

VOL. 4. 2019

№ 4. 2019

NEURODYNAMICS

ЖУРНАЛ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
И ПСИХИАТРИИ





NEURODYNAMICS

ЖУРНАЛ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

ISSN: 2658-7955

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

*Главный редактор – А.И. ЕРЗИН, кандидат психологических наук,
г. Оренбург, alexerzini@gmail.com.*

*Секретарь – А.Ю. КОВТУНЕНКО, г. Оренбург,
neurodynamicsjournal@gmail.com.*

Художники – С.Ю. БОГАТОВА, Л.П. ШАТИЛОВА, К.А. ВОРОНИНА.

Переводчик – С.Ю. БОГАТОВА

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

В.Г. БУДЗА, доктор медицинских наук, профессор, председатель редакционного совета, г. Оренбург.

Е.Ю. АНТОХИН, кандидат медицинских наук, доцент, заместитель председателя редакционного совета, г. Оренбург.

Н.Н. ПЕТРОВА, доктор медицинских наук, профессор, Председатель Комиссии Российского общества психиатров по работе с молодыми учеными и специалистами, г. Санкт-Петербург.

Г.А. ЕПАНЧИНЦЕВА, доктор психологических наук, доцент, г. Оренбург.

А.В. ВАСИЛЬЕВА, доктор медицинских наук, профессор, г. Санкт-Петербург.

С.М. БАБИН, доктор медицинских наук, профессор, г. Санкт-Петербург.

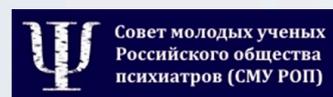
И.А. ФЕДОТОВ, кандидат медицинских наук, экс-председатель Совета молодых ученых Российского общества психиатров, г. Рязань.

А.В. ПАВЛИЧЕНКО, кандидат медицинских наук, доцент, экс-председатель Совета молодых ученых Российского общества психиатров, г. Москва.

Е.М. ЧУМАКОВ, кандидат медицинских наук, доцент, руководитель секции по поддержке Интернет-ресурсов Совета молодых ученых Российского общества психиатров, г. Санкт-Петербург.

В.Ф. ДРУЗЬ, кандидат медицинских наук, доцент, г. Оренбург.

А.М. ШЛАФЕР, кандидат медицинских наук, г. Оренбург.



Neurodynamics. Журнал клинической психологии и психиатрии

Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry

Периодическое рецензируемое научное издание, посвященное проблемам клинической психологии (патопсихологии, нейропсихологии, психологии здоровья, геронтопсихологии), психопатологии, психотерапии, аддиктологии, профилактике психических расстройств, психологии личности и другим смежным дисциплинам. Журнал концептуально привержен биопсихосоциальной модели психического здоровья и ориентирован, прежде всего, на публикации молодых ученых – специалистов в области клинической психологии и психиатрии. Выпускается при организационной и информационной поддержке Совета молодых ученых Российского общества психиатров. В журнале публикуются теоретические обзоры, оригинальные исследования, лекции, материалы научно-практических конференции и рецензии на монографии.

Периодичность выхода – 4 раза в год.
Language: Russian, English, French.
Язык: Русский, Английский, Французский.

ISSN 2658-7955

Адрес: <https://smu.psychiatr.ru/neurodynamics>

Полнотекстовые версии выпусков журнала публикуются на сайтах Российского общества психиатров и Совета молодых ученых РОП в открытом доступе.

Издание зарегистрировано в следующих базах данных и индексах цитирования:

Google
scholar

ESJI
www.ESJIndex.org

Eurasian
Scientific
Journal
Index



calameo

zenodo

INDEX
COPERNICUS

OpenAIRE

Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry

Peer-reviewed scientific periodical devoted to the problems of clinical psychology (abnormal psychology, neuropsychology), health psychology, gerontopsychology, psychopathology, psychotherapy, addictology, prevention of mental disorders, personality psychology and other related disciplines. The journal is conceptually committed to the biopsychosocial model of mental health. The journal issued with the organizational and informational support of the Council of Early Career Scientists of the Russian Society of Psychiatrists. The journal publishes theoretical reviews, original research, lectures, conferences proceedings, and reviews of monographs.

