

POTENTIAL DESIRE ACCESS TO A SPECIALIST IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH IN BOYS: IMPLICATIONS FOR PRACTICE SUICIDOLOGICAL

A.V. Merinov, T.A. Medentseva

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

This study was focused on the desire to consult a specialist in mental health among young people. Investigated by a group of young men whose answer to the statement in the proposed questionnaire to identify autoaggressive patterns was positive. Our results conclusively demonstrate that the respondents have significantly higher suicidal potential. Suicidal thoughts in the study group discovered the 31,2% of the respondents against the 14,0% of the control. Frequency of depressive States characterized precisely studied a group of young men – 75,0%. Experienced frequent moments of despair – 47,9% of young men in the study group against 21,9% in the control group. Similar data were obtained in the study of similar groups of girls with a desire for access to a specialist in the field of mental health. This fact speaks in favor of a positive answer to this question is rather what is disturbing, often "premanifest" indicating a possible serious problem. This question, despite its seeming "lightness", it is appropriate to use in screening studies as suicidological in practice and in other studies of young boys and girls regarding their psycho-emotional state.

*Keywords:* wives of men with alcohol dependence, autoaggression, suicidal behaviour.

УДК: 616.89-008.44

**ПИКТОГРАФИЧЕСКИЙ ЭКСПРЕСС-ТЕСТ «РИСК СУИЦИДАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ»**

С.В. Харитонов, С.В. Рызова, В.Е. Цупрун

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Контактная информация:

**Харитонов Сергей Викторович** – доктор медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: sergeyhar@mail.ru

**Цупрун Виталий Евсеевич** – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: syicid@mail.ru

**Рызова Светлана Владимировна** – медицинский психолог ГКУЗ "Психиатрическая клиническая больница №12 Департамента здравоохранения города Москвы". Адрес: г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 47. Телефон: (499) 193-05-66; электронный адрес: ryzovas@gmail.com

В настоящем исследовании применялся оригинальный рисуночный Пиктографический экспресс-тест по оценке суицидального риска. Исследование осуществлялось с применением рандомизации и являлось «слепым». В исследовании приняло участие 94 пациента с разными диагнозами, вне психотических переживаний. Все пациенты имели ту или иную суицидальную активность, определяемую по ступеням шкалы суицидального риска А.Г. Амбрумовой. Определено, что у пациентов, обдумывавших способы и методы суицида, выполнение экспресс теста после получения последней инструкции занимало в среднем 5,9 секунды, в то время как у пациентов, не имевших таких планов, 16,1 секунды при высоком уровне статистической достоверности результатов. Также среди пациентов, не имевших признаков удовлетворяющих критериям второй ступени шкалы суицидального риска, часто встречались отказы от выполнения задания.

Таким образом, наличие разработанных или разрабатываемых планов по реализации суицидального поведения способствует более быстрому и осмысленному выполнению инструкций теста, что представляется диагностически важным феноменом.

*Ключевые слова:* пиктографический, экспресс, тест, суицид, проективный, диагностика.

Проблема прогнозирования суицидального риска является одной из наиболее чувствительных областей психиатрии. С одной сторо-

ны, опросники и тесты разработаны и рекомендовали себя неплохо в качестве вспомогательных средств диагностики. С другой сторо-

ны, при желании обследуемого человека ему легко исказить результаты, отвечая на вопросы недостаточно искренне или заведомо неискренне. Казалось бы очевидное решение проблемы в применении проективных тестов, что особенно актуально при оценке суицидального риска у детей. Но и здесь есть проблема, связанная с интерпретацией результатов и репрезентативностью предлагаемых методов.

Наиболее известными из проективных методов, способных давать более-менее приемлемый уровень прогнозирования суицидального риска, являются тесты Розенцвейга, ТАТ и тест Роршаха.

В основе теста фрустрации Розенцвейга лежит теория фрустрации и агрессии, суть которой в разделении людей на несколько типов в зависимости от направленности их агрессии. Так же как и в ТАТ в тесте Розенцвейга, в качестве стимульного материала использованы картинки, представляющие персонажей в фрустрирующей ситуации [1]. Показатели теста отражают не столько структурные личностные образования, сколько индивидуальные динамические характеристики поведения. По этой причине тест не нашел применения в психопатологической диагностике, однако обнаружил удовлетворительную способность по оценке суицидального риска. По данным В.А. Руженкова и соавт. [2] наиболее часто у суицидентов фиксируются экстрапунитивные типы реагирования с фиксацией на препятствии и самозащите. Аналогичные выводы приводятся и в других работах. Так, по данным Ж.Л. Демченко и Н.А. Сюрис [3] у большинства лиц склонных к аутоагрессии в тесте Розенцвейга фиксируются увеличение реакций самозащиты, и в меньшей степени фиксируются препятственно - доминантные реакции. В тоже время, собственно суицидальный риск этот тест не измеряет, и его применение требует времени, что значительно осложняет ведение экспресс – скрининга.

