



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ИНСТИТУТ
КИНО И ТЕЛЕВИДЕНИЯ
САНКТ - ПЕТЕРБУРГ

ЦЕНТР НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
творческих и управленческих кадров в сфере культуры ФГБОУ ВО

Национальный проект «Культура»
Федеральный проект «Творческие люди»

Современные взгляды на психические расстройства

врач-психиатр, психотерапевт
городского центра профилактики
эмоционального выгорания
СПб ГКУЗ ГПБ №6

Афанасьева Вера Сергеевна

канд. пс. наук, доцент кафедры
мед. психологии и психофизиологии СПбГУ,
clin. психолог городского центра
профилактики эмоционального
выгорания СПб ГКУЗ ГПБ №6

Зотова Наталия Евгеньевна

Темы вебинара



Тема 1. Основные классы психических расстройств.

Тема 2. Распространенность психических расстройств среди студентов ВУЗов.

Тема 3. Роль психообразовательных программ для преподавательского состава в своевременном выявлении психических расстройств студентов ВУЗов.

Тема 4. Основные скрининговые инструменты для выявления психических расстройств студентов ВУЗов на доврачебном этапе.



Тема 1. Основные классы психических расстройств



Психическое заболевание – это болезнь с набором характерных симптомов, проявляющихся в расстройствах настроения, нарушениях восприятия реальности, сна и аппетита, изменениях мышления и т.д.

У психического заболевания есть характерные симптомы, механизмы возникновения и способы лечения.

Понятие любой болезни, кроме собственно её клинических проявлений включает представления об этиологии (причины болезни) и патогенезе (механизм развития болезни), а также течении и наиболее эффективных методах лечения.

Основные принципы выделения и классификаций психических расстройств

1. Синдромальный принцип — основан на выделении особенностей клинической картины, т.е. ведущего психопатологического синдрома (отражает особенности внешних проявлений).
2. Этиопатогенетический (нозологический) — основан на знаниях об этиологии и патогенезе заболеваний (*греч. nosos — болезнь, нозология — учение о болезнях*).
3. Прагматический (смешанный) — сочетает два предыдущих принципа для решения практических задач: в классификациях, построенных на этом принципе (например, в главе психических расстройств МКБ-10 и МКБ-11), используются диагностические рубрики, как содержащие указания на этиологию (в тех случаях, когда она известна), так и состояния, имеющие только клинические характеристики (т.е. представляющие собой синдромы).



В **МКБ-10** вместо термина «психическая болезнь» (англ. «disease» and «illness») используется термин **«психическое расстройство»** (англ. disorder).

Термин **расстройство** – компромиссный вариант, он может описывать различные диагностические рубрики, некоторые из них могут обладать всеми характеристики болезни в собственном смысле слова, другие же могут быть описаны лишь на уровне характерной клинической картины (т.е. синдрома).



Деление на **"эндогенные"** и **"экзогенные"** психические расстройства в настоящее время во многом потеряло свою актуальность (и точность) в связи с результатами генетических исследований (в развитии почти всех психических заболеваний свою роль играют как генетические, так и внешние (средовые) факторы).

Современным делением психических расстройств, нашедшим отражение в **МКБ-11 (2019)**, является их деление на **первичные** и **вторичные**.

Вторичные расстройства обусловлены соматическим/неврологическим заболеванием/состоянием или интоксикациями психоактивными веществами (ПАВ).

Первичные (идиопатические) расстройства предполагают, что симптоматика не может быть объяснена действием каких-либо внешних причин (диагнозы исключения - как гипертоническая болезнь в общей медицине).

МКБ (Международная классификация болезней)



- Использование МКБ-10 для диагностики психических расстройств регламентировано законодательством Российской Федерации. МКБ-10 – десятый пересмотр Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, данная версия классификатора была разработана в 1989 году и принята ВОЗ в 1990 году.
- К главе психических расстройств МКБ-10 разработаны диагностические руководства (несколько версий для разных условий - клинической практики, исследований, общей врачебной практики, детской психиатрии), включающие перечни критериев диагностики, т.е. клинические руководства являются диагностическим инструментом => важно для повышения надежности диагностики.

МКБ построена на прагматическом (смешанном) принципе



- Этиология заболевания указывается лишь в тех случаях, когда она известная и может быть выявлена у пациента.
- Причина возникновения расстройства неизвестна или не может быть достоверно выявлена → диагностика строится на клинических признаках (ведущем синдроме).
- Терминология МКБ существенно отличается от терминологии, использовавшейся прежде в отечественной психиатрии. Понятие «болезнь» заменено термином «расстройство», не используются в силу своей неоднозначности понятия «невроз», «эндогенный», «психогенный», «реактивный» и пр.; в связи со своей стигматизированностью исключены и заменены другими терминами «психопатия», «олигофрения», «истерия».

Раздел F МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения»



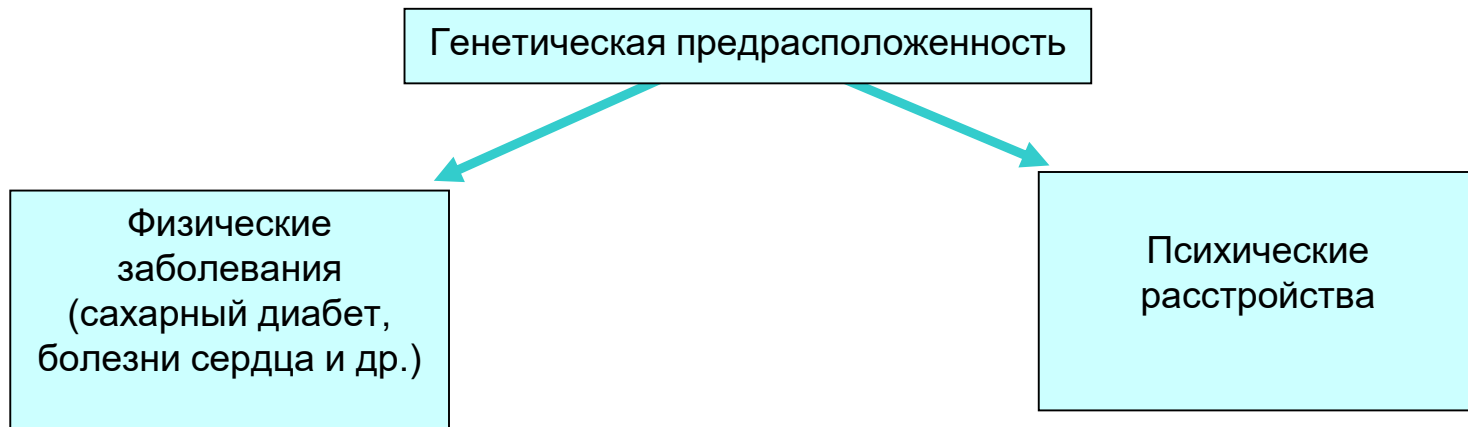
- F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства
- F1 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ
- F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
- F3 Расстройства настроения (аффективные расстройства)
- F4 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства
- F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
- F6 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте
- F7 Умственная отсталость
- F8 Расстройства психологического (психического) развития
- F9 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
- F99 Неуточненное психическое расстройство



Биопсихосоциальная модель психических расстройств. Причины и механизмы развития психического заболевания

Генетическая предрасположенность к психическим заболеваниям

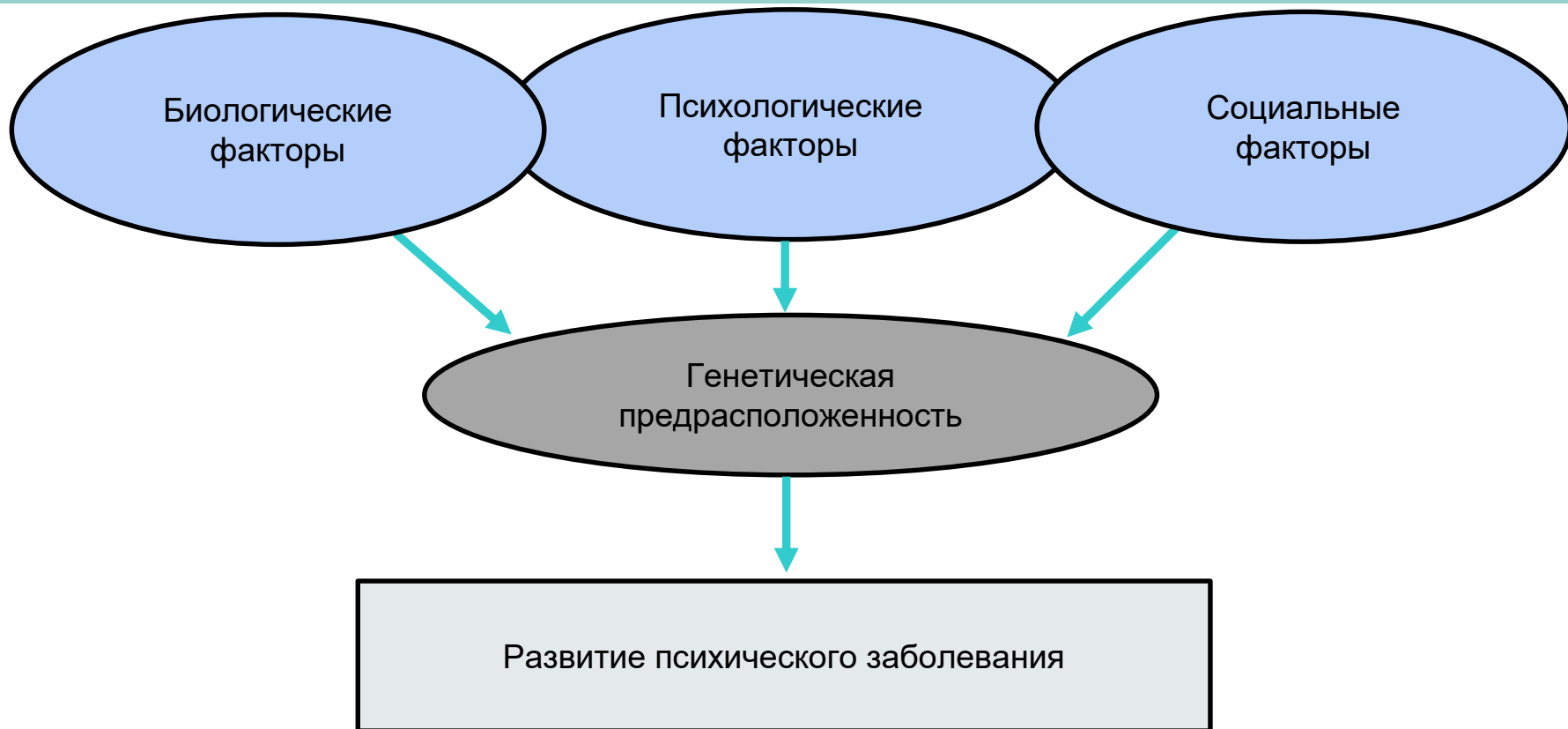




Генетическая предрасположенность не всегда приводит к развитию заболевания. Для того, чтобы болезнь активизировалась, необходим набор (совокупность) внешних факторов, которые запускают начало заболевания (или провоцируют его обострение).