The frequency of output - 4 times a year.
Language: Russian, English, French.

ISSN 2658-7955

URL: <https://smu.psychiatr.ru/neurodynamics>

Full-text versions of the journal issues are published on the webpages of the *Russian Society of Psychiatrists* and the *Council of Early Career Scientists* in **open access**.



Editor-in-Chief: **Alexander I. Erzin**, Ph.D. in Psychology,
alexerzini@gmail.com

Secretary: **Anastasia Kovtunenکو**, Clinical Psychologist,
neurodynamicsjournal@gmail.com

Designers: **S.Yu. Bogatova, L.P. Shatilova, K.A. Voronina.**
Translator: **Sophie Bogatova**

Editorial board

V.G. BUDZA, Chairman of the Editorial Board, M.D., Professor, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Orenburg State Medical University, Chairman of the Orenburg Regional Department of the Russian Society of Psychiatrists, Orenburg, Russian Federation.

E.Yu. ANTOKHIN, Deputy Chairman of the Editorial Board, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Orenburg State Medical University, Orenburg, Russian Federation.

N.N. PETROVA, M.D., Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University, Chairman of the Commission of the Russian Society of Psychiatrists for Work with Young Scientists and Specialists, St. Petersburg, Russian Federation.

G.A. EPANCHINTSEVA, Doctor of Psychology, Associate Professor, Professor of the Department of General Psychology and Personality Psychology of Orenburg State University, Orenburg, Russian Federation.

A.V. Vasilieva, M.D., Chief researcher of the Department of Neurosis and Psychotherapy of the National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology. V.M. Bekhtereva, Associate Professor, Department of Psychotherapy and Sexology, Northwestern State Medical University, Chairman of the Russian Branch of the World Association for Dynamic Psychiatry, St. Petersburg, Russian Federation.

S.M. BABIN, M.D., Professor, Head of the Department of Psychotherapy and Sexology of the North-West State Medical University, President of the Russian Psychotherapeutic Association, member of the Executive Committee of the Russian Society of Psychiatrists, St. Petersburg.

I.A. FEDOTOV, Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Psychiatry, Ryazan State Medical University, Chairman of the Council of Early Career Scientists of the Russian Society of Psychiatrists, Ryazan, Russian Federation.

A.V. PAVLICHENKO, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of Moscow State Medical and Dental University, member of the European Psychiatric Association (EPA), delegate from Russia in the "Psychiatry" section of the European Medical Association, former chairman of the Council of Early Career Scientists of the Russian Society of Psychiatrists, Moscow, Russian Federation.

E.M. CHUMAKOV, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University, Head of the section on support of Internet resources of the Council of Early Career Scientists of the Russian Society of Psychiatrists, St. Petersburg, Russian Federation.

V.F. DRUZ, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Orenburg State Medical University, Orenburg, Russian Federation.

A.M. Schlafer, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy of the Orenburg State Medical University, Orenburg, Russian Federation.

