

Травматические эффекты психотического состояния

Жданок Д.Н.¹, Овчинников А.А.¹, Гревцова В.В.²

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3»

Traumatic effects of psychotic state

Zhdanok D.N.¹, Ovchinnikov A.A.¹, Grevtsova V.V.²

¹Novosibirsk State Medical University

²Novosibirsk Psychiatric Hospital No. 3

АННОТАЦИЯ

Психотическое состояние обладает высоким травматогенным потенциалом для личности пациента. С целью оценки травматогенных эффектов психоза было обследовано 29 пациентов, перенесших психозы эндогенного и экзогенного происхождения; использовались клинико-психопатологический и клинико-психологический инструментарий. Выявлены высокие риски формирования психоз-ассоциированного посттравматического стрессового расстройства в первые пять лет заболевания, а также большое значение семантического фактора и диссоциативных механизмов в развитии травматических эффектов.

Ключевые слова: психоз, посттравматическое стрессовое расстройство, семантика, диссоциация.

ABSTRACT

Psychotic state has a high traumatic potential for patient's personality. In order to assess the traumatic effects of psychosis, 29 patients who suffered endogenous and exogenous psychoses were examined; clinical psychopathological and clinical psychological instruments were used. High risks of the formation of psychosis-associated post-traumatic stress disorder in the first five years of the disease, as well as the great importance of semantic factor and dissociation mechanisms in the development of the traumatic effects were revealed.

Keywords: psychosis, post-traumatic stress disorder, semantics, dissociation.

ВВЕДЕНИЕ

В классических представлениях о посттравматическом стрессовом расстройстве генезис стресса рассматривается преимущественно как формально внешнее по отношению к личности событие или серия событий, что связано с линейными и психологически понятными причинно-следственными взаимоотношениями между психической травмой и реакцией на нее [1]. Между тем симптомы психоза, развивающегося аутохтонно (эндогенно), также могут рассматриваться в качестве значимого для личности стрессового события либо серии событий, но

INTRODUCTION

In the classical concepts of post-traumatic stress disorder, the stress genesis is considered mainly as a formally external event or a series of events in relation to a personality, connected to lineal and psychologically understandable cause-effect relationships between psychic trauma and a reaction to it [1]. In the meantime, symptoms of a psychosis, characterized by autochthonous (endogenous) development, can also be considered as a personally significant stress event or a series of events, but with less obvious causal chain "psychic trauma — reaction to trauma" [2]. This particular

Поступила 28.01.2020
Принята 21.02.2020

*Автор, ответственный за переписку
Жданок Дмитрий Николаевич: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. 630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52.
E-mail: 79039373688@ya.ru

Received 28.01.2020
Accepted 21.02.2020

*Corresponding author
Zhdanok Dmitry Nikolayevich: Novosibirsk State Medical University, 52, Krasny Prospect, Novosibirsk, 630091, Russia.
E-mail: 79039373688@ya.ru

с менее очевидной каузальной цепочкой «психическая травма — реакция на травму» [2]. Данная ситуация является эндопсихической травмой, противопоставляемой травме экзопсихической (классической). Сложности в выявлении и описании эндопсихического травматического события и его последствий связаны с различными факторами — скрывающий фасад продуктивной и негативной психопатологической симптоматики, деформация личностной структуры процессуальным заболеванием, влияние фармакотерапии, что в совокупности приводит к атипичи проявлений посттравмы [3].

Наиболее близкой и, вероятно, вбирающей в себя психоз-ассоциированное посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляется диагностическая категория постшизофренической депрессии, развивающейся по реактивно-личностным механизмам, традиционно рассматриваемая в структуре вторичной негативной симптоматики [4]. Говоря о реактивной депрессии, чаще всего подразумевают реакцию утраты [5]. Традиционная клиническая психиатрия предлагает достаточно поверхностное, механическое описание данных нарушений, нередко занимаясь поиском «конституциональных основ», «почвы» [6]. Также характерно исключение пациентов с шизофренией из исследований реактивных депрессий, что, на наш взгляд, достаточно искусственно противопоставляет «эндогенное» и «психогенное», «большую» и «малую» психиатрию [7]. Более целостное понимание процесса утраты обнаруживается в рамках психодинамического подхода, начиная с классической работы S. Freud «Печаль и меланхолия», в которой подчеркивается именно обеднение своего «Я» в связи с утратой значимого объекта, который, в силу значимости, был интроецирован и стал уже важной частью психической реальности меланхолика [8]. Таким образом, речь идет преимущественно о внутреннем, эндопсихическом событии, несмотря на формально объективную утрату. В этом ракурсе, возвращаясь к эффектам психотического состояния, последнее также является утратой, а именно утратой целостности личности, распадом и расщеплением (тем самым «схизисом»), что не может не иметь значительного травматогенного потенциала. Продолжая данную аналогию, соответствующая динамика скорби применима и к некоторым вариантам постпсихотического периода — фазам отрицания, конфронтации и аккомодации (адаптация в новом мире, формирование новых отношений) [5], с новым постпсихотическим либо ин-