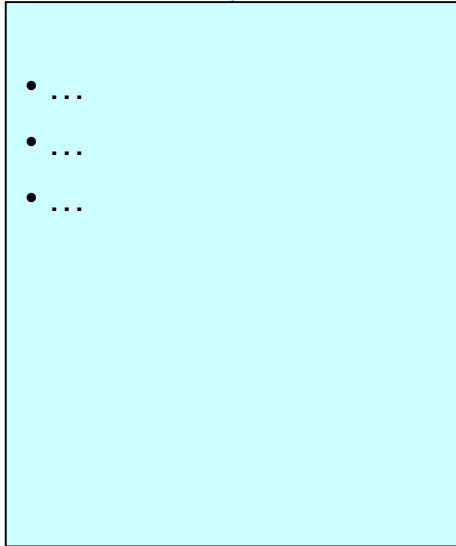
Что может провоцировать начало заболевания?

Биопсихосоциальная модель

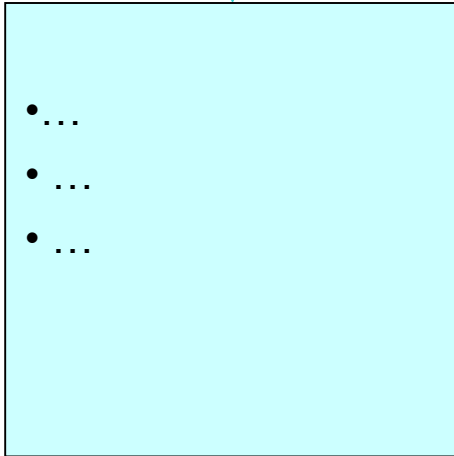


Биопсихосоциальная модель

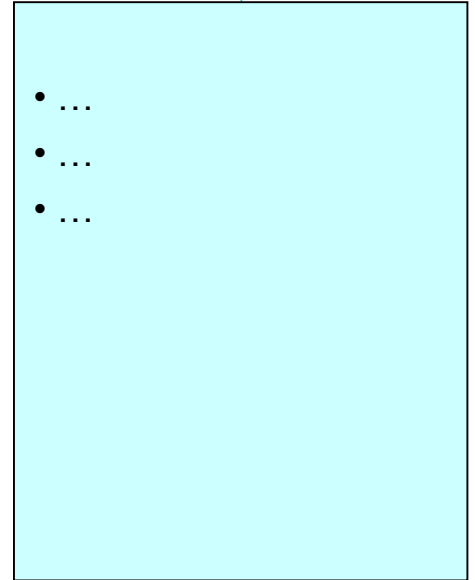
Биологические факторы



Психологические факторы



Социальные факторы



Биопсихосоциальная модель

Биологические факторы



- Употребление алкоголя и наркотиков
- Гормональные изменения
- Физические болезни
- Отравление / интоксикация вредными веществами
- Травмы головного мозга

Психологические факторы



- ...
- ...
- ...

Социальные факторы



- ...
- ...
- ...

Биопсихосоциальная модель

Биологические факторы



- Употребление алкоголя и наркотиков
- Гормональные изменения
- Физические болезни
- Отравление / интоксикация вредными веществами
- Травмы головного мозга

Психологические факторы



- ...
- ...
- ...

Социальные факторы



- Неблагоприятная обстановка в семье / на работе
- Утрата близкого
- Резкое изменение социального статуса
- Переезд в другой город / другую страну
- Эмоциональное насилие со стороны социального окружения
- Чрезвычайные ситуации, катастрофы

Биопсихосоциальная модель

Биологические факторы



- Употребление алкоголя и наркотиков
- Гормональные изменения
- Физические болезни
- Отравление / интоксикация вредными веществами
- Травмы головного мозга

Психологические факторы



- Копинг-стратегии
- Механизмы психологической защиты
- Индивидуально-психологические характеристики

Социальные факторы



- Неблагоприятная обстановка в семье / на работе
- Утрата близкого
- Резкое изменение социального статуса
- Переезд в другой город / другую страну
- Эмоциональное насилие со стороны социального окружения
- Чрезвычайные ситуации, катастрофы

Генетическая предрасположенность = росток



Лечение и реабилитация психических расстройств

```
graph TD; A[Лечение и реабилитация психических расстройств] --> B[Биологические факторы]; A --> C[Психологические факторы]; A --> D[Социальные факторы]; B --> E["• Лекарственная терапия<br>• Профилактика вредных воздействий на нервную систему (избегать приема наркотиков и алкоголя, травм головы и всего того, что может сильно истощать нервную систему (повышенные нагрузки, отсутствие отдыха, резкие смены климата и т.д.).]"]; C --> F["• ...<br>• ...<br>• ..."]; D --> G["• ...<br>• ...<br>• ..."];
```

Биологические факторы

- Лекарственная терапия
- Профилактика вредных воздействий на нервную систему (избегать приема наркотиков и алкоголя, травм головы и всего того, что может сильно истощать нервную систему (повышенные нагрузки, отсутствие отдыха, резкие смены климата и т.д.).)

Психологические факторы

- ...
- ...
- ...

Социальные факторы

- ...
- ...
- ...

Лечение и реабилитация психических расстройств

```
graph TD; A[Лечение и реабилитация психических расстройств] --> B[Биологические факторы]; A --> C[Психологические факторы]; A --> D[Социальные факторы]; B --> E["• Лекарственная терапия<br>• Профилактика вредных воздействий на нервную систему (избегание приемов наркотиков и алкоголя, травм головы и всего того, что может сильно истощать нервную систему (повышенные нагрузки, отсутствие отдыха, резкие смены климата и т.д.).]"]; C --> F["• ...<br>• ...<br>• ..."]; D --> G["• Создание для себя поддерживающего окружения (друзья, родственники, коллеги)<br>• Занятие подходящей деятельностью (работа, учеба, хобби)<br>• Правильное взаимодействие с помогающими специалистами"];
```

Биологические факторы

- Лекарственная терапия
- Профилактика вредных воздействий на нервную систему (избегание приемов наркотиков и алкоголя, травм головы и всего того, что может сильно истощать нервную систему (повышенные нагрузки, отсутствие отдыха, резкие смены климата и т.д.).

Психологические факторы

- ...
- ...
- ...

Социальные факторы

- Создание для себя поддерживающего окружения (друзья, родственники, коллеги)
- Занятие подходящей деятельностью (работа, учеба, хобби)
- Правильное взаимодействие с помогающими специалистами

Лечение и реабилитация психических расстройств

```
graph TD; A[Лечение и реабилитация психических расстройств] --> B[Биологические факторы]; A --> C[Психологические факторы]; A --> D[Социальные факторы]; B --> E["• Лекарственная терапия<br>• Профилактика вредных воздействий на нервную систему (избегать приема наркотиков и алкоголя, травм головы и всего того, что может сильно истощать нервную систему (повышенные нагрузки, отсутствие отдыха, резкие смены климата и т.д.).]"; C --> F["Формирование навыков психологической гибкости, регуляции стресса, решения конфликтных ситуаций"]; D --> G["• Создание для себя поддерживающего окружения (друзья, родственники, коллеги)<br>• Занятие подходящей деятельностью (работа, учеба, хобби)<br>• Правильное взаимодействие с помогающими специалистами"];
```

Биологические факторы

- Лекарственная терапия
- Профилактика вредных воздействий на нервную систему (избегать приема наркотиков и алкоголя, травм головы и всего того, что может сильно истощать нервную систему (повышенные нагрузки, отсутствие отдыха, резкие смены климата и т.д.).

Психологические факторы

Формирование навыков психологической гибкости, регуляции стресса, решения конфликтных ситуаций

Социальные факторы

- Создание для себя поддерживающего окружения (друзья, родственники, коллеги)
- Занятие подходящей деятельностью (работа, учеба, хобби)
- Правильное взаимодействие с помогающими специалистами