S. ZOLOTAREFF, Director at EHEPM PAUL DIEL, University of HEC, Ph.D., Paris, France.

Содержание

	Стр.
Суицидология	
<i>В. Г. Будза, Р. И. Палаева, Е. Ю. Антохин</i> Суициды детей и подростков - облигатный признак социального прогресса/регресса? (обзор)	1-19
<i>Д. И. Агишева, Р. И. Палаева, Е. Ю. Антохин</i> Копинг-стратегии у подростков с аутоагрессивным поведением	20-27
Патопсихология и психопатология шизофрении	
<i>С. Н. Наквасина, Р. И. Палаева, Е. Ю. Антохин</i> Взаимосвязь нейрокогнитивных функций и негативной симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении	28-38
<i>T. B. Irtuhamedov, V. K. Abdullaeva</i> Paranoid schizophrenia and predictors of formation of the pathological hobbies	39-46
Психотерапия	
<i>А. И. Мелёхин</i> Гинекологическая и урологическая хроническая тазовая боль: тактика когнитивно-поведенческой психотерапии	47-63
Геронтопсихология	
<i>А. И. Ерзин, А. Ю. Ковтуненко</i> Ценностные и эмоциональные детерминанты благополучного старения: возможности диагностической оценки контент-анализа социальных сетей пожилых людей в России. Часть 1.	64-72

Table of contents

	pp.
Suicidology	
<i>V. G. Budza, R. I. Palaeva, E. Yu. Antokhin</i> Suicides of children and adolescents - obligate sign of social progress / regress? (Review)	1-19
<i>D. I. Agisheva, R. I. Palaeva, E. Yu. Antokhin</i> Coping behavior in auto-aggressive adolescents	20-27
Abnormal psychology & psychopathology of schizophrenia	
<i>S. N. Nakvasina, R. I. Palaeva, E. Yu. Antokhin</i> Neurocognitive functions' and negative symptoms' relationship in patients with the first episode of schizophrenia	28-38
<i>T. B. Irmuhamedov, V. K. Abdullaeva</i> Paranoid schizophrenia and predictors of formation of the pathological hobbies	39-46
Psychotherapy	
<i>A. I. Melehin</i> Gynecological and urological chronic pelvic pain: tactics of cognitive behavioral psychotherapy	47-63
Gerontopsychology	
<i>A. I. Erzin, A. Yu. Kovtunenka</i> The values and emotional determinants of successful aging: the possibilities of the content analysis of older people social networks in Russia. Part 1.	64-72



Суициды детей и подростков - облигатный признак социального прогресса/регресса? (обзор)

В. Г. Будза, Р. И. Палаева, Е. Ю. Антохин

Оренбургский государственный медицинский университет; кафедра клинической психологии и психотерапии; г. Оренбург, Россия; e-mail: rozalia-na8@mail.ru

Аннотация. Описаны социологические характеристики различных стран, влияющие на высокий уровень суицидальности: низкий доход населения, безработица, изоляция, отчужденность, низкая сплоченность, большое расстояние между общинами, нестабильная национальная идентичность страны. Такие микросоциальные факторы как нечеткие ценностные установки в семье, неясность гендерных статусов, чуждые подростку коммуникативные связи приводят к дисфункциональности семьи и способствуют формированию деструктивного поведения, суицидальным мыслям, самоповреждениям и попыткам самоубийства подростков.

Ключевые слова: подростки, попытка самоубийства, суицидальные мысли, социально-экономический кризис, макросоциальные факторы, микросоциальные условия, семейные отношения.

Статья издана при финансовой поддержке ФГБУ «Российский фонд фундаментальных исследований» (РФФИ) в рамках научного проекта «Разработка модели комплексной нейropsychологической и психофизиологической оценки суицидального риска и прогноза развития аффективных расстройств у подростков и учащейся молодежи» № 18-013-00015/19.

Частота суицидов детей и особенно подростков в последние десятилетия заставляет свидетельствовать о мировой трагедии, поскольку более чем 200000 молодых людей в расцвете сил ежегодно заканчивают жизнь самоубийством (Greydanus, 2009). Зависимость частоты самоубийств можно проследить в разных странах. Так, в США серьезный экономический кризис в 30-х годах XX столетия вызвал самый высокий подъем суицидальной активности;

этот уровень снизился вдвое в 40-х, 50-х годах в сравнении с 1960 по 1990 гг. (Holinger, 1989, Kessler, 2005) и отчасти снижался с 1990 по 2001 гг., затем вновь увеличился к 2005г. Предположительные причины падения уровня суицида с 1990г. по 2003г. в США – более широкое использование селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) при лечении депрессии. В 2002г. в США из 31655 смертей в возрасте от 15 до 24 лет от раз-



