сдвиг в сторону принятия решений, основанных на логике и рассуждениях.

Гипотезы компенсаторного сдвига рассматриваются в нейропсихологии в связи с локализацией возможных мозговых нарушений при суицидальном риске [Weinberg, 2000; Иванов, Егоров, 2010]. В большинстве работ суицидальное поведение связывается с дисфункцией правого полушария [Persinger, 1994; Weinberg, 2000]. Так, в работе [Weinberg, 2000] утверждается, что у людей с суицидным риском ослаблена способность генерировать полисемантический контекст, что искажает адекватность самовосприятия, понимание подтекста, скрытого смысла, неспособность исходить из собственного опыта. Автор полагает, что из-за функциональной недостаточности правого полушария у людей, склонных к суициду, происходит компенсаторный сдвиг в сторону левого полушария, и они используют левополушарный когнитивный стиль обработки информации, который он называет моносемантическим. Этот сдвиг проявляется у людей с суицидальными тенденциями в склонности к диссоциации, отчужденному и негативному восприятию собственного тела, пониженной чувствительности к боли, дезинтеграции представлений о себе, трудностях эмоциональной регуляции, чрезмерно общем характере личных воспоминаний и таких чертах личности, как низкая открытость опыту.

Полученные в нашем исследовании результаты могут быть объяснены с помощью гипотезы компенсаторного сдвига. Выполнение и «Игровой задачи», и Висконсинского теста сортировки карточек связывают преимущественно с префронтальными областями коры. При этом «Игровая задача» задействует, по мнению ряда исследователей, преимущественно правостороннюю вентромедиальную префронтальную кору, миндалину [Bechara, Damasio, 2005]. Дамасио с коллегами предполагает, что репрезентации позитивных последствий связаны с позитивными соматическими состояниями через преимущественно левостороннюю вентромедиальную кору, репрезентации негативных событий – преимущественно через правостороннюю вентромедиальную кору. Он ссылается на работы по нейропсихологии эмоций и частичное подтверждение этой гипотезы видит в исследованиях с правосторонними поражениями вентромедиальной коры [Manes et al., 2002; Tranel et al., 2002], которые показывают «миопию» на негативные последствия. Увеличение количества персевераций в Висконсинском тесте сортировки карточек, напротив, связано преимущественно с левосторонними нарушениями [Московичюте, 1998; Goldstein et al., 2004; Медведева и др., 2012]. В нашем исследовании, в соответствии с гипотезой компенсаторного сдвига, группа больных с суицидальным риском демонстрировала снижение внимания к проигрышу, к отрицательным последствиям своих решений, что соответствует функциональному снижению правополушарной активности, но при этом более высокие показатели исполнительных функций, меньшее количество персевераций, что соответствует лучшему левополушарному функционированию. Однако материал нашего исследования, отсутствие в нем классических нейропсихологических методик не позволяет сделать однозначный вывод о компенсаторном сдвиге в механизмах принятия решений при суицидальном риске, требуются дальнейшие исследования.

Полученные в нашем исследовании результаты справедливы для группы больных с потенциальным

риском суицида, который определялся на основе предыдущих попыток суицида и на основе наличия суицидальных идей. Для оценки риска суицида очень важно иметь возможность проследить дальнейшую судьбу испытуемых. Для подтверждения и уточнения полученных в исследовании результатов необходим катamnестический анализ выделенной когорты больных.

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

Выводы

Результаты проведенного исследования подтверждают возможность оценки суицидального риска с точки зрения нарушения нейрокognитивных механизмов принятия решений.

Показано, что при снижении способности принимать основанные на эмоциях решения в неопределенных ситуациях и относительной сохранности способности к формальным логическим рассуждениям у больных эндогенными психическими расстройствами повышается потенциальный риск суицидального поведения.

При риске суицида и недостаточности механизма основанного на эмоциях принятия решений происходит компенсаторный сдвиг в сторону принятия решений, основанных на логике и рассуждениях. Однако этот вывод требует дальнейшего исследования.

Полученные результаты позволяют выделить нарушение механизма основанного на эмоциях принятия решений в качестве мишени для психокоррекционной работы с целью уменьшения суицидального риска у больных с эндогенными психическими расстройствами.

Для дальнейших исследований необходим катamnестический анализ выделенной когорты больных.

Литература

Иванов О.В., Егоров А.Ю. Нейропсихологические аспекты суицидального поведения. Неврологический вестник, 2010, No. 3, 66–76.

Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Борисова О.А. Прогноз суицида при депрессии. Вопросы психологии, 2015, No. 3, 38–48.

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.

Медведева Т.И., Большакова С.П., Зинченко О.О., Ениколопова Е.В. Принятие основанных на эмоциях решений в ситуации неопределенности. Психологические исследования, 2015, 8(43), 10.

Медведева Т.И., Воронцова О.Ю. Оценка факторов, влияющих на принятия решений в неопределенных ситуациях при шизофрении. Психиатрия, 2014а, 3(63), 50.

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, 2014b, 114(9), 53–60.