**Фазы течения психического заболевания.
Распознавание ранних признаков обострения
психического заболевания**

Фазы (этапы) течения заболевания

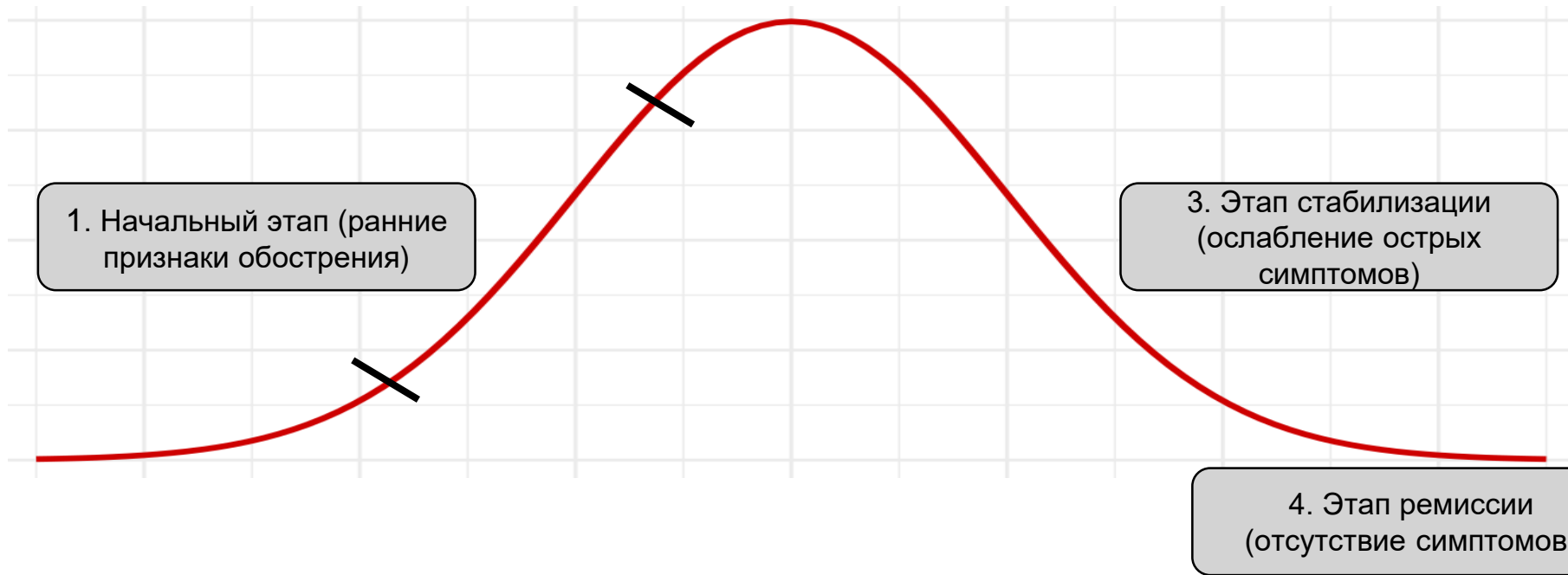


2. Острый этап (max снижение качества жизни и уровня соц. функционирования)

1. Начальный этап (ранние признаки обострения)

3. Этап стабилизации (ослабление острых симптомов)

4. Этап ремиссии (отсутствие симптомов)



Любое психическое расстройство имеет высокий риск обострения, повторного возникновения симптомов. Этот риск значительно снижается в случае соблюдения пациентами определенных **правил**:

- своевременный прием препаратов;
- обращение к врачу;
- соблюдение медицинских предписаний.

Но даже в этом случае риск обострения состояния остается. Любое обострение заболевания, как правило, не происходит внезапно. До момента развития острого состояния появляется набор симптомов, которые указывают на то, что состояние начало ухудшаться.

Признаки обострения психического заболевания



1. Эмоциональные изменения и изменения настроения
2. Изменения физического самочувствия
3. Изменения поведения
4. Изменения мышления
5. Нарушения восприятия



1. Эмоциональные изменения и изменения настроения



Тоска, тревога, внезапные приступы страха (особенно страх угрозы), возбуждение, эйфория, приподнятое настроение, повышенная раздражительность, перепады настроения, отсутствие эмоций.

2. Изменения физического самочувствия

Расстройства сна (отсутствие сна или чрезмерная сонливость), отсутствие аппетита, постоянная усталость, скованность / слабость / напряжение в мышцах, снижение веса.

3. Изменения поведения



Уход от общения с людьми, недоверие к людям, уход в себя, странное поведение, отход от обычного распорядка дня, уход из дома, неожиданное проявление интереса к необычным вещам (углубление в религию, интерес к магии).

Нарушение работоспособности (нарушение внимания, снижение энергии, снижение устойчивости к стрессу).

Резкий спад активности, небрежное отношение к личной гигиене, бездеятельность, безынициативность, повышенная агрессивность.

Повышенная активность, разговорчивость, общительность; мучительное или импульсивное принятие решений, рискованное поведение, денежные траты, отказ от дел или хаотичные начинания, измененные темп и последовательность речи.



4. Изменения мышления

Мысли путаются, пустота в голове, навязчивые мысли, чужие мысли в голове, мысли читают / контролируют другие, мысли слишком быстрые или слишком медленные, мыслей слишком мало или слишком много, перепрыгивание от одной мысли к другой; содержание (в т.ч. отношение к себе, к будущему, к окружающим, к смерти).

5. Изменения восприятия

Шум и цвет воспринимаются искаженно или усиливаются.

Чувство, будто ты сам или все вокруг изменилось.

«Я вижу то, чего не видят другие», «я слышу голоса внутри головы», «я чувствую необычные запахи», «у меня неприятные ощущения в теле».

«Все события или поступки других людей имеют отношение ко мне», ощущение слезки, воздействия («другие люди имеют доступ к моим мыслям, могут управлять мной», «я могу управлять мыслями других людей»).



Признаки (симптомы) обострения психического заболевания

Ранние признаки обострения (начальный этап)

Признаки острого состояния (острый этап)

Путь 1. Ранние признаки: бессонница, тревога

Путь 1. Признаки острого состояния: клинически-выраженная тревога (уровень тревоги достигает своего пика) + бред, галлюцинации, грубые нарушения поведения, мышления, снижение критики

Фазы (этапы) течения заболевания

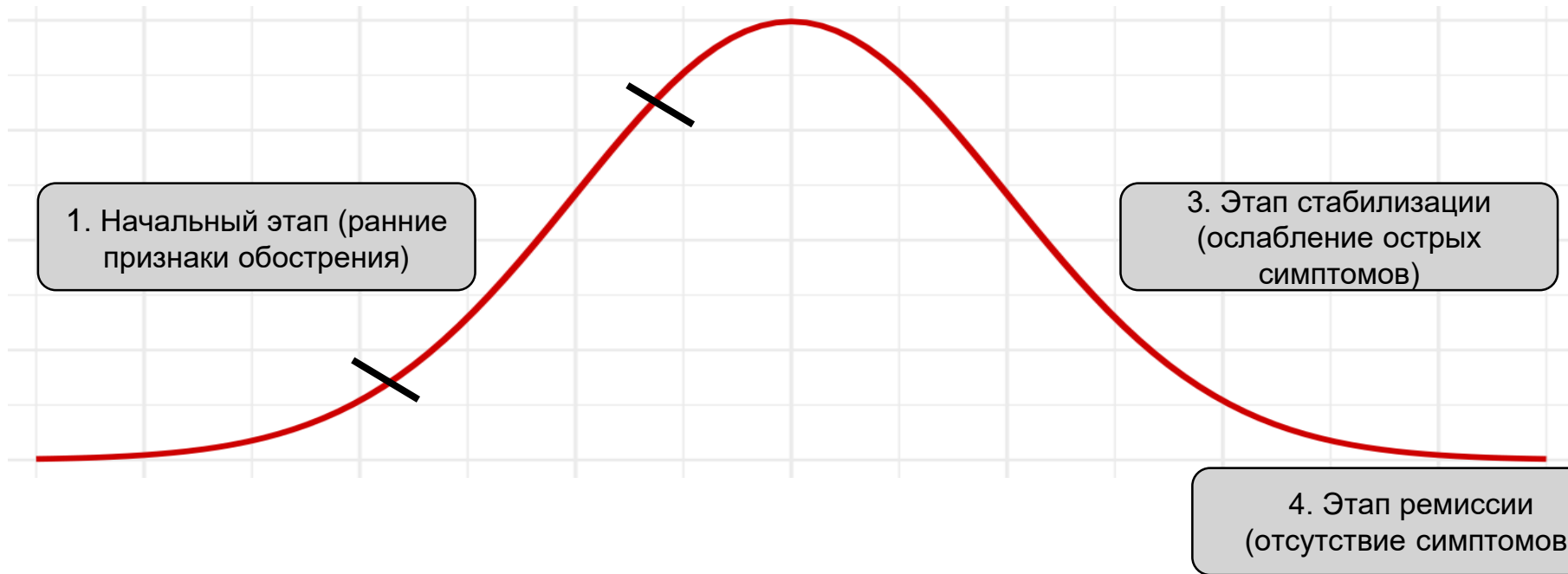


2. Острый этап (max снижение качества жизни и уровня соц. функционирования)

1. Начальный этап (ранние признаки обострения)

3. Этап стабилизации (ослабление острых симптомов)

4. Этап ремиссии (отсутствие симптомов)





Признаки (симптомы) обострения психического заболевания

Ранние признаки обострения (начальный этап)

Признаки острого состояния (острый этап)

Путь 2. Ранние признаки: бредовой заход (искаженное объяснение поведения других людей - бредовые идеи ущерба, отношения, преследования и пр.).

Путь 2. Признаки острого состояния: усугубление бредовой симптоматики (например, генерализация бреда) + выраженный уровень напряжения и тревоги, галлюцинации, нарушения поведения, мышления, снижение критики



Признаки (симптомы) обострения психического заболевания

Ранние признаки обострения (начальный этап)

Признаки острого состояния (острый этап)

Максимальное снижение продуктивности во всех значимых сферах жизни (снижение трудоспособности, утрата интересов, возрастание частоты конфликтов и пр.)

Острое состояние → госпитализация в стационар



В остром состоянии главную роль играет:

- помощь врача,
- правильно подобранное им медикаментозное лечение,
- круглосуточное наблюдение за пациентом со стороны медицинского персонала.

В случае возникновения острых симптомов необходимо как можно скорее обратиться к врачу или близким людям за помощью: вызвать врача на дом или прийти на прием в диспансер или попросить родственников это сделать, а далее следовать указаниям врача.

Другие виды самопомощи в такой ситуации не эффективны и могут ухудшить состояние.