личных причин 2000 были обусловлены суицидами в возрастной категории 15 до 19 лет и приблизительно столько же – от суицида в 20-24 возрасте (Mann, 2005). Уровень распространенности достиг 11 на 120 тысяч американских подростков (Goldsmith, 2002). Соотношение попыток и смертей от суицида 1:470 у мальчиков и 1:3700 у девочек в 2003г. (Anderson, 2003). Прослеживается некоторая этническая зависимость: уровень самоубийств наиболее высокий среди белых, самый низкий уровень среди афроамериканцев, среднее положение занимают латиноамериканцы; однако, выше всего число самоубийств среди подростков коренного населения Американского континента – индейцев – в 3,5 раза выше, чем в целой стране (Розанов, 2014).

В Японии, несмотря на национальный план по охране здоровья матери и ребенка на 2001 по 2010 гг. с акцентом на профилактике самоубийства в качестве приоритета для медицинских работников (Idema, 2008), а также и других приоритетных направлений (сокращение числа аборт, венерических заболеваний, нездоровая масса тела – ожирение, худоба – злоупотребление наркотиков и т.д.), уровень самоубийств среди мужской японской молодежи (15-19 лет) вырос с 5 на 100 тысяч в 1990г. до 9 на 100 тысяч в 2003г.; у женщин он возрос от 3 до 5 за этот же период времени (World Health Organization, 2002).

В европейских развитых странах самоубийство является одной из ведущих причин смерти (в частности, в Англии), или даже второй причиной среди подростков и молодых людей от 15 до 24 лет (Office of

National Statistics 1999, Pages, 2004). В то же время в Греции, благодаря определенным социологическим характеристикам: низкий уровень изоляции, отчуждения, высокая сплоченность, отражающаяся в плотных семейных отношениях, короткое расстояние между общинами, многовековая история страны со стабильной национальной идентичностью, играющим определенную социально-психологическую защитную роль для популяции в том числе и детско-подростковой, выявлена наиболее низкая суицидальная активность среди молодого контента 1980-1995гг. (Zacharakis, 1998, Madianos, 1993, World Health Organization).

Как нельзя демонстративней о высокой значимости социальных потрясений представлены данные о значительно возросшем уровне суицидально-экономического кризиса в Греции. Хотя, по данным некоторых авторов развитие психического расстройства (аффективного спектра) и является одним из наиболее выявляемых факторов риска самоубийства или суицидальности (Nock, 2008, Kessler, 1998) – 90% жертв суицида страдали от психических заболеваний на момент их смерти (Cavanagh, 2003) чаще всего от расстройств настроения (Bostwick, 2000) – получены убедительные факты о прямой связи между суицидальностью и социально-экономическими обстоятельствами, такими как безработица, доход и семейное положение (Nock, 2008, Gunnell, 1999, McMillan, 2010).

Было проведено исследование М.Есепомон с соавт. (Есепомон, 2013) о распространенности суицидальных мыслей и попыток в репре-



зентативной выборке населения Греции в различных его подгруппах в период с 2009 по 2011гг. Данные этого исследования свидетельствовали об особой подверженности суицидальности «людей, страдающих депрессией, мужчин, женатых/замужних лиц, людей, испытывающих финансовые затруднения, с низким уровнем межличностного доверия, а также лиц с наличием суицидальных попыток в анамнезе». Такие результаты, по мнению авторов, подтверждают о выраженном влиянии экономического кризиса в Греции на психическое здоровье населения, также как это наблюдалось в других странах (Lee, 2010, Hong, 2011]. Уровень суицидальности был наиболее высок в тех возрастных группах, которые испытывали наибольшие трудности от роста безработицы в последние годы (Hellenic Statistical Authority, 2012) и среди людей пожилого возраста в связи с необходимостью раннего выхода на пенсию. Красно-речивы показатели резкого роста суицидальности после начала экономического кризиса: количество суицидальных мыслей в 2008г. (до начала экономического кризиса) - 1-месячная распространенность 2,4% суицидальных попыток 0,6% (Madianos, 2011), а в 2009г. (начало экономического кризиса), согласно официальной информации из полицейского реестра, совершено 507 завершенных самоубийств и серьезных попыток (согласно исследованию распространенность суицидальных мыслей составила 52%, попыток 1,1%), а в 2011г. – 598 (Ministry of Public Order & Citizen Protection, 2011) с распространенностью суицидальных мыслей 6,7%,