situation is an endopsychic trauma, which is opposed to exopsychic (classic) one. Difficulties in detecting and describing endopsychic traumatic event and its consequences are associated with various factors — the concealing facade of productive and negative psychopathological symptomatology, deformation of personality structure by processual disease, pharmacotherapy effects, that collectively result in atypia of post-traumatic stress disorder manifestations [3].

The closest and probably incorporating psychosis associated post-traumatic stress disorder (PTSD) is the diagnostic category of post-schizophrenic depression, which develops by personal reaction mechanisms and traditionally is viewed as one of secondary negative symptoms [4]. Speaking of reactive depression we often mean a reaction of loss [5]. Conventional clinical psychiatry provides a rather superficial mechanic description of these disorders and is frequently focusing on searching for “constitutional foundations”, “soil” [6]. Furthermore conventional clinical psychiatry tends to exclude patients with schizophrenia from studies on reactive depression, which in our opinion quite artificially opposes endogenous and psychogenous disturbance, major and minor psychiatry [7]. More holistic comprehension of loss can be found in the context of psychodynamic approach, originating from the classic work Trauer und Melancholie (Mourning and Melancholia) by S. Freud, which emphasizes patient’s ego impoverishment because of a loss of personally significant object, the which in virtue of its importance to patient, has been integrated into melancholic’s psychic reality and already became its essential part [8]. Thus, we are talking mainly about an internal endopsychic event, despite the formally objective loss. In this perspective, turning back to the effects of the psychotic state, the latter is also a loss, namely a personality integrity loss, disintegration and dissociation (just the schisis), which cannot but have a significant traumatogenic potential. In keeping this analogy, the corresponding dynamics of grief is also applicable to some variants of the post-psychotic period — the phases of denial, confrontation and accommodation (adaptation in a new world, formation of new relationships) [5] with new postpsychotic or intrapsychotic (in case of retention of psychoproduktive symptomatology) world.

Separately we should also note another fundamental loss in the psychotic state — the loss of generally accepted language patterns and seman-

трапсихотическим (в случае ретенции психопро- дуктивной симптоматики) миром.

Отдельно стоит отметить еще одну фунда- ментальную утрату при развитии психотическо- го состояния — утрату общепринятых языковых структур, семантики [9]. Язык, речь приобрета- ют особое значение для психотического пациен- та в силу разрушения символического (социаль- ного) порядка [10]. Психотик «одержим языком», «порабощен дискурсом» — им управляют, его преследуют «голоса» и бредовые конструкции. Следовательно, травма психоза является также и травмой смысла, в связи с чем традиционные ин- струменты для выявления ПТСР не позволяют в полной мере выявить и описать травматические эффекты психотического состояния, ведь трав- мировать в этом случае будет особая семантика, отличная от общепринятой травматогенной.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление и описание психоз-ассоциирован- ного посттравматического симптомокомплекса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 29 пациентов с психозами двух основных групп — эндогенного (шизофрени- ческие психозы — диагнозы по МКБ-10 F 20.0, F 20.1; 14 пациентов) и экзогенного (металко- гольные, интоксикационные психозы — диагно- зы по МКБ-10 F 10.4, F 12.5, F 15.5; 15 пациентов) происхождения, разделенных, в свою очередь, на две подгруппы в зависимости от стажа забо- левания — менее пяти лет (10 пациентов) и более пяти лет (19 пациентов). Возраст пациентов — от 23 до 52 лет (средний возраст — 43.3 года), из них 13 мужчин и 16 женщин. Все пациенты были об- следованы на выходе из психотического состоя- ния, на этапе формирования симптоматической (неполной) либо синдромальной (полной) ре- миссии. Психопатологический профиль перене- сенного психоза включал в себя главным обра- зом параноидный синдром (чувственный, образ- ный характер бреда), в отдельных случаях пара- нойяльный (преобладание интерпретативных механизмов бредаобразования в трех случаях). Обследованные пациенты получали стандарт- ную терапию (антипсихотические препараты, корректоры нейролепсии, дезинтоксиканты).