Тест ТАТ, разработанный еще в начале 30-х годов прошлого столетия, так же как и тест Розенцвейга в качестве стимульного материала задействует черно-белые фотографические изображения людей в разных ситуациях. Испытуемому предлагается составить на основе этих изображений сюжетные рассказы. Существует несколько модификаций ТАТ, каждая из которых имеет свои достоинства и недостатки. Как и тест Розенцвейга, непосредственной

оценки риска совершения суицидального действия ТАТ не позволяет сделать, и требует времени для проведения и последующей обработки [4].

В тесте Роршаха стимульный материал представлен стандартными таблицами с черно-белыми и цветными аморфными изображениями. Испытуемые по своему усмотрению дают описания этих картинок [5]. На основе разных аспектов ответа испытуемых экспериментатор, в зависимости от предпочитаемой им школы интерпретации этого теста дает оценки по многим параметрам личностных характеристик испытуемого. В одном из подходов, обозначенных как интегративная система, предлагается включать более 90 переменных, которые описывают психологическое функционирование испытуемого. Среди многочисленных шкал и индексов метода Роршаха выделяется индекс – «суицидальное созвездие». Авторы полагают, что если значение по данной суицидальной шкале у испытуемого достигает критического (более 7 баллов), то это говорит о том, что испытуемый либо ранее предпринимал суицидальные попытки, либо в ближайшее время (в течение 2 месяцев) он с большой степенью вероятности совершит суицид [6]. Однако более подробных исследований по данному показателю нам не удалось обнаружить в литературе, и, как видно, его расчеты требуют значительных затрат времени.

Среди многообразия решений в проективных исследованиях есть еще одно, недостаточно разработанное в психологических школах, тем не менее, некогда служившее формой коммуникации, и ранее хорошо известное – пиктограмма. Сегодня можно с уверенностью сказать, что пиктограмма, являлась одним из важнейших языков древности, и в большей мере применялась для описания деятельности человека. По крайней мере, наш опыт работы в Каирском музее Египта свидетельствует, что большинство пиктографических текстов описывают именно деятельность человека и много реже применяются для непосредственного оперирования абстрактными и отвлеченными понятиями.

Археологические находки свидетельствуют, что в Шумеро-Аккадской культуре Месопотамии, в культуре Хараппы, как и в ранних американских культурах, пиктограмма сохранялась длительное время. Практика использования пиктограмм (как вариант идеограмм)

актуальна и в настоящее время. Пиктограммы часто служат нам гораздо лучше, чем словесные инструкции. Нетрудно представить, что будет происходить на дорогах, если вместо привычных дорожных знаков (идеограмм) будут словесные надписи. Во-первых, чтение слов займет больше времени. Во-вторых, слово не лучший из способов апелляции к деятельностным алгоритмам. В то время как пиктограмма проста и понятна по типу «вижу-делаю» (то есть в наглядно-действенном отношении).

В связи с ожидаемой успешностью применения пиктограммы как проективного метода, и ее высоковероятной связи с деятельностными аспектами психической жизни, нами был предложен диагностический метод, направленный на оценку риска аутоагрессивных действий [7].

Материал исследования.

Материалом исследования послужили результаты проведенных тестов и клиническая оценка психического состояния 94 пациентов стационарированных в 12 ГКПБ г. Москвы и обратившихся в Московский НИИ психиатрии.

Средний возраст по группе составил  $40,8 \pm 1,4$  года. Мужчин в выборке было 21, женщин – 73. В нозологическом отношении выборка была разнородной. В исследование, в случайном порядке (рандомизация методом конвертов), отбирались пациенты по мере их поступления. Распределение пациентов по нозологическим категориям в соответствии с МКБ-10 было следующим: F43 – n=29, F21 – n=12, F41 – n=21, F06 – n=5, F33 – n=9, F20 – n=5, F34 – n=13.

Критериями включения в исследование являлись:

1. Ранее высказывались идеи о нежелании жить.
2. На момент обследования нет признаков выраженных интеллектуально-мнестических расстройств.

3. Нет признаков аггравации или симуляции психических расстройств.
4. Нет соматогений в фазе обострения.
5. На момент проведения теста нет признаков алкогольного и/или наркотического опьянения.