Медведева Т.И., Ениколопова Е.В., Ениколопов С.Н. Гипотеза соматических маркеров Дамасио и игровая задача (IGT): обзор. Психологические исследования, 2013, 6(32), 10.

Медведева Т.И., Ковязина М.С., Земляная А.А. Особенности мышления у больных эпилепсией с разной

латерализацией очага эпилептической активности. Вопросы психологии, 2012, No. 3, 125–133.

Москвичюте Л.И. Асимметрия полушарий мозга на уровне коры и подкорковых образований. В кн.: Е.Д. Хомская, Т.В. Ахутина. (Ред.), I Международная конференция памяти А.Р. Лурии. М.: Мос. гос. университет, 1998. С. 96–101.

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.

Bechara A., Damasio H. The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision Games and Economic Behavior, 2005, Vol. 52, 336–372.

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.

Burton C.Z., Vella L., Weller J.A., Twamley E.W. Differential effects of executive functioning on suicide attempts. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 2011, 23(2), 173–179.

Busemeyer J.R., Stout J.C. A contribution of cognitive decision models to clinical assessment: decomposing performance on the Bechara gambling task. *Psychological assessment*, 2002, 14(3), 253–262.

Carlborg A., Winnerback K., Jonsson E.G., Jokinen J., Nordstrom P. Suicide in schizophrenia. Expert review of neurotherapeutics, 2010, 10(7), 1153–1164.

Damasio A.R., Tranel D., Damasio H. Somatic markers and the guidance of behaviour: theory and preliminary testing. In: H.S. Levin, H.M. Eisenberg, A.L. Benton (Eds.), *Frontal lobe function and dysfunction*. New York: Oxford University Press, 1991.

Goldstein B., Obrzut J.E., John C., Ledakis G., Armstrong C.L. The impact of frontal and non-frontal brain tumor lesions on Wisconsin Card Sorting Test performance. *Brain and cognition*, 2004, 54(2), 110–116.

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), 150–157.

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), 304–310.

Kim C.H., Jayatilake K., Meltzer H.Y. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia research*, 2003, 60(1), 71–80.

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), 101–108.

Lezak M.D. *Neuropsychological assessment*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

Manes F., Sahakian B., Clark L., Rogers R., Antoun N., Aitken M., Robbins T. Decision-making processes following damage to the prefrontal cortex. *Brain*, 2002, 125(3), 624–639.

Mann J.J. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature reviews. Neuroscience*, 2003, 4(10), 819–828.

Mauri M.C., Paletta S., Maffini M., Moliterno D., Altamura A.C. Suicide attempts in schizophrenic patients: clinical variables. *Asian journal of psychiatry*, 2013, 6(5), 421–427.

Persinger M.A. Sense of a presence and suicidal ideation following traumatic brain injury: indications of right-hemispheric intrusions from neuropsychological profiles. *Psychological reports*, 1994, 75(3 Pt 1), 1059–1070.

Pompili M., Amador X.F., Girardi P., Harkavy-Friedman J., Harrow M., Kaplan K., Krausz M., Lester D., Meltzer H.Y., Modestin J., Montross L.P., Mortensen P.B., Munk-Jorgensen P., Nielsen J., Nordentoft M., Saarinen P.I., Zisook S., Wilson S.T., Tatarelli R. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of general psychiatry*, 2007, 6(1), 1–22.

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), 1663–1673.

Shad M.U., Muddasani S., Prasad K., Sweeney J.A., Keshavan M.S. Insight and prefrontal cortex in first-episode Schizophrenia. *Neuroimage*, 2004, 22(3), 1315–1320.

Tranel D., Bechara A., Denburg N.L. Asymmetric functional roles of right and left ventromedial prefrontal cortices in social conduct, decision-making, and emotional processing. *Cortex*, 2002, 38(4), 589–612.

Weinberg I. The prisoners of despair: right hemisphere deficiency and suicide. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 2000, 24(8), 799–815.

Поступила в редакцию 18 января 2016 г. Дата публикации: 27 апреля 2016 г.

[Сведения об авторах](#)

Медведева Татьяна Игоревна. Младший научный сотрудник, отдел медицинской психологии, Научный центр психического здоровья, Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.
E-mail: medvedeva.ti@gmail.com

Воронцова Оксана Юрьевна. Научный сотрудник, отдел медицинской психологии, Научный центр психического здоровья, Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.
E-mail: okvorontsova@inbox.ru

Ениколопов Сергей Николаевич. Кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом медицинской психологии, Научный центр психического здоровья, Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.
E-mail: enikolopov@mail.ru

Казьмина Ольга Юрьевна. Кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, отдел медицинской психологии, Научный центр психического здоровья, Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.
E-mail: kazminaolga@mail.ru

[Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Нарушение принятия решений и суицидальная направленность. *Психологические исследования*, 2016, 9(46), 3. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Нарушение принятия решений и суицидальная направленность // *Психологические исследования*. 2016. Т. 9, № 46. С. 3. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг). [Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n46/1257-medvedeva46.html>

[К началу страницы >>](#)