Критериями исключения являлись: острое психотическое состояние, затрудняющее про- дуктивный контакт; органическое заболевание головного мозга со значительным когнитивным снижением; выраженные нейролептические по- бочные эффекты. Все пациенты подписыва-

tics [9]. Language and speech acquire special sig- nificance for a psychotic patient due to symbolic (social) order disintegration [10]. Psychotic patient is “obsessed with language”, “enslaved with dis- course” — the patient is controlled and haunted by “voices” and delusional ideas. Psychotic state is con- sequently also a sense trauma. In this connection, using conventional PTSD screening instruments does not enable to reveal and describe traumatic effects of psychotic state fully because patient is traumatized with special semantics, different from usual traumatogenic semantics.

AIM OF THE RESEARCH

Identification and description of psychosis-as- sociated post-traumatic symptom complex.

MATERIALS AND METHODS

We examined 29 patients, suffering with psy- choses of 2 major groups — endogenous (schizo- phrenic psychosis — ICD-10 diagnosis codes F 20.0 and F 20.1; 14 patients) and exogenous (alcoholic, intoxication psychoses — ICD-10 diagnosis codes F 10.4, F 12.5 and F 15.5; 15 patients), which in turn were divided into two subgroups depending on psy- chosis history — less than five years (10 patients) and more than five years (19 patients). The age of patients — from 23 to 52 years (the average age 43.3 years), including 13 male and 16 female. All in- volved patients were examined at the exit from the psychotic state, at the stage of formation of symp- tomatic (partial) or syndromal (full) remission. Psy- chopathological profile of the past psychosis primar- ily included paranoid syndrome (sensitive, pictur- esque delusion), in some cases, paranoiac syndrome (predominance of interpretative delusion formation mechanisms in three cases). The examined patients received standard therapy (antipsychotic drugs, neurolepsy correctors, and detoxicants).

The exclusion criteria were: an acute psychotic state preventing productive contact; organic brain disease with significant cognitive decline; pro- nounced side effects of neuroleptics. All patients signed informed voluntary consent to participate in the research; they were informed about the re- search aim in an easily accessible form (studying effects of stress on human mental state). The re- search design complies with the ethical principles of the Declaration of Helsinki.

Research methodology included clinical-psy- chopathological, autobiographical, experimental- psychological and psychometric methods.

ли информированное добровольное согласие на участие в исследовании, в доступной форме объяснялась его цель (изучение влияния стресса на психику человека). Дизайн исследования соответствует этическим принципам Хельсинской декларации.

Методология исследования включала в себя клинико-психопатологический, автобиографический, экспериментально-психологический и психометрический методы.

Клинико-психопатологический метод заключался в сборе анамнестических сведений, психопатологической оценке перенесенного психоза и текущего психического статуса в соответствии с традиционными клиническими принципами, при этом определялся преобладающий механизм бредаобразования [11].

Автобиографический метод использовался в виде задания — в произвольной форме пациенту предлагалось написать свою автобиографию, отобразив наиболее значимые, с его точки зрения, события жизни. При этом не обозначалась конечная цель данного задания для минимизации какой-либо предустановки и смысловых акцентов. После этого тексты автобиографий оценивались по наличию или отсутствию описаний переживаний во время психотического состояния (обозначенные как травматические и атравматические автобиографии соответственно), при их наличии составлялся индивидуальный травматический «словарь» — произвольный ряд из десяти слов, отражающих переживание психоза («семантическое картирование» индивидуальной психотической травмы). Кроме того, из каждой автобиографии выбирался произвольный ряд относительно нейтральных слов, не связанных непосредственно с психотическим состоянием данного пациента.

Экспериментально-психологический метод применялся во время второй встречи с пациентом, в течение недели после выполнения задания по написанию автобиографии. В произвольном порядке пациенту демонстрировались слова из четырех серий по десять слов каждая: ряд нейтральных слов, ряд слов с общепринято-травматическим смыслом, ряд слов индивидуального травматического «словаря» и индивидуальный ряд нейтральных слов. Испытуемому предлагалось озвучивать свои ассоциации к словам, при этом отмечалось время между предъявляемым словом-стимулом и началом ответного ассоциативного потока (латентный период), а также количество ассоциаций к каждому слову-стимулу. Указанный метод является модифика-

Clinical-psychopathological method lied in collecting anamnestic information, psychopathological assessment of earlier psychosis episodes and current mental state in accordance with conventional clinical principles, while the prevailing mechanism of delusional formation was defined [11].

