ty in the drug-taking group dropped from 20 to 10 in the group of 100 people and from 2 to 1 in the group of 100 people. Therefore, even though the postulation that a given drug reduces the risk of premature death by 50% is true and makes it more attractive for a patient, it is highly inaccurate. From an ethical perspective, the recommended format (ARR) presents an absolute difference between the incidence of events (either positive or negative) in the treated and non-treated group.

References:

1.Tversky A., Kahneman, D., The framing of decisions and the rationality of choice, Science 1981, 221: 453–58.

2. Lipkus I.M., Numeric, verbal, and visual formats of conveying health risks: suggested best practices and future recommendations, Med Decis Making 2007, 27: 696–713.

3. Bobbio M., Demichelis B., Giustetto G., Completeness of reporting trial results: effect on physicians' willingness to prescribe, Lancet 1994, 343: 1209–1211.

4. Kurz-Milcke E., Gigerenzer G., Martignon L., Transparency in risk communication graphical and analog tools, Ann. N.Y. Acad. Sci 2008, 1128: 18–28.

5. Lexchin J., How patient outcomes are reported in drug advertisements, Can Fam Physician 1999, 45: 1213–16.

6. Fagerlin A., Ubel P.A, Smith D.M., Zikmund-Fisher B.J., Making number smatter: present and future research in risk communication, Am J Health Behav 2007, 31: 47–56.

Соколов Н.В., Северова Е.А.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации, г. Смоленск, Российская Федерация

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И КОГНИТИВНОЕ СНИЖЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОФРЕНОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В статье рассматриваются вопросы определение уровня социального интеллекта у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, установление его взаимосвязи с возрастом пациентов и с когнитивными нарушениями.

Sokolov N.V., Severova E.A.

Smolensk State Medical University, Smolensk, Russian Federation

DISTUTBANCE OF SOCIAL INTELLIGENCE AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA-LIKE DISORDERS

In the article the questions of determination of level of social intelligence patients with schizophrenia and disorders of schizophrenia spectrum, establishing its relationship with age and with cognitive impairment.

Актуальность. Основное место среди пациентов психиатрических стационаров занимают пациенты с шизофренией и шизофрено-

Репозиторий ГрГМУ

формными расстройствами [1]. Определить потенциальные возможности социализации, инвалидизации и реадаптации больных с этими нозологиями достаточно сложно. С этим постоянно возникают проблемы, как у лечащих врачей-психиатров, психотерапевтов, так и у социальных служб и исследователей. Трудности измерения степени увеличения негативной симптоматики, вынуждают психиатров на поиски новых объективных инструментов для её определения [2]. Когнитивные нарушения при шизофрении рассматриваются как один из важных элементов шизофренического процесса [3], но ни в МКБ-10, ни в DSM-5 такого критерия не существует.

Целью исследования являлось определение уровня социального интеллекта у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, установление его взаимосвязи с возрастом пациентов и с когнитивными нарушениями.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Смоленский областной клинический психоневрологический диспансер». Обследовано 47 пациентов из которых 30 мужчин и 17 женщин, возрастом от 19 до 56 лет с диагнозами: шизофрения параноидная, непрерывный тип течения; шизофрения, параноидная период наблюдения менее года; шизотипическое расстройство. В качестве контрольной группы были отобраны 11 человек без психических расстройств. Сформированы 3 исследуемые группы и контрольная группа. Во всех исследуемых группах диагнозы установлены согласно критериям МКБ-10.

Таблица 1. – Характеристика обследованных групп

Группы	Количество человек	Средний возраст (лет)
Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения	34 (20 мужчин; 14 женщин)	40 ±9
Шизофрения параноидная период наблюдения менее 1 года	7 (6 мужчин; 1 женщина)	28± 5
Шизотипическое расстройство	6 (4 мужчины; 2 женщины)	30 ±9
Психически здоровые лица	11 (20 мужчин; 14 женщин)	34 ±12

В исследовании использовался тест «Социальный интеллект» J.P. Guilford, М.Салливена, адаптированный Е.С.Михайловой (1996). Тест позволял выявлять способность понимать и прогнозировать поведение людей в различных повседневных ситуациях, определять их эмоции, намерения, чувства и степень ориентировки в общих аспектах межличностного взаимодействия [4]. Для оценки когнитивного снижения при-

Репозиторий ГрГМУ

менялась краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh. Проводился анализ медицинской документации. Для статистической обработки данных использовались пакет программ Statgraphics 5.0, NCSS. При решении задач исследования были использованы: подсчёт средних значений, критерий Манна-Уитни, критерий Колмогорова-Смирнова, корреляционный анализ.

Результаты исследования. По результатам теста «Социальный интеллект», пациенты из исследуемых групп имели низкую способность адекватного моделирования индивидуальных и личностных особенностей людей на основе внешних признаков, а также плохие способности прогнозирования характера поведения в конкретных жизненных ситуациях (табл. 2).