Фазы (этапы) течения заболевания

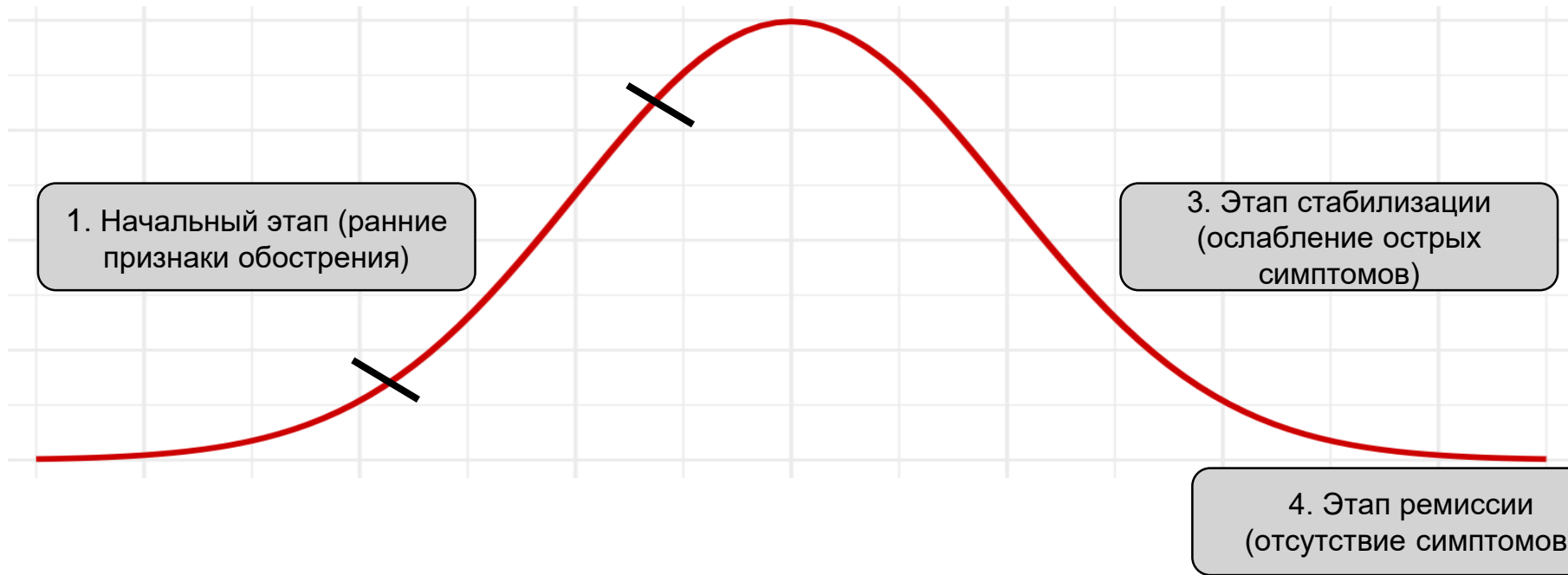


2. Острый этап (max снижение качества жизни и уровня соц. функционирования)

1. Начальный этап (ранние признаки обострения)

3. Этап стабилизации (ослабление острых симптомов)

4. Этап ремиссии (отсутствие симптомов)

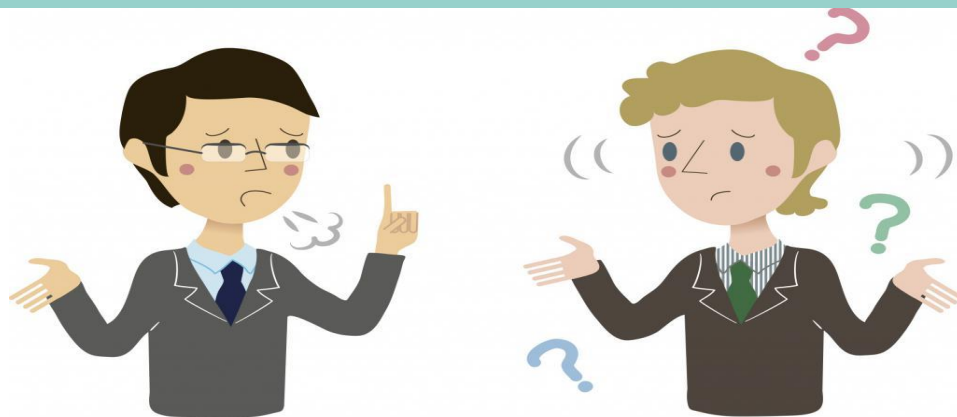


Этап стабилизации



Этап стабилизации характеризуется ослаблением острых симптомов. Тем не менее, проявления болезни по-прежнему остаются. Обычно на этой фазе пациент из круглосуточного стационара переходит на лечение в полустационарные подразделения больницы (дневной стационар) и большую часть времени проводит дома.

Основные трудности на этапе стабилизации



Трудности в коммуникации с людьми из привычного социального окружения («как мне теперь общаться со знакомыми и родственниками?», «как мне рассказать, что со мной происходило?», «поймут ли они меня?» и др.)

Необходимость длительного приема лекарственной терапии

Проявление остаточной симптоматики или явление «постпсихотической депрессии» (упадок сил, тоска, нежелание общаться, утрата интереса к повседневной деятельности, снижение аппетита)



Однако постепенно возвращаться к активной жизни необходимо, как только будет позволять состояние (чем раньше, тем лучше).

На этом пути человек может сталкиваться с определенными **трудностями**:

- настроение может оставаться нестабильным;
- может быть ощущение нехватки сил и энергии;
- могут быть трудности взаимодействия с окружающими, с возвратом к привычной деятельности, с перестройкой на новый образ жизни с учетом заболевания.

Тема 2. Распространенность психических расстройств среди студентов ВУЗов

Тема 2. Распространенность психических расстройств среди студентов ВУЗов

Студенты – это подростки!

Согласно терминологии Фонда Организации Объединённых Наций в области народонаселения (ЮНФПА), подростки — лица в возрасте **10—19 лет**.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет подростковый возраст **от 10 до 19 лет**.

По данным ЮНИСЕФ от 2021 г., **> 13%** подростков в возрасте 10–19 лет живут с **диагностированным психическим расстройством** (согласно определению ВОЗ).

40% диагностированных расстройств – тревожность и депрессия, остальные – синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), расстройство поведения, интеллектуальное расстройство, биполярное расстройство (БАР), расстройства пищевого поведения (РПП), аутизм (РАС), шизофрения и группа расстройств личности.

Тема 2. Распространенность психических расстройств среди студентов ВУЗов

Самоубийство — 5-я по распространенности причина смерти подростков в возрасте от 10 до 19 лет.

Для девушек и юношей — подростков в возрасте от 15 до 19 лет – это 4-я по распространенности причина смерти после травм в результате ДТП, туберкулеза и межличностного насилия.

Для девушек – в возрасте от 15 до 19 лет – это 3-я по распространенности причина смерти, а для юношей этой возрастной группы — 4-я.

Тема 2. Распространенность психических расстройств среди студентов ВУЗов

Самоубийство — 5-я по распространенности причина смерти подростков в возрасте от 10 до 19 лет.

Для девушек и юношей — подростков в возрасте от 15 до 19 лет – это 4-я по распространенности причина смерти после травм в результате ДТП, туберкулеза и межличностного насилия.

Для девушек – в возрасте от 15 до 19 лет – это 3-я по распространенности причина смерти, а для юношей этой возрастной группы — 4-я.

Психические расстройства наблюдаются у каждого 7-го человека в возрасте 10–19 лет в мире; на них приходится 13% от глобального бремени болезней в этой возрастной группе.

Тема 2. Распространенность психических расстройств среди студентов ВУЗов

Распространённость психических расстройств у студентов достигает 15-29%, при этом в общей структуре психической болезненности в студенческой популяции преобладают пограничные состояния (от 77,2% до 93%).

Результаты исследований, проведенных в разных странах, свидетельствуют, что у студентов чаще, чем в популяции, встречаются симптомы депрессии, тревоги и дистресса (Rotenstein et al., 2016; Winzer et al., 2018).

У студентов-медиков распространённость хронического стресса, основным источником которого являются учебные факторы (Глазачев О.С., 2011; Yusoff M.S. et al., 2013), составляет от 38% до 62% (Qamar K. et al., 2015; Saeed A.A. et al., 2016).

Тема 3. Роль психообразовательных программ для преподавательского состава в своевременном выявлении психических расстройств студентов ВУЗов



Тревожные сигналы, которые можно заметить

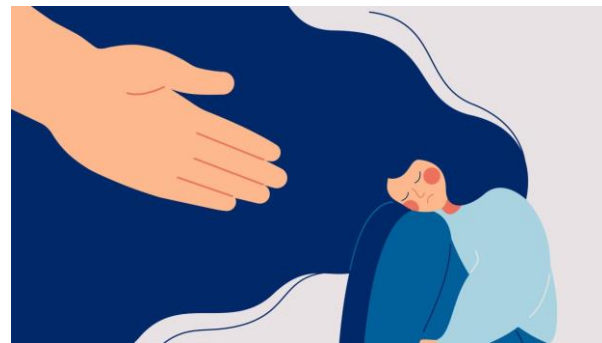


- Деадаптивные способы саморегуляции (самоповреждающее поведение (раны и порезы, расчесывания), рискованное поведение, злоупотребление ПАВ)
- Суицидальные тенденции (пассивные / активные суицидальные мысли, подготовка к суициду, суицидальные попытки и др.)
- Резкая перемена в поведении (неряшливость, замкнутость, прекращение общения с друзьями, потеря интереса к тому, чем раньше увлеченно занимался, необъяснимое снижение успеваемости, своеобразное поведение во время занятий (слезы, демонстративный уход и др.), любое нетипичное для этого студента поведение)
- Резкое изменение веса (увеличение или снижение)
- Перемены в настроении (эмоциональные качели, слезливость, стойко сниженный фон настроения, повышенная необъяснимая агрессия)

От интереса хуже не будет!



- У человека, находящегося в сложном эмоциональном состоянии, снижаются когнитивные функции (умственная работоспособность, управляющие функции, внимание, память) и он часто не видит альтернативного решения проблемы, выхода из трудной ситуации, кроме имеющегося.
- У человека может не появиться мысли о том, что ему нужна помощь или что есть человек, который может помочь.
- Вовремя заданные вопросы могут спасти жизнь!
- Участие, доброжелательное отношение часто вызывает симпатию.