Autobiographical method was used in the form of a task: patients were asked to write their autobiography in arbitrary form, portraying the most significant from their point of view life events. Meanwhile, the final goal of the task was not noted to minimize any preset and semantic accents. After that, the texts of autobiographies were assessed for the presence or absence of descriptions of psychotic state experiences (marked as traumatic and atraumatic respectively). If there were any, the individual traumatic “dictionary” was compiled — an arbitrary series of ten words reflecting psychosis experience (“semantic mapping” of individual psychotic trauma). Besides, a random set of relatively neutral words was picked out from every autobiography; the words weren’t related to psychotic state directly.

Experimental-psychological method was applied at the second meeting with patients, during the week after writing autobiography. In arbitrary order the patient was shown the words from four series of ten words each: a set of neutral words, a usual traumatogenic semantics set, an individual traumatic “dictionary” and an individual set of neutral words. Examinees were asked to announce their associations for word sets, while the amount of time between presenting word stimulus and the beginning of the response associative flow (latent period) was recorded, as well as the number of associations for every word stimulus. The abovementioned method is a modification of emotional words memorization and free association methods [12].

The psychometric method included a scale for assessing the impact of traumatic event with avoidance, intrusion, and excitability subscales (Impact of Events Scale-Revised — IES-R) [1] and the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

To our point of view, the selected tools allow to estimate traumatic effects of psychotic state in accordance with conventional posttraumatic effects assessment criteria and individual characteristics of the past psychotic episode. While analyzing data, the existence or absence of correlation between listed below factors was taken into account. Firstly, an IES-R result (total score) was evaluated. Secondly, while analyzing based on individual “trauma dic-

цией методик запоминания эмоциональных слов и метода свободных ассоциаций [12].

Психометрический метод включал в себя шкалу оценки влияния травматического события с подшкалами избегания, вторжения и возбудимости (Impact of Event Scale-Revised — IES-R) [1] и краткую оценочную психиатрическую шкалу (Brief Psychiatric Rating Scale — BPRS).

Выбранный инструментарий позволяет, на наш взгляд, оценить травматические эффекты психотического состояния с позиций традиционных критериев посттравмы и с учетом индивидуальных особенностей перенесенного психоза. Оценивалось наличие либо отсутствие взаимосвязей между показателями шкалы оценки влияния травматического события (суммарный балл), количеством ассоциаций и латентным периодом в ассоциативном эксперименте на основе индивидуального «словаря травмы»; между семантическими рядами нейтрального, общепринятого травматического и индивидуального травматического содержания (для ответа на вопрос о том, насколько травматогенным является само содержание и семантика психоза); между структурой психотического состояния (ведущим механизмом бредаобразования) и показателями шкалы оценки влияния травматического события (суммарный балл и подшкалы) (для ответа на вопрос о том, как связан характер психоза с вероятностью развития ПТСР).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При стаже заболевания менее пяти лет в группе непрерывного течения шизофрении выявлялось укорочение латентного периода в ассоциативном эксперименте (индивидуально-травматическая серия, среднее время ответа 1.7 с по сравнению с 3 с в других сериях), что соответствовало высоким показателям шкалы оценки влияния травматического события (средний суммарный балл 85.7), с преобладанием подшкалы избегания (средний балл 36). Это говорит о совпадении результатов традиционной методики оценки ПТСР (шкала оценки влияния травматического события) и индивидуального ассоциативного «картирования» травматического контента. В данной группе обследованных доля атрауматических автобиографий составила 25 %, главным образом это мужчины, что, возможно, связано с большей частотой негативной симптоматики среди них, что отражалось и в высоких показателях соответствующих разделов шкалы BPRS (недостаток эмоционального контакта с собеседником, апатия).

“ictionary” association experiment results, the correlation between the number of announced associations and the latent period duration was evaluated. Thirdly, to find the answer to the question of how traumatogenic are the content and the semantics of psychosis, the correlation between neutral, usual traumatogenic semantics, individual traumatic sets was studied. Fourthly, to find the answer to the question of how psychosis type and the possibility of developing PTSD are connected, the correlation between psychotic state structure (major delusional formation mechanism) and an IES-R result (total score and subscales) was searched.