Критерии исключения:

1. Психическая заторможенность.
2. Нарушения мышления.
3. Психотические переживания на момент проведения исследования.
4. Ограничения моторики, физически препятствующие проведению теста.
5. Отказ от исследования.

Методы исследования.

Среди методов исследования применялись клинический метод и, в частности, применялась шкала А.Г. Амбрумовой [8] по оценке выраженности суицидального риска где:

Первая ступень – пассивные суицидальные мысли – характеризуется представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. Примером этому являются высказывания: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться»; «если бы со мной произошло что-нибудь, и я бы умер ...» и т. д.

Вторая ступень – суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, т. е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана её реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия.

Третья ступень – суицидальные намерения – предполагает присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

*Проективный экспресс-тест*, разработанный нами. Для наглядности вариант ответа представлен на рис. 1.



Рис. 1. Экспресс тест больного Н-ва с суицидальными намерениями соответствующими 2 ступени шкалы суицидального риска А.Г. Амбрумовой.

Испытуемым давались три инструкции:

1. Сначала заполняется первая ячейка. Инструкция – "Нарисуйте в первом прямоугольнике себя сейчас. Рисунок можно делать по типу палка-палка-огуречик".

2. Затем следует инструкция – "Нарисуйте себя умершим"

3. Последняя инструкция – "Нарисуйте в среднем прямоугольнике – что случилось, из-за чего вы умерли?"

*Статистические методы.* Обработка результатов исследования осуществлялась методами описательной статистики и методами непараметрической статистики с помощью программы Statplus Professional.

При проведении исследования специалист осуществлявший тестирование не знал результатов клинического исследования пациента, как и пациенты не знали о характере исследования (таким образом, исследования являлось «слепым»).

Результаты и их обсуждение.

Из 94 испытуемых 77 человек имели суицидальную активность, удовлетворяющую критериям первой степени шкалы суицидального риска А.Г. Амбрумовой; 17 пациентов имели уровень суицидальной активности соответствовавшей критериям второй степени суицидальной активности.

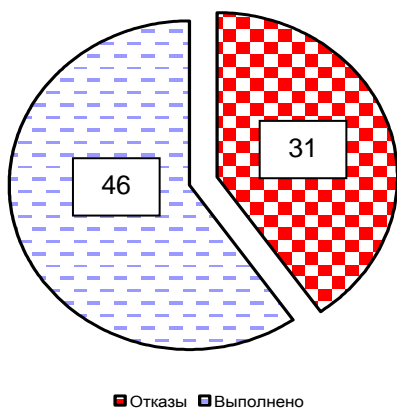


Рис. 2. Соотношение между выполнившими задание и отказавшихся среди обследованных с 1 степенью суицидальной угрозы шкалы А.Г. Амбрумовой.

Из 77 пациентов с пассивными суицидальными мыслями (1 степень) 31 человек отказались или не смогли выполнить задание, или обилие вопросов, которое у них возникало, не

позволяло считать тест выполненным (приступали к выполнению задания после более, чем 30 секунд обсуждений).

Таким образом, задание выполнили только 46 пациентов с суицидальным риском соответствующим критериям 1 степени суицидального риска (рис. 2).

В среднем время, которое затрачивали пациенты данной группы на то чтобы начать делать рисунок, составило – 16,1 секунды, при дисперсии = 11,7; стандартное отклонение = 3,4; стандартная ошибка (среднего) = 0,5; коэффициент вариации = 0,2; среднее геометрическое = 15,7; среднее гармоническое = 15,3; мода = 15; медиана = 15,5; асимметрия = 0,3.

Пациенты с суицидальной активностью, соответствовавшей критериям второй степени шкалы А.Г. Амбрумовой, в среднем начинали делать рисунок через 5,9 секунды после получения инструкции, при дисперсии = 7,3; стандартном отклонении = 2,7; стандартной ошибке (среднего) = 0,7; коэффициенте вариации = 0,5; среднем геометрическом = 4,2; среднем гармоническом = 3,4; медиане = 4; асимметрии = 0,66; эксцессе = 2,8. Отказов от выполнения данного задания не было, как и вопросов о его технических аспектах реализации.

Из 17 обследуемых с суицидальной активностью на уровне 2 степени шкалы только у одного пациента рисунок не содержал явных признаков аутодеструкции. В свою очередь, среди пациентов с уровнем суицидальной активности, соответствовавшей 1 степени, из 77 человек ни один не сделал рисунков содержащих признаки аутодеструкции.