Тема 4. Основные скрининговые инструменты для выявления психических расстройств студентов ВУЗов на доврачебном этапе

1. Тревожно-депрессивная симптоматика, уровень дистресса (Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS); шкала оценки депрессии А. Бека; шкала воспринимаемого стресса (PSS-10, PSS-14)).
2. Суицидальный риск (методика экспресс-оценки СР «Сигнал»; Колумбийская шкала серьёзности суицидальных намерений; опросник причин для жизни М. Линехан).
3. Пограничное расстройство личности (ПРЛ) (Рейтинговая шкала Занарини для ПРЛ (ZAN-BPD)).
4. Расстройство пищевого поведения (РПП) (Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ)).
5. Невротические расстройства (Симптоматический опросник (SCL-90)).
6. Биполярное аффективное расстройство (БАР) (Шкала HCL-32 (Hypomania Checklist)).

Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS)



Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)	Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)
<p>1. Я испытываю напряжение, мне не по себе 3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю</p> <p>2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться 3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю</p> <p>3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда</p> <p>4. Я легко могу присесть и расслабиться 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу</p> <p>5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь 0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто</p> <p>6. Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться 3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю</p> <p>7. У меня бывает внезапное чувство паники 3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает</p>	<p>1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так</p> <p>2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен</p> <p>3. Я испытываю бодрость 3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время</p> <p>4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет</p> <p>5. Я не слезю за своей внешностью 3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слезю за собой так же, как и раньше</p> <p>6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения 0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю</p> <p>7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы 0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко</p>
Количество баллов здесь _____	Количество баллов здесь _____
0-7 баллов → «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)	
8-10 баллов → «субклинически выраженная тревога / депрессия»	
11 баллов и выше → «клинически выраженная тревога / депрессия»	

Например: по шкале тревоги (слева) получилось 11 баллов, по шкале депрессии (справа) – 3 балла
Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы

Или: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов

Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия

Или: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии – 1 балл

Можно сделать вывод о том, что уровни тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы

Шкала воспринимаемого стресса (PSS-10)



Шкала воспринимаемого стресса-10

Perceived Stress Scale (PSS)

Обведите, пожалуйста, подходящий вариант ответа. Проверьте, что Вы выбрали не более одного варианта ответа на каждый вопрос.

V1. Как часто за последний месяц вы испытывали беспокойство из-за непредвиденных событий?

O1 — Никогда. O2 — Почти никогда. O3 — Иногда. O4 — Довольно часто. O5 — Часто.

V2. Как часто за последний месяц Вам казалось сложным контролировать важные события Вашей жизни?

O1 — Никогда. O2 — Почти никогда. O3 — Иногда. O4 — Довольно часто. O5 — Часто.

V3. Как часто за последний месяц Вы испытывали нервное напряжение или стресс?

O1 — Никогда. O2 — Почти никогда. O3 — Иногда. O4 — Довольно часто. O5 — Часто.

V4. Как часто за последний месяц Вы чувствовали уверенность в том, что справитесь с решением ваших личных проблем?

O1 — Никогда. O2 — Почти никогда. O3 — Иногда. O4 — Довольно часто. O5 — Часто.

V5. Как часто за последний месяц Вы чувствовали, что все идет так, как Вы этого хотели?

O1 — Никогда. O2 — Почти никогда. O3 — Иногда. O4 — Довольно часто. O5 — Часто.

V6. Как часто за последний месяц Вы думали, что не можете справиться с тем, что вам нужно сделать?

O1 — Никогда. O2 — Почти никогда. O3 — Иногда. O4 — Довольно часто. O5 — Часто.

V7. Как часто за последний месяц Вы были в состоянии справиться с вашей раздражительностью?

O1 — Никогда. O2 — Почти никогда. O3 — Иногда. O4 — Довольно часто. O5 — Часто.

V8. Как часто за последний месяц Вы чувствовали, что владеете ситуацией?

O1 — Никогда. O2 — Почти никогда. O3 — Иногда. O4 — Довольно часто. O5 — Часто.

V9. Как часто за последний месяц Вы чувствовали раздражение из-за того, что происходящие события выходили из-под вашего контроля?

O1 — Никогда. O2 — Почти никогда. O3 — Иногда. O4 — Довольно часто. O5 — Часто.

V10. Как часто за последний месяц вам казалось, что накопившиеся трудности достигли такого предела, что Вы не могли их контролировать?

O1 — Никогда. O2 — Почти никогда. O3 — Иногда. O4 — Довольно часто. O5 — Часто.

Подсчет баллов

Пункты субшкалы «Перенапряжение»: 1, 2, 3, 6, 9, 10. Каждый пункт оценивается от 1 до 5 баллов. Баллы суммируются.

Пункты субшкалы «Противодействие стрессу»: 4, 5, 7, 8. Каждый пункт оценивается от 1 до 5 баллов. Затем баллы инвертируются (1 = 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; 5 = 1) и суммируются.

Пункты Шкалы воспринимаемого стресса 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Суммируются баллы по обоим субшкалам.

Основные понятия суицидологии. Формы суицидального поведения



- **Суицидология** (наука о суицидах) - это междисциплинарная область научного знания, изучающая причины суицидального поведения, а также вопросы, связанные с его диагностикой, коррекцией и профилактикой.
- Термин **«суицид»** (лат. sui - себя, себе, и cidium - убивать, уничтожать) – акт лишения себя жизни, при котором человек действует намеренно, целенаправленно и осознанно (Комер Р., 2002).
- Термин **«парасуицид»** – преднамеренное самоповреждающее поведение, которое увеличивает риск смерти (Ефремов В.С., 2004).

Основные понятия суицидологии. Формы суицидального поведения



- Термин **«суицидальное поведение»** (суицидальность): суицидальные мысли (тенденции), суицидальные попытки и завершённые суициды (это формы суицидального поведения).
- **Суицидальные мысли** – мысли о смерти, суициде или серьёзном самоповреждении, а также идеи, касающиеся планирования, реализации и результата суицидального поведения (Reynolds, 1991).
- **Суицидальные тенденции** – это суицидальные мысли и суицидальные побуждения (импульсы, позывы), т.е. когда пациент внезапно переживает побуждение что-то сделать с собой.

Основные понятия суицидологии. Формы суицидального поведения



- Понятие **«суицидальной попытки»** обозначает попытку нанести повреждение самому себе или совершить самоубийство, не закончившуюся летальным исходом.
- Понятие **«абортивной» (прерванной) суицидальной попытки** (Barber M.E., 1998) отсылает к случаям, когда индивид близок к тому, чтобы совершить суицид, но изменяет свои намерения непосредственно перед совершением суицидального акта.
- Под **«завершенным суицидом»** понимают смерть от нанесенного самому себе повреждения.

Виды суицидального поведения



- **Демонстративно-шантажное суицидальное поведение** предполагает своей целью не лишение себя жизни, а демонстрацию субъектом этого намерения для привлечения внимания окружающих.
- **Самоповреждающее (парасуицидальное) поведение** (аффективные суициды) характеризуется нанесением самоповреждений, которые совершаются с целью уменьшения эмоционального напряжения. Под импульсивными парасуицидами (самоповреждениями) принято понимать суицидальные акты, при которых временной интервал между возникновением соответствующего побуждения и осуществлением суицидальных действий составляет менее 5 минут.
- **Истинное суицидальное поведение** характеризуется последовательной реализацией обдуманного плана лишения себя жизни.

Суицидальные мысли



- По критерию содержания мыслей необходимо различать **пассивные** и **активные** суицидальные мысли (А. Бек, 1979).
- **Пассивные суицидальные мысли** носят недифференцированный характер и не связаны с формированием суицидального плана («хочется заснуть и не проснуться»; «хорошо, если бы со мной что-нибудь произошло»; «хоть бы со мной что-нибудь случилось, машина переехала или убил кто-нибудь»).
- **Активные суицидальные мысли** связаны с активным намерением пациента убить себя («я убил бы себя, если бы представился удобный случай», «я не хочу больше жить», «я хочу умереть»). Это мысли, связанные с формированием специфического плана суицида.

Суицидальные мысли



- Выясняют, обдумывал ли пациент наиболее подходящий способ самоубийства («Возникали у Вас мысли о том, каким образом можно убить себя?»; «Думали над тем, какой из способов Вам подходит?»), наиболее удобное место и время суицидальной попытки.
- Учитывают такие характеристики суицидальных мыслей, как их *частота* («Как часто у Вас возникают мысли о том, чтобы убить себя») и *длительность* («Как долго у Вас возникают мысли о том, чтобы убить себя?»; «Когда впервые они появились?»).
- В случае если суицидальные мысли (побуждения) наблюдаются у пациента больше года, говорят о *хронических суицидальных тенденциях*.
- Наконец, достаточно важными являются такие характеристики суицидальных мыслей, как их *произвольный \ произвольный характер*, а также *степень контроля* пациента над этими мыслями.

Основные этапы суицидального поведения



- Пре-суицидальный период (период от возникновения суицидальных намерений до принятия решения о суициде).
- Период реализации суицидальных намерений (включает принятие решения, выбор метода, подготовку, написание суицидальной записки и т.д.).
- Пост-суицидальный период (для суицидальных попыток - период после неудавшегося суицидального акта - лечение, реабилитация).

Пре-суицидальный период



- Пре-суицидальный период (период от возникновения суицидальных намерений до принятия решения о суициде).
- Период реализации суицидальных намерений (включает принятие решения, выбор метода, подготовку, написание суицидальной записки и т.д.).
- Пост-суицидальный период (для суицидальных попыток - период после неудавшегося суицидального акта - лечение, реабилитация).

Основные понятия суицидологии. Формы суицидального поведения



- **Суицидология** (наука о суицидах) - это междисциплинарная область научного знания, изучающая причины суицидального поведения, а также вопросы, связанные с его диагностикой, коррекцией и профилактикой.
- Термин **«суицид»** (лат. sui - себя, себе, и cidium - убивать, уничтожать) – акт лишения себя жизни, при котором человек действует намеренно, целенаправленно и осознанно (Комер Р., 2002).
- Термин **«парасуицид»** – преднамеренное самоповреждающее поведение, которое увеличивает риск смерти (Ефремов В.С., 2004).