RESULTS AND DISCUSSION

In patients who had less than five years of continuous psychosis history revealed a shortening of latent period in the association experiment (individual traumatic set, the average response time 1.7 s in comparison with 3 s in other sets). The short latent period correlated with high rates of IES-R (the average total score 85.7), with the predominance of the avoidance subscale high rates (average score 36). The abovementioned facts prove that conventional PTSD screening method (IES-R) and individual association “mapping” of trauma content perform the same results. In this group of patients the share of atraumatic autobiographies was 25%, there were mainly male patients, what is probably connected to the frequency of negative symptoms among them, which was also reflected in the high rates of BPRS’ corresponding sections (failing emotional contact with the interviewer, apathy).

Patients who had episodic course of schizophrenia demonstrated results similar to those of group with less than five years of unremitting course. The results are also close to conventional post-trauma clinical picture.

Patients who had more than five years of continuous schizophrenia history in the association experiment showed a long latent period (individual traumatic set, the average response time 3.5 s). The long latent period correlated with high rates of IES-R (the average total score 72.2), with uniform presentation of all subscales’ indices. In this group the rate of atraumatic autobiographies was rather high (62%) with low rates of IES-R, which can be explained by an increase in the severity of processual negative symptoms.

As for the patients who had exogenous psychotic states, after the first psychotic episode, the

У пациентов с эпизодическим течением шизофрении результаты схожи с таковыми в группе непрерывного течения со стажем заболевания менее пяти лет и также близки к картине классической посттравмы.

У пациентов с непрерывнотекущей шизофренией и стажем заболевания более пяти лет удлинение латентного периода в ассоциативном эксперименте (индивидуально-травматическая серия, среднее время ответа 3.5 с) совпадало с высокими показателями шкалы оценки влияния травматического события (средний суммарный балл 72.2), с равномерной представленностью показателей трех подшкал. В этой же группе пациентов достаточно распространены атравматические автобиографии (62 %) при низких показателях шкалы оценки влияния травматического события, что можно объяснить нарастанием выраженности процессуальной негативной симптоматики.

Что касается пациентов, перенесших экзогенные психотические состояния, после первого в жизни психоза регистрировались высокие показатели шкалы оценки влияния травматического события (средний суммарный балл 74.1), с преобладанием подшкалы избегания (средний балл 32), при этом у 55 % пациентов получены атравматические автобиографии, что, возможно, вызвано работой психологических механизмов отрицания и вытеснения. Интересно отметить, что у пациентов с удлинением латентного периода в ассоциативном эксперименте наблюдались низкие показатели шкалы оценки влияния травматического события. На наш взгляд, это свидетельствует о большей чувствительности ассоциативного эксперимента к травматическим эффектам психоза, отражающим именно семантическую (смысловую) травму и слабую ассимиляцию психотического опыта.

Среди пациентов с повторными экзогенными психозами преобладали атравматические автобиографии (74 %) при низких показателях шкалы оценки влияния травматического события (средний суммарный балл 25.6). Это может быть следствием личностных изменений на отдаленных этапах химической зависимости.

Параметр количества ассоциаций в эксперименте, в отличие от изменений показателей латентной паузы, оказался неспецифичным. Преобладание интерпретативных механизмов бредаобразования совпадало с низкими показателями шкалы оценки влияния травматического события и неспецифичными результатами ассоциативного эксперимента. По нашему мнению, это

high rates of IES-R were registered (the average total score 74.1) with a predominant subscale of avoidance (average score 32); while 55 % of patients presented atraumatic autobiographies, which was probably caused by the work of psychological mechanisms of repression and denial. It is worth noting that in patients who showed prolonged latent period in the association experiment, low rates on the IES-R were observed. In our opinion, this fact indicates a greater sensitivity of the association experiment to psychosis traumatic effects, reflecting specifically the existence of semantic (meaning) trauma and poor assimilation of psychotic experience.

Among the patients with repeated episodes of exogenic psychosis atraumatic autobiographies predominated (74%) along with low rates of IES-R (the average total score 25.6). This may be the result of personal changes at the later stages of chemical dependency.