При статистическом анализе определено, что в группе пациентов, имевших суицидальный риск на уровне 1 степени шкалы А.Г. Амбрумовой, статистически достоверно чаще фиксировались отказы от выполнения задания по сравнению с пациентами с суицидальным риском соответствовавшим 2 степени одноименной шкалы. При уровне критерия Хи-квадрат = 6,489 ( $p < 0,05$ ), критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса составил – 5,041 ( $p < 0,05$ ), точный критерий Фишера (двусторонний) = 0,00660 ( $p < 0,05$ ).

При исследовании оценки силы связи между вероятностью выполнения задания при 2 степени суицидального риска определен средний уровень связи между этими фактора-

ми. При критериях  $\phi$ , V Крамера и критерию К Чупрова = 0,228, критерий Пирсона (C) = 0,222 и нормированном значении коэффициента Пирсона (C') = 0,314.

При оценке соответствия тематики сделанных рисунков в интерпретации обследованных определено, что рисунки, содержащие указания на аутоагрессию, характерны для лиц, имевших суицидальную активность на уровне 2 ступени, и не характерны для лиц с 1 ступенью. Уровень достоверности по критерию Хи-квадрат = 87,33 ( $p < 0,01$ ), критерию Хи-квадрат с поправкой Йейтса = 80,8 ( $p < 0,01$ ), точному критерию Фишера (двусторонний) = 0,0000 ( $p < 0,05$ ).

При исследовании оценки силы связи между вероятностью выполнения рисунка с признаками аутоагрессивного содержания при 2 ступени суицидального риска определен, как очень сильный по критериям  $\phi$ , V Крамера и критерию К Чупрова = 0,964, и как сильная по критерию Пирсона (C) = 0,694.

При исследовании различий во времени, требуемом испытуемым для начала выполнения рисунка после получения инструкции, между группами пациентов со 2 и с 1 ступенями суицидального риска получены статистические данные, свидетельствующие о достоверно более высокой скорости начала выполнения задания у пациентов со 2 ступенью суицидального риска. По тесту Колмогорова-Смирнова максимальная разница = 0,88 при уровне значимости  $p < 0,001$ . По тесту Манна-Уитни  $Z = 5,52$  при уровне значимости  $p < 0,001$ .

Выводы.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пиктографический экспресс-тест достаточно точно выявляет пациентов с суицидальной активностью, когда есть место продумыванию планов совершения суицида. При этом практически не имеет ложноположительных диагностик (когда тест фиксирует суицидальный риск, а его на самом деле нет). По крайней мере, ложноположительных диагностик в нашем исследовании вообще не было, ложноотрицательные оценить по данной выборке затруднительно.

В тоже время, ни один из пациентов с пассивными суицидальными мыслями не выполнил рисунка, который можно интерпретировать, как содержащий признаки аутоагрессии,

и который пациенты так интерпретировали бы сами.

В очень многих случаях пациенты с пассивными суицидальными мыслями оказывались не в состоянии начать выполнять задание более 30 секунд (что расценивалось нами как отказ). Либо они сообщали о неготовности выполнить данное задание вообще. Либо задавали слишком много вопросов после получения инструкции (что скорее выглядело, как беспокойство) и по этой причине долго не могли начать выполнение рисунка.

Данные полученные в результате статистической обработки позволяют делать вывод о том, что между наличием ментализаций плана суицида и скоростью начала выполнения задания существует достоверная связь. И она существенно выше, чем у лиц, не имеющих такого рода идей. Даже, если они и высказывают отдельные мысли свойственные для 1 ступени суицидального риска по шкале А.Г. Амбрумовой.

С другой стороны, требуется аккуратность в интерпретации результатов данного теста пока не будут накоплены более точные статистические данные, включая данные по разным возрастным категориям и прочим группам.

Задержка времени, требуемая пациентам с уже готовым планом действий в отношении суицидального поведения, понятным образом выше, чем у пациентов, не имеющих такого плана. В тоже время, в наших данных разброс по времени задержки в группе со 2 ступенью активности был достаточно велик, как и в группе с 1 ступенью и скорости часто перекрывались. Вероятно, в скорости выполнения предложенного нами теста, кроме активных ментализаций суицида, имеют значение еще и индивидуальные свойства личности, нервной системы, влияние психотропных средств, психического заболевания и т.д. Поэтому, нам представляется более аккуратным на данный момент применять не столько временной критерий в интерпретации результатов теста, сколько осуществлять его качественный анализ. А именно отвечать на вопрос – при выполнении инструкции есть признаки, что испытуемый выполняет действия по уже имеющейся идеи, обрамляя ее в рисунок, либо выражает признаки растерянности, и не понимает, как приступить к выполнению такого зада-

ния, протестует или иными способами старается уклониться от выполнения задания?