Мотивы суицидального поведения



Ведущие мотивы суицидального поведения:

- (1) «призыв» (или «крик о помощи»), где основной целью является привлечение внимания окружающих,
- (2) «протест» (активная реакция против сложившейся ситуации),
- (3) «избегание страдания» (стремление «уйти» из невыносимой ситуации),
- (4) «самонаказание» (стремление наказать себя как виновного в сложившейся ситуации),
- (5) «отказ» (стремление умереть, прекратить существование) (Тихоненко В.А., 1978).

+ стремлением уменьшить переживаемые негативные эмоции, получить эмоциональное облегчение (Линехан М., 1996).

Бланк мотивов суицидального или самоповреждающего поведения



1. Ситуация была настолько невыносима, что я просто не знал, что мне сделать еще.
2. Хотел показать другим, какое сильное отчаяние я чувствую.
3. Хотел получить помощь.
4. Хотел умереть.
5. Хотел наказать себя.
6. Хотел прекратить невыносимую душевную боль.
7. Хотел произвести впечатление на других.
8. Хотел заставить кого-либо изменить свое поведение.
9. Хотел отвлечься от невыносимой ситуации.
10. Хотел наказать кого-либо.
11. Хотел, чтобы другим стало лучше.
12. Хотел уйти от невыносимой ситуации.
13. Хотел перестать чувствовать злость или гнев.
14. Хотел показать другим, как они были несправедливы ко мне.
15. Хотел уменьшить чувство сильной тревоги и страха.
16. Хотел отвлечь себя от других проблем.
17. Хотел отвлечься от чувства одиночества и пустоты.
18. Хотел выразить гнев или злость
19. Другое _____

Антисуицидальные мотивы



Причины, по которым лица, даже имеющие суицидальные тенденции, удерживаются от совершения суицида:

- (1) Ответственность за семью.
- (2) Убеждения в необходимости преодоления проблемы (ситуации).
- (3) Мотивы, связанные с детьми.
- (4) Страх суицида.
- (5) Страх социального отвержения.
- (6) Моральные установки.

Пост-суицидальный этап



Критерии оценки пост-суицидального состояния:

- степень актуальности конфликта после суицидальной попытки,
- наличие или отсутствие критического отношения к суициду,
- наличие или отсутствие суицидальных тенденций.

Типы пост-суицидальных состояний:

- Критичное постсуицидальное состояние
- Манипулятивный тип пост-суицидального состояния
- Аналитический тип постсуицидального состояния
- Суицидально-фиксированный тип постсуицидального состояния

Аспекты работы с суицидентом



(1) оценить суицидальные мысли и намерения;

Инструменты: Методика «Сигнал», Колумбийская шкала оценки серьезности суицидальных намерений, опросник причин для жизни

(2) оценить мотивацию к суициду;

(3) оценить наличие суицидального плана;

(4) оценить наличие эпизодов суицидального (самоповреждающего) поведения в прошлом.

Колумбийская шкала оценки серьезности суицидальных намерений



Всегда задавайте вопросы 1 и 2

1. Ты когда-нибудь хотел (а) умереть или думал (а) о том, чтобы уснуть и не проснуться?
2. У тебя были мысли о том, чтобы лишиться себя жизни? (в том числе за последний месяц)

Если на второй вопрос ответ «да», задайте вопросы 3, 4, 5 и 6.

Если на второй вопрос ответ «нет», переходите сразу к шестому вопросу.

3. Ты думал (а) о том, как именно ты хочешь это сделать?
4. Было какое-то намерение воплотить эти мысли в жизнь?
5. Ты уже начал (а) планировать или спланировал (а) детали того, как лишиться себя жизни? Есть ли у тебя намерение воплотить этот план?

Всегда задавайте шестой вопрос.

6. Ты уже делал (а) что-то, начинал (а) что-то делать или готовился (готовилась) сделать что-то, чтобы лишиться себя жизни?

Если да, происходило ли это за последние три месяца?

При ответе «да» на второй или третий вопрос — настоятельно рекомендуется проконсультироваться со специалистом. При ответе «да» на четвертый, пятый или шестой вопрос — необходимо немедленно обратиться за помощью.

Методика экспресс-оценки суицидального риска «Сигнал»



Разработана в 2003 г на кафедре военной психофизиологии ВМА

Зотовым Михаилом Владимировичем, доктором психологических наук,
профессором кафедры медицинской психологии и психофизиологии СПбГУ

Петруковичем Владимиром Михайловичем, канд. медицинских наук, доцентом
кафедры военной психофизиологии ВМА.

Проблемы диагностики суицидального поведения

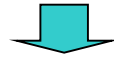
Недостатки метода самоотчета (опросники и анкеты):

- значительный субъективизм в ответах на поставленные вопросы;
- целенаправленное / неосознанное искажение информации о своем состоянии;
- большие временные затраты на обследование одного индивида;
- недостаточный учет специфики стрессогенных ситуаций, провоцирующих дезадаптивное поведение.

АЛЬТЕРНАТИВА



Внедрение объективных психодиагностических методик, моделирующих когнитивную деятельность человека в ситуациях эмоционального стресса (стрессогенных условиях)
(Методика «Сигнал»)



Выявление суицидальных тенденций (мыслей и побуждений) вне зависимости от того, пытается испытуемый их скрыть или нет

Феномен предвзятости внимания (attentional bias) у лиц с суицидальным поведением:



При наличии у человека сильных суицидальных мотивов (намерений) его внимание непроизвольно фиксируется на любой информации, связанной с темой суицида (Becker E.S., 1999; Зотов М.В., Петрукович В.М., 2002).

Феномен предвзятости внимания (attentional bias):

- не поддается произвольному контролю;
- в ряде случаев не осознается субъектом;
- приводит к нарастанию суицидальных тенденций (Barry E.S., Naus M.J., Rehm L.P., 2004; Mogg K., Bradley B., 2005; Wenzel A., Rubin D.C., 2005).

Методика экспресс-оценки суицидального риска «Сигнал»



Основная задача:

беглый просмотр текстовых фрагментов
с целью выявления грамматических ошибок

Дополнительная задача:

простая сенсомоторная реакция
на звуковые сигналы, предъявляемые
в процессе просмотра текстовых фрагментов

Образец текстового фрагмента эмоционально нейтрального содержания:



1. Лучшие писатели в своих произведениях поднимали проблемы современности.
2. Они пытались решить вопросы человеческих достоинства и справедливостью.
3. Писатели обсуждали нравственность человека, его искания идеала в жизни.

Образец текстового фрагмента суицидального (стрессогенного) содержания:



1. Попытки самоубийства у мужчин чаще, чем у женщин приводят к смерти.
2. Мужчины используют такие эффективная способы умереть, как самоповешение.
3. Женщины чаще прибегают к самоотравлению и большими дозами лекарств.

Методика экспресс-оценки суицидального риска «Сигнал»



Основная задача:

беглый просмотр текстовых фрагментов
с целью выявления грамматических ошибок

Дополнительная задача:

простая сенсомоторная реакция
на звуковые сигналы, предъявляемые
в процессе просмотра текстовых фрагментов



Показатель суицидального риска (ПСР):

$$\text{ПСР} = T1_{\text{ср.}} / T2_{\text{ср.}},$$

где $T1_{\text{ср.}}$, мс – среднее время реакции на звуковой сигнал при восприятии нейтральных предложений; $T2_{\text{ср.}}$, мс – среднее время реакции на звуковой сигнал при восприятии предложений с суицидальным содержанием.



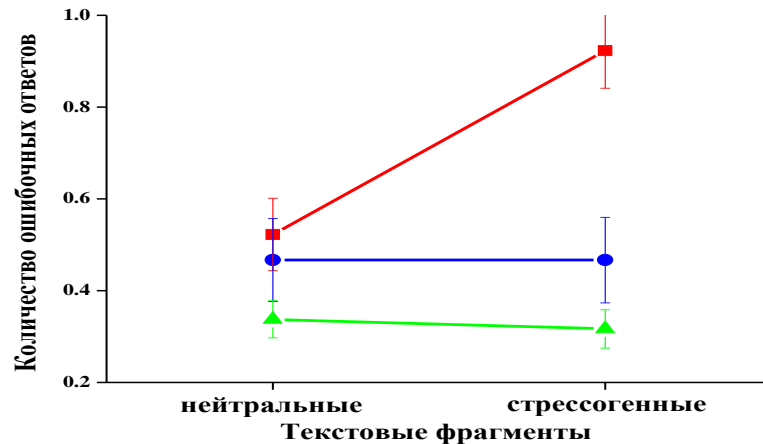
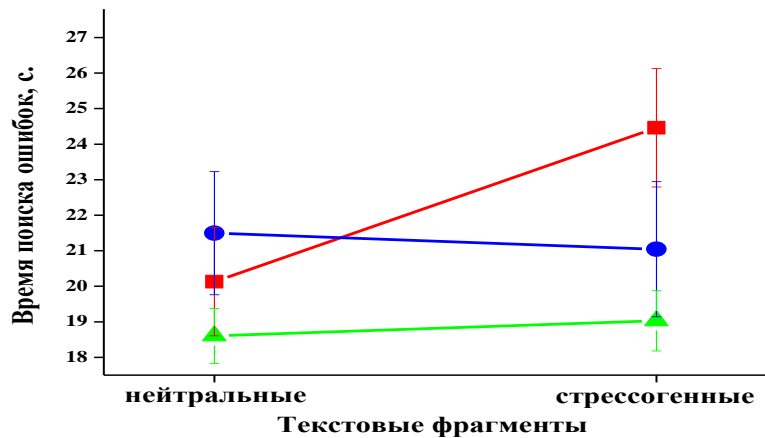
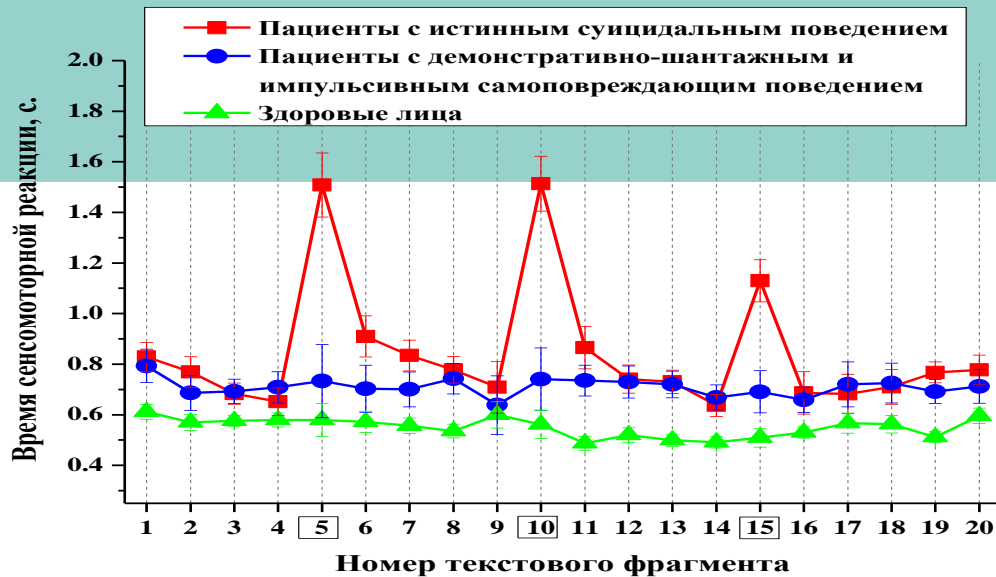
Показатель суицидального риска (ПСР):

ПСР в пределах 1.0 – отсутствие истинных суицидальных тенденций.