The number of associations in the experiment turned out to be non-specific unlike the changes of latent period duration. The dominance of interpretative mechanisms of delusional formation coincided with low rates on the IES-R and non-specific results of the association experiment. To our point of view, this is an evidence of patient's deep personal transformation, extensive diffusion of paranoid delusion, consolidation and syndromal closure [13].

Psychotic states of different origin cause traumatic effects interfering with general psychopathological symptoms and peculiarities of disease dynamics, undergoing various deformations. The important traumatogenic factor is the abnormal semantics of psychotic experience, interrupting the subject's usual semantic field, which is clearly demonstrated by the association experiment with an individual traumatic "dictionary". The change in the latent period in the association experiment can reproduce the gap or anxiety of meeting with the traumatic emptiness of the Real (in post-structuralism terminology, with what is impossible to imagine or comprehend), flooded with psychosis [10]. A similar phenomenon of color shock in the form of smooth flow of associations interruption on presenting color tables is described in the Rorschach test [14]. The presence of such a traumatogenic factor leads to the fact that traditional psychodiagnostic tools for detecting PTSD may not be sensitive enough in the case of psychosis-associated post-trauma.

The dominance of high avoidance subscale rates in IES-R among those who had first episodes

говорит о глубокой личностной трансформации у таких пациентов, обширной диффузии паранойяльного бреда, монолитности и синдромальной закрытости [13].

Психотические состояния различного генеза вызывают травматические эффекты, interfерирующие с основной психопатологической симптоматикой и особенностями динамики заболевания, претерпевая разнообразные деформации. Значимым травматогенным фактором является аномальная семантика психотического опыта, прерывающая привычное смысловое поле субъекта, что наглядно демонстрирует ассоциативный эксперимент с индивидуальным травматическим «словарем». Изменение латентного периода в ассоциативном эксперименте может воспроизводить тот разрыв, тревогу встречи с травматической пустотой Реального (в терминологии постструктурализма — с тем, что невозможно представить, осмыслить), затапливаемой психозом [10]. Схожий феномен цветового шока в виде нарушения ровного течения ассоциаций при предъявлении цветных таблиц описан в тесте Роршаха [14]. Наличие такого травматогенного фактора приводит к тому, что традиционные психодиагностические инструменты для выявления ПТСР могут быть недостаточно чувствительны в случае психоз-ассоциированной посттравмы.

Преобладание посттравматического симптомокомплекса избегания у первичных больных в шкале оценки влияния травматического события отражает участие диссоциативных механизмов в формировании ответа на пережитое психотическое состояние, причем как эндогенного, так и экзогенного происхождения. Эти факты также подчеркивают важность своевременных терапевтических интервенций именно на начальных этапах заболевания, когда имеется «окно возможностей», шанс на ассимиляцию тяжелого психотического опыта. В дальнейшем травма-

of psychosis reflects the influence of dissociative mechanisms on reaction to the psychotic states of endogenous and exogenous origin. These facts highlight the importance of timely therapeutic interventions at the initial stages of psychosis, while there is a “window of opportunities” and a chance to assimilate painful psychotic experience. In the future the traumatic effects decrease both due to intensification of negative schizophrenia symptomatology and due to personal changes in chemical dependency origin.

CONCLUSION

High risks of psychosis associated post-traumatic stress disorder formation during the first five years of the disease, were revealed, as well as the importance of semantic factor and dissociative mechanisms in the development of traumatic effects.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

тические эффекты деградируют как за счет нарастания негативной симптоматики при шизофрении, так и за счет личностных изменений при химических аддикциях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлены высокие риски формирования психоз-ассоциированного посттравматического стрессового расстройства в первые пять лет заболевания, а также большое значение семантического фактора и диссоциативных механизмов в развитии травматических эффектов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
2. Жданок Д.Н., Овчинников А.А. Психоз как стресс, вызывающий посттравматические изменения личности // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 2. С. 125–128.
3. Жданок Д.Н., Овчинников А.А. Травматическое пространство психотического опыта у пациентов с шизофренией // Рос. психиатр. журн. 2019. № 5. С. 18–21.
4. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М.: Бинум, 2001. 238 с.