Таблица 2. – Результаты теста «Социальный интеллект» и краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE)

Группа	Субтест № 1 «Истории с завершением»	Субтест №2 «Группы экспрессии»	Субтест№ 3 «Вербальная экспрессия»	Субтест № 4 «Истории с дополнением»	Композитная оценка	Когнитивный тест
Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения	2,6±0,6	2,2±0,4	2,4±0,6	2,1±0,4	2,1±0,3	25±2,2
Шизофрения параноидная период наблюдения менее 1 года	2,6±0,5	2,3±0,6	3±0,6	2±0,3	2,3±0,3	24 ±3
Шизотипическое расстройство	2,8±0,3	3±0,3	3	2±0,3	2,2±0,3	27±0,9
Психически здоровые лица	3,7±0,4	3,4±0,5	3,7±0,6	3,2±0,4	3,4±0,5	29±0,5

Наибольшие трудности при выполнении заданий были зафиксированы при проведении субтеста № 4 «Истории с дополнением» (табл. 2). Данный субтест позволял измерить общий фактор познания систем поведения, а именно, способность понимать логику развития ситуаций взаимодействия и значение поведения людей в этих ситуациях. Это задание вызвало значительные затруднения, а в некоторых случаях и бурную аффективную реакцию у обследуемых. Не случайно, сам J.P. Guilford считал данный субтест наиболее комплексным и информативным по общему факторному весу в структуре социального

Репозиторий БрГМУ

интеллекта [5]. Общий балл по тесту «Социальный интеллект» во всех исследуемых группах отражал слабую способность к познанию поведения, этот показатель достоверно отличался от данных в контрольной группе ($\rho<0,05$). Такие пациенты испытывали трудности в понимании и прогнозировании поведения людей, что усложняло взаимоотношения и снижало возможности социальной адаптации и значительно ухудшало качество жизни пациентов (табл. 3). В контрольной группе у всех обследуемых социальный интеллект соответствовал нормативному (табл. 2). Лица без психических расстройств продемонстрировали способность адекватно прогнозировать реакции людей при предъявлении различных социальных обстоятельств.

Таблица 3. – Данные о семейном положении в обследуемых группах.

Группа	Никогда не состояли в браке	Разведены	Состоят в браке
Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения	47%	13%	40%
Шизофрения параноидная период наблюдения менее 1 года	86%	0%	14%
Шизотипическое расстройство	83%	17%	0%
Психически здоровые лица	36%	0%	64%

По результатам MMSE в исследуемых группах определено снижение когнитивных способностей (табл. 2), которые проявлялись жалобами на быструю утомляемость, затруднение выполнения повседневных действий и принятия решений. В контрольной группе когнитивных нарушений не выявлено. Установлено, что уровень социального интеллекта не был связан со степенью когнитивных нарушений и возрастом пациентов в исследуемых группах. По данным медицинской документации, наибольший процент инвалидности имел место в группе «Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения» и составил - 75%. В группе с диагнозом «Шизофрения параноидная период наблюдения менее 1 года» доля инвалидности составила 14%, а в группе «Шизотипическое расстройство» аналогичный показатель составил 17%. При анализе историй болезни и амбулаторных карт у пациентов с шизофренией и шизофреноформными расстройствами определен высокий уровень дезадаптации в семье (табл. 3), который достоверно коррелировал с уровнем социального интеллекта.

Нами было установлено, что возраст пациентов и когнитивные нарушения не влияют на формирование грубых нарушений в системе социального взаимодействия и социальной адаптации ($\rho>0,05$). В то же время инвалидность и дезадаптация в семейной жизни, воз-

Репозиторий ГрГМУ

можно, являются следствием нарушения социального интеллекта.

Таким образом, по результатам исследования определено, что у пациентов с параноидной шизофренией и шизофреноформными расстройствами снижен уровень социального интеллекта. Низкие показатели социального интеллекта имеют достоверную связь с уровнем семейной дезадаптации. При параноидной шизофрении и шизофреноподобных расстройствах имеет место снижение когнитивных способностей.

Литература:

1. Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция. Современная терапия психических расстройств. М. – 2015. – № 1. – С. 2-9.

2. Михайлова (Алешина) Е.С. Методика исследования социального интеллекта. Руководство по использованию. СПб., ГП «Иматон». – 1996. – 56 с.

3. Люсин Д.В., Ушаков Д.В., Социальный интеллект, теория, измерение, исследования. – М. – Институт психологии РАН, Москва. – 2004. – 176 с.

4.Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 1. – С. 33-37.

5. Гилфорд Дж. Структурная модель интеллекта. – Психология мышления, 1965. – 456 с.

Synowiec-Piłat M.

Uniwersytet Medyczny, Wrocław, Polska

KONTEKST SPOŁECZNY KOMUNIKACJI Z CHORYMI NA RAKA

Komunikacja z pacjentami onkologicznymi uważana jest za jedną z najtrudniejszych w praktyce lekarskiej. Dotyczy to również kontaktów pomiędzy osobami zdrowymi a chorymi na raka. Jedną z konsekwencji istnienia zjawiska rakofobii, czyli nadmiernego lęku przed chorobami nowotworowymi oraz przekonań fatalistycznych są negatywne reakcje otoczenia społecznego w stosunku do osób chorych na nowotwór.

Synowiec-Piłat M.

Medical University, Wroclaw, Poland

SOCIAL CONTEXT OF THE COMMUNICATION WITH CANCER PATIENTS

The communication with oncological patients is considered to be one of the most difficult in medical practice. This also applies to contact between people suffering from cancer and healthy individuals. One of the consequences of the phenomenon of cancerophobia, which is an excessive fear of cancerous diseases together with fatalistic beliefs, is a negative reaction of the social environment towards persons suffering from cancer.

Obawa przed tą chorobą, powszechne przekonanie o jej nieuleczalności przekłada się na relacje z osobami chorującymi. Obserwowane jest zjawisko izolowania, unikania pacjentów onkologicznych [1, 2]. Po pierwsze dzieje się tak dlatego, że ograniczenia wynikające z choroby nowotworowej rzutują na

Репозиторий ГрГМУ