В целом, складывается впечатление, что данный тест в качестве экспресс-метода пред-

варительной диагностики может быть полезен и в клинической практике и при скрининге разных групп риска, как быстрый и в достаточной мере чувствительный инструмент.

Литература:

1. Розенцвейг С. Тест Розенцвейга (детский и взрослый варианты). – М.: Речь. – Психологический практикум, 2002. – 62 с.
2. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боева А.В. Аутодеструктивное поведение юношей призывного возраста (клиника, классификация, прогноз) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Том 16, № 4. – С. 97-102.
3. Демченко Ж.Л., Сюрис Н.А. К вопросу об аутоагрессивном поведении военнослужащих // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 14, № 3. – С. 29-30.
4. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. – М.: Речь. Серия – «Диагностика», 2004. – 254 с.
5. Рауш де Траубенберг Н.К. Тест Роршаха: Практическое руководство. – М.: Когито-Центр, 2005. – 255 с.
6. Ассанович М.А. Оценка некоторых поведенческих характеристик у больных невротическими расстройствами методом Роршаха (на основе Интегративной Системы): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – Гродно, 2002. – 24 с.
7. Харитонов С.В. Опросник "Шкалы динамического контроля суицидального риска" (ШДК) и Пиктографический Экспресс-Тест. URL: <http://kpp.okis.ru/shdk-suicidalnogo-riska-.html>. Дата обращения 30.05.2016.
8. Амбрумова А.Г. Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М.: Московский научно-исследовательский институт, 1980. – 48 с.

References:

1. Rozenvejg S. Test Rozenvejga (detskij i vzroslyj varianty). – M.: Rech'. – Psihologicheskij praktikum, 2002. – 62 s. (In Russ)
2. Ruzhenkov V.A., Lobov G.A., Boeva A.V. Autodestruktivnoe povedenie junoshej prizyvnoego vozrasta (klinika, klassifikacija, prognoz) // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2006. – Tom 16, № 4. – S. 97-102. (In Russ)
3. Demchenko Zh.L., Sjuris N.A. K voprosu ob autoagressivnom povedenii voennosluzhashchih // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 14, № 3. – S. 29-30. (In Russ)
4. Leont'ev D.A. Tematicheskij apperceptivnyj test. – M.: Rech'. Serija – «Diagnostika», 2004. – 254 s. (In Russ)
5. Raush de Traubenberg N.K. Test Rorshaha: Prakticheskoe rukovodstvo. – M.: Kogito-Centr, 2005. – 255 s. (In Russ)
6. Assanovich M.A. Ocenka nekotoryh povedencheskih harakteristik u bol'nyh nevroticheskimi rasstrojstvami metodom Rorshaha (na osnove Integrativnoj Sistemy): Avtoref. dis... kand. med. nauk: 14.00.18. – Grodno, 2002. – 24 s. (In Russ)
7. Haritonov S.V. Oprosnik "Shkaly dinamicheskogo kontrolja suicidal'nogo riska" (ShDK) i Piktograficheskij Jekspress-Test. URL: <http://kpp.okis.ru/shdk-suicidalnogo-riska-.html>. Data obrashhenija 30.05.2016. (In Russ)
8. Ambrumova A.G. Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija. Metodicheskie rekomendacii. – M.: Moskovskij nauchno-issledovatel'skij institut, 1980. – 48 s. (In Russ)

PICTOGRAPHIC RAPID TEST IS "THE RISK OF SUICIDAL ACTIONS"

S.V. Kharitonov, S.V. Ryzova, E.V. Tzuprun

Moscow research Institute of psychiatry, Russia

The present study used the original drawing Pictographic rapid test for the assessment of suicide risk. The study was carried out with the use of randomization and was "blind". In testing was attended by 94 patients with different diagnoses, outside of psychotic experiences. All patients had a certain kind of suicidal activity, determined by the levels of the scale of suicide risk A. Ambrumova. Determined that patients abduvlen ways and methods of suicide execution the Express test after receiving the last instructions, took an average of 5.9 seconds, in that time, as in patients who did not have such plans for 16.1 seconds at high level of statistical reliability of the results. Also, among patients who did not have signs meeting the criteria of the second stage of the scale of suicidal risk, often met failures in performing the task.

Thus, the presence of developed or developing plans for the implementation of suicidal behavior contributes to a faster and more meaningful implementation of instructions of the test, which appears to be diagnostically important phenomenon.

*Keywords:* pictographic, express, test, suicide, projective, diagnostic.