REFERENCES

1. Tarabrina N.V. (2001). *Posttraumatic Stress Psychology Practicum*. Saint Petersburg: Piter, 272 p. In Russ.
2. Zhdanok D.N., Ovchinnikov A.A. (2019). Psychosis as a stress causing posttraumatic personality disorder. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2, 125–128.
3. Zhdanok D.N., Ovchinnikov A.A. (2019). The traumatic space of psychotic experiences in patients with schizophrenia. *Russian Journal of Psychiatry*, 5, 18–21.
4. Mosolov S.N. (2001). *Psychometric Schizophrenia Screening Scales and Conception of Positive and Negative Disorders*. Moscow: Binom, 238 p. In Russ.

5. Шефов С.А. Психология горя. СПб.: Речь, 2006. 144 с.
6. Воронова Е.И., Дубницкая Э.Б. Реактивные (психогенные) депрессии // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115, № 2. С. 75–85.
7. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Морозов Д.И., Авдеева Т.И. Психогенные депрессии: современный взгляд на возрастные особенности клинической картины и терапии. Сравнительная характеристика особенностей преморбида психогенных депрессий у больных молодого и позднего возраста (пилотное исследование). Часть 1 // Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. № 2. С. 4–18.
8. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе: пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 480 с.
9. Руднев В.П. Философия языка и семиотика безумия. Избранные работы. М.: Территория будущего, 2007. 528 с.
10. Fink B.A. A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis: Theory and Technique. Harvard University Press, 1999. 318 p.
11. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний: метод. пособие / под ред. А.К. Ануфриева, Ю.И. Либермана, В.Г. Острогнозова. М., 1990. 105 с.
12. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования: метод. пособие. СПб.: Речь, 2005. 399 с.
13. Алимханов Ж.А. Параноидная шизофрения: Структура и динамика бредовых синдромов. Алма-Ата: Казахстан, 1987. 160 с.
14. Белый Б.И. Тест Роршаха. Практика и теория / под ред. Л.Н. Собчик. СПб., 2005. 240 с.
5. Shefov S.A. (2006). *Grief Phycology*. Saint Petersburg: Rech, 144 p. In Russ.
6. Voronova E.I., Dubnitskaia E.B. (2015). Reactive (psychogenic) depressions. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2, 75–85.
7. Ivanets N.N., Kinkulkina M.A., Morozov D.I., Avdeeva T.I. (2017). Psychogenic depressions in different ages: actual view of the clinical and therapy features. Comparative analysis of stressful life events in young and old age patients with psychogenic depressions (pilot study). Pt 1. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*, 2, 4–18. In Russ.
8. McWilliams N. (2001). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. (Trans.). Moscow: Independent company “Class”, 480 p. In Russ.
9. Rudnev V.P. (2007). *Language Philosophy and Madness Semiotics. Selected works*. Moscow: Territoria budushchego, 528 p. In Russ.
10. Fink B.A. (1999). *A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis: Theory and Technique*. Harvard University Press, 318 p.
11. Anufriev A.K., Liberman Yu.I., Ostrogrozoza V.G. (1990) (Eds.). *Psychopathological Syndromes and States Glossary: Resource Book*. Moscow, 105 p. In Russ.
12. Biziuk A.P. (2005). *Compendium of Neuropsychological Screening Methods: Resource Book*. Saint Petersburg: Rech, 399 p. In Russ.
13. Alimkhanov Zh.A. (1987). *Paranoid Schizophrenia: Structure and Dynamics of Delirium Syndromes*. Alma-Ata: Kazakhstan, 160 p. In Russ.
14. Belyi B.I. (2005). *Rorschach Test. Practical Experience and Theory*. Ed. by L.N. Sobchik. Saint Petersburg, 240 p. In Russ.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Жданок Дмитрий Николаевич — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Овчинников Анатолий Александрович — д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Гревцова Виктория Викторовна — врач-психиатр ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3».

Образец цитирования: Жданок Д.Н., Овчинников А.А., Гревцова В.В. Травматические эффекты психотического состояния // Journal of Siberian Medical Sciences. 2020. № 2. С. 59–66.

ABOUT THE AUTHORS

Zhdanok Dmitriy Nikolayevich — Cand. Sci (Med.), Assistant Professor, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy, and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University.

Ovchinnikov Anatoliy Aleksandrovich — Dr. Sci. (Med.), Assistant Professor, Head, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy, and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University.

Grevtsova Viktoriya Viktorovna — Psychiatric Consultant, Novosibirsk Psychiatric Hospital No. 3.

Citation example: Zhdanok D.N., Ovchinnikov A.A., Grevtsova V.V. (2020). Traumatic effects of psychotic state. *Journal of Siberian Medical Sciences*, 2, 59–66.