попыток 1,5%. Эти обстоятельства отражают тесную связь между социально-экономическими факторами и показателями суицидальности (Madianos, 1993, 2011).

Единственным существенным защитным фактором от суицидальных мыслей, по мнению авторов (McMillan, 2010), был уровень межличностного доверия, который долгое время считался мерой социального капитала (Kawachi, 1999) и был связан с более низкими показателями смертности (Kawachi, 1997) и распространенности самоубийств (Duberstein, 2004), что подтверждают данные E.Durkheima о социальной интеграции и суицидальности (Durkheim, 1897). В частности, A. Mollen-Laymkyuler (Mollen-Laymkyuler, 2003) большую подверженность мужчин к суициду связал с тем, что мужчины, «как правило, социально менее интегрированы в сообщество, имеют меньшую социальную поддержку и эмоционально более изолированы по сравнению с женщинами».

Довольно значимую роль социальных условий вообще и некоторых социальных институтов, в частности в колебаниях уровня суицидальной активности, анализирует И.В. Синова (Синова 2014) при рассмотрении частоты суицидов в Российской империи второй половины XIX и начала XX веков. Автор сообщает, что увеличение числа детских самоубийств с конца XIX века стала одно из ключевых медико-социальных проблем, «указывающих на болезненное состояние общества». На 1 млн популяции приходилось 30 суицидов в 1875 году: среди учащихся в высших учебных заведениях число суицидов достигало 164, а в средних



– 106, что в 3-5 раз превышало средние популяционные данные (РГИА, Хлопин, 1906). В начале 20 века (1904-1912 гг.) наблюдался значительный рост самоубийств среди детей и молодежи (до 20 лет), в частности в 1904 – 1905гг. уровень самоубийств составлял 10%, в 1906-1907 - 11%, 1912 – 18%, то есть за 8 лет число самоубийств среди детей и юношей увеличилось почти в 2 раза. Анализ специалистов (психологов, педагогов, социологов, юристов) этого социального явления показал, что оно носило всесословный характер, хотя и причины этих трагических случаев 7 разных сословий несколько различались. Поскольку ситуация с суицидальными явлениями среди учащихся школ была очень острой Министерством Народного Просвещения было дано распоряжение о довольно подробном донесении о каждом подробном случае. Было констатировано, что до 1903г. число самоубийств увеличивалось параллельно с увеличением населения, а затем наметился их значительный рост с XVIII века 1902г. до 482 в 1909г. Однако, в 1905г. увеличение самоубийств прервалось. Специалисты (указанные выше) пришли к выводу, что во время революционных переворотов и национальных войн общественные интересы получают перевес над личными и это приводит к снижению суицидальности, однако, в последующие годы суицидальные случаи значительно увеличиваются в связи с крушением общественных идеалов, апатией и разочарованием, и, кроме того, в результате обострения социально-экономической борьбы, в следующие за революцией годы.