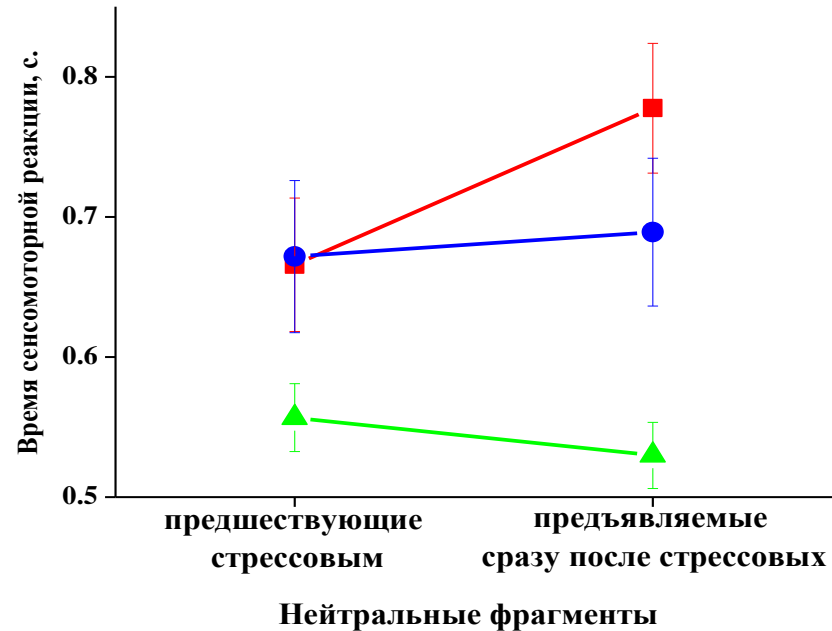
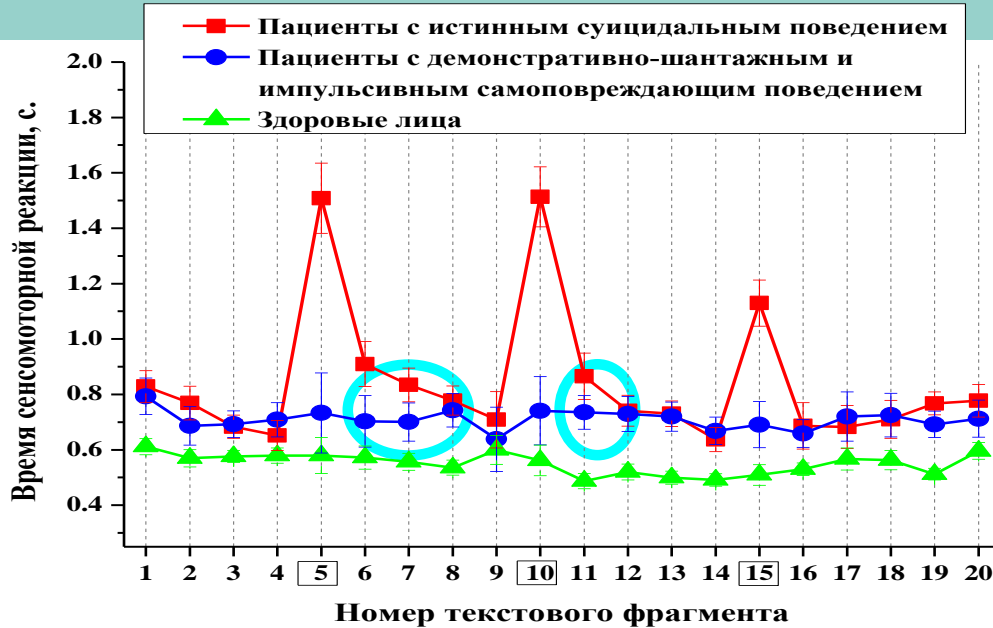
ПСР ≤ 0.75 – предвзятость внимания к вербальной информации (предложениям) суицидального характера → повышенный уровень суицидального риска

Результаты

210 здоровых лиц, 62 пациента с истинными суицидальными тенденциями, 56 пациентов с демонстративно-шантажным и импульсивным самоповреждающим поведением

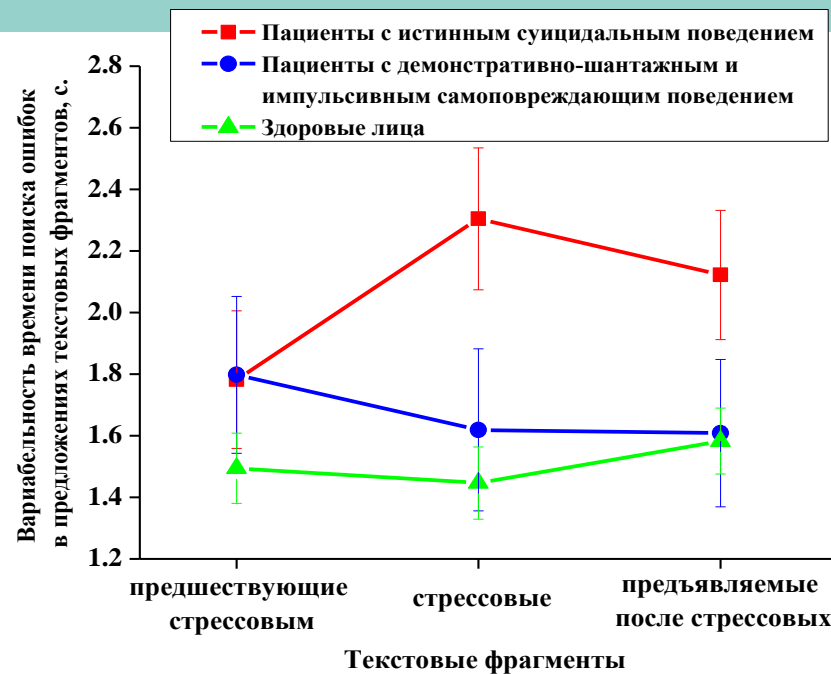
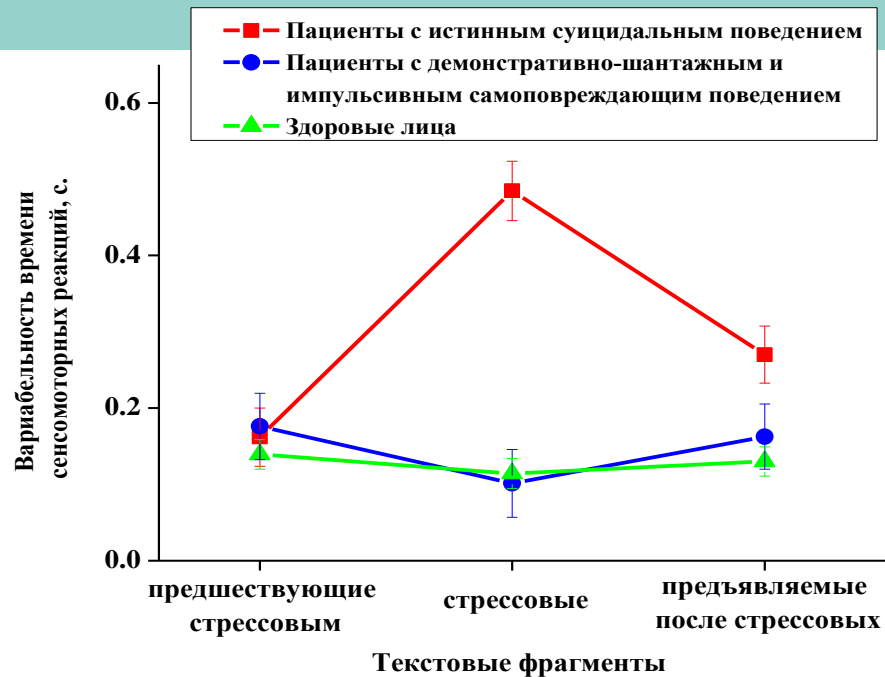


Феномен инертности когнитивных дисфункций



Интерпретация: пациентам требуется дополнительное время на восстановление динамической системы регуляции познавательной деятельности, дезорганизованной в результате воздействия стрессогенных раздражителей.

Феномен когнитивной дискоординации



Интерпретация: Дезорганизация системы регуляции познавательной деятельности проявляется в резком возрастании вариативности и дискоординации мыслительных и сенсомоторных процессов

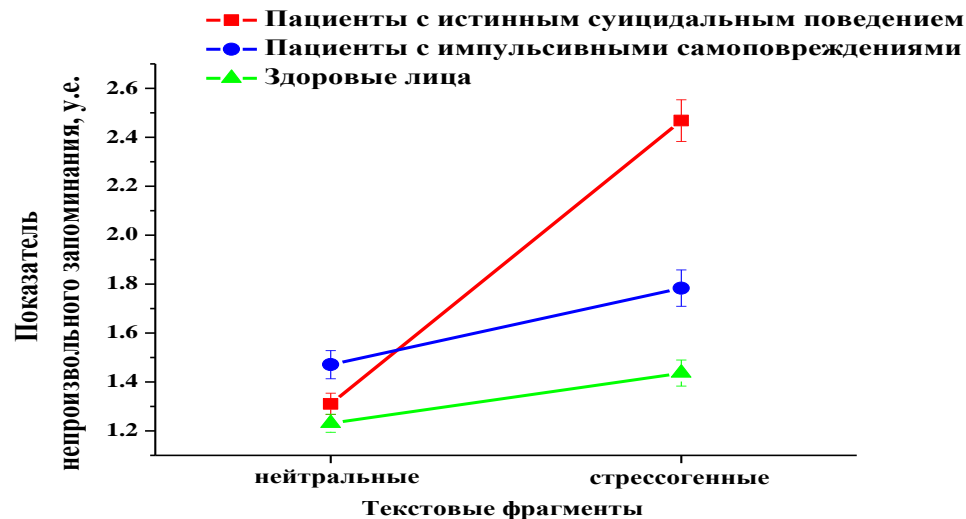
Феномен утраты цели деятельности

Под **утратой цели** (goal neglect) принято понимать случаи, когда индивид систематически игнорирует требования задачи, несмотря на то, что он хорошо их понимает (Лурия А.Р., 1962; Duncan J. et al., 1996; 2008; De Jong R., 1999).

67% обследованных суицидальных больных сообщили, что в моменты предъявления текстов суицидального содержания они на какое-то время «задумывались» и «забывали, что надо искать ошибки и нажимать на клавишу»

Анализ результатов непроизвольного запоминания

Непроизвольно «запоминается тот материал, который составляет содержание основной цели деятельности» (Зинченко П.И., 2008).



Интерпретация: Утрата цели деятельности под воздействием стрессогенной информации является основным фактором, вызывающим дезорганизацию системы регуляции познавательной деятельности

Анализ движений глаз в процессе выполнения методики «Сигнал»

Пример динамики движений глаз №1

1. Попытки самоубийства у мужчин чаще, чем у женщин приводят к смерти.
2. Мужчины используют такие эффективные способы умереть, как самоповешение.
3. Женщины чаще прибегают к самоотравлению и большими дозами лекарств.

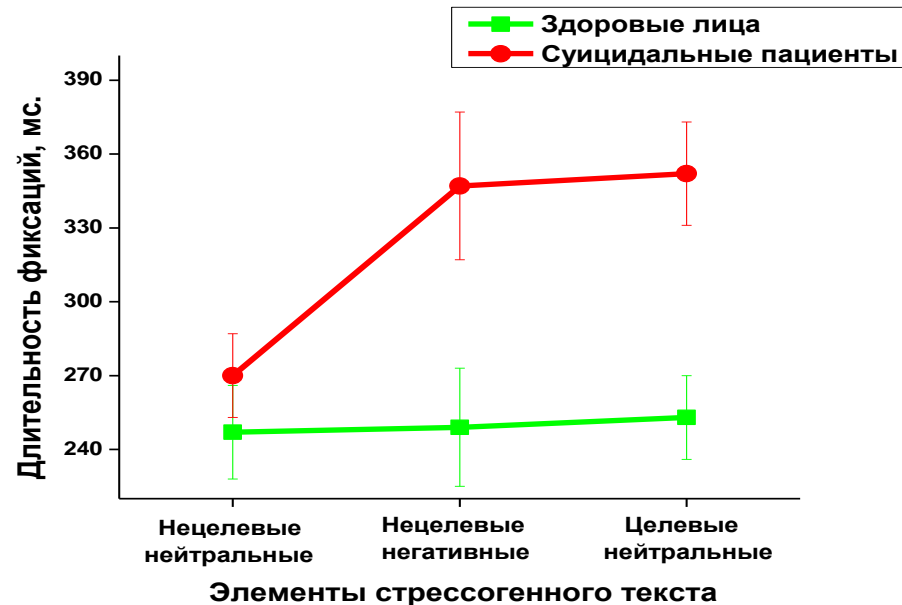
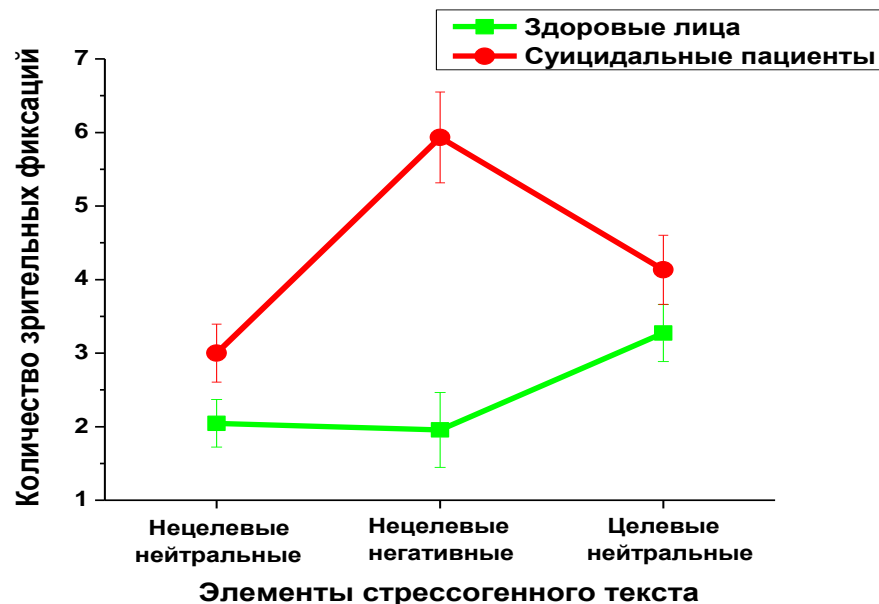
Пример динамики движений глаз №2

1. Попытки самоубийства у мужчин чаще, чем у женщин приводят к смерти.
2. Мужчины используют такие эффективные способы умереть, как самоповешение.
3. Женщины чаще прибегают к самоотравлению и большими дозами лекарств.

Пример динамики движений глаз №3

1. Попытки самоубийства у мужчин чаще, чем у женщин приводят к смерти.
2. Мужчины используют такие эффективные способы умереть, как самоповешение.
3. Женщины чаще прибегают к самоотравлению и большими дозами лекарств.

Феномен дезорганизации пространственно-временной структуры зрительного поиска



При просмотре стрессовых и «пост-стрессовых» фрагментов суицидальные лица обнаруживают дезорганизацию пространственно-временной структуры перцептивной деятельности, которая утрачивает свою избирательную направленность на произвольно выбранную индивидом цель – поиск грамматических ошибок

Феномен «аффективной слепоты»



При просмотре стрессогенных текстов суицидальные больные «смотрят» на грамматические ошибки, но не «видят» их.

Был проведен анализ «непродуктивных» зрительных фиксаций, то есть случаев, когда испытуемые в течение не менее 240 мс. фиксируют взгляд на грамматических ошибках, но не опознают их.

Установлено, что, в отличие от здоровых лиц, суицидальные пациенты демонстрируют резкое возрастание «непродуктивных» зрительных фиксаций при восприятии стрессовых и «пост-стрессовых» фрагментов по сравнению с «до-стрессовыми» фрагментами. Это свидетельствует о трудностях поддержания мысленной репрезентации цели поиска в оперативной памяти.

Рейтинговая шкала Занарини для ПРЛ (ZAN-BPD)



1. Были ли в каких-либо ваших близких отношениях такие проблемы, как множество ссор и регулярные расставания?

2. Наносили ли вы себе умышленно физические повреждения (например, удары, порезы, ожоги)? Предпринимали ли попытки суицида?

3. Есть ли у вас как минимум две другие проблемы из-за импульсивности (например, переедание, расточительность, вспыльчивость, злоупотребление алкоголем или наркотиками)

4. Часто ли у вас случаются чрезмерные перепады настроения?

5. Часто ли вы чувствуете злость и ведёте себя агрессивно или саркастично?

6. Часто ли вы крайне подозрительны и недоверчивы к людям?

7. Часто ли вы чувствуете себя или происходящее вокруг нереальным?

8. Чувствуете ли вы постоянную внутреннюю пустоту?

9. Часто ли вы чувствуете, что совершенно не знаете, кто вы? Испытываете ли проблемы с поиском себя?

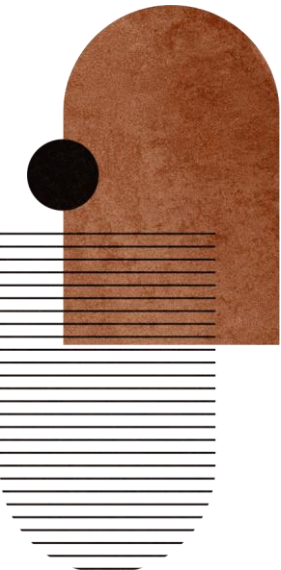
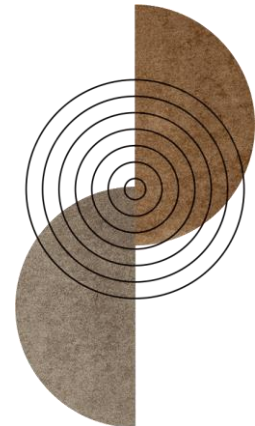
10. Часто ли вы совершаете отчаянные действия, чтобы избежать чувства одиночества, брошенности или чтобы вас не покинули? (например навязчивые действия, чтобы убедиться, что некто о вас не забыл, мольбы или угрозы не бросать вас, физически удерживаете человека)



Городской центр профилактики эмоционального выгорания: контакты



Адрес: Набережная Обводного канала, 9А
Email: goriinesgorai@gmail.com
Телефон: +7 (993) 990-98-53
Сайт: <https://goriinesgorai.org/>
Вконтакте: <https://vk.com/goriinesgorai>
Telegram: <https://t.me/goriinesgorai>
GetCourse:





Спасибо за внимание!