Отмечается, что рост детских самоубийств «находился в теснейшей связи с тяжелым и затяжным социально-экономическим кризисом, который переживала Россия в начале XX века» (Гордон, 1914). Постреволюционные репрессии, последовавшие после революции 1905 г., сопровождались настолько частыми самоубийствами подростков, что возник вопрос об «эпидемии самоубийств» среди учащихся школ. Известный криминалист и адвокат А.Ф. Кони (Ульянова, 1910) утверждал, что значительное число самоубийств совершаются психически здоровыми людьми, в связи с совокупностью «общественных, экономических и бытовых условий, ... которые играют в качестве почвы для самоубийств не меньшую роль, чем душевные болезни». I Всероссийский съезд по семейному воспитанию в 1919г. на первое место в качестве причины самоубийств поставил школу, которая, кроме психологического давления (экзамены, вызывающие «экзаменационные эпидемии самоубийств» - (Гордон, 1914)), физически ослабляла учащихся из-за своих, крайне низкого уровня, санитарно-гигиенических условий (переполненности, недостатка освещения, вентиляции). В 5% самоубийств причиной такого «вредного влияния» были «плохие отметки», которые, якобы, вызывали строгие наказания «от грубых и жестоких родителей», причем двойки и единицы служили не только мерилем уровня знаний, а выставлялись в качестве «дисциплинарных» наказаний (Синова 2014). Учителя не пытались вникнуть в причины неуспеваемости, которая могла зависеть от невозможности выполнения заданий



учениками в силу несоответствующих домашних условий, поэтому отрицательные оценки приносили в большинстве своем вред. По данным, приводимым в журнале «Вестник воспитания» самоубийства, по мнению большинства исследователей, в 1908г. носили эпидемический характер. Воспитатели того времени подвергались жесточайшей критике; в частности, журнал «Свободное воспитание» в 1910г. отмечал, что «многие детские самоубийства суть косвенные убийства, а виновные их – те, кто не понял своего долга или даже сознательно попрали его ногами» (Ульянова, 1910).

Э. Дюркгейм (Дюркгейм, 1994) выдвинул концепцию о роли, главным образом, микросоциума (который теснейшим образом связана с состоянием макросоциума) способствующего социальной адаптации/ дезадаптации его составляющих. Социальные потребности человека в идеалах, ценностях, в объектах поклонения в зависимости от социальных условий (на уровне микросоциума – ближайшего окружения, или глобального социума общественных отношений) могут подвергаться как деструктивным, так и аутодеструктивным тенденциям. При интегрированном, сплоченном сообществе (прежде всего, ближайшего окружения), подросток чувствует себя членом этого социума без переживаний одиночества, изоляции. Поддержка его ценностных установок, помощь в их достижении препятствует появлению у подростка чувства ненужности, своей никчемности, которые могут обусловить деструктивное/аутодеструктивное поведение. Однако, Э. Дюркгейм предостерегал от слишком «жесткой интеграции»,

подавляющей индивидуальность подростка и, таким образом, способствующей обесцениванию человеком его жизни и снижению порока принятия суицидального решения. Следовательно, Э. Дюркгейм главенствующую роль в развитии суицидального поведения отводил социальному триггерному фактору: количество самоубийств в обществе определяется «коллективными представлениями», как особыми фактами социальной жизни, которые определяют индивидуальное видение мира (ценности, моральные нормы).

Исследователи из Боснии и Герцеговины в определенной степени подтвердили концепцию Э.Дюркгейма о снижении уровня самоубийств среди населения во время войны и увеличение его в послевоенные годы. Исследование авторов показали, что в послевоенный период (так называемая, боснийская война 1992-1995 гг.) уровни самоубийств пошли вверх, но, главным образом, среди детей в возрасте 14 лет и моложе, но среди девушек и юношей старшей возрастной группы они снизились.

Значимую роль социально-экономического статуса в росте суицидальности демонстрирует также распад бывшего СССР (Розанов, 2014). В странах Прибалтики, России, Белоруссии, Украины, Казахстана в результате «психосоциального стресса», обусловленного негативными социальными, экономическими и политическими процессами (Розанов, 2012), произошел значительный рост самоубийств в этих странах, несмотря на исходный высокий уровень социально-экономического развития – этот



рост продолжался с 1995 по 2002гг., после чего выявилась тенденция к снижению. В Российской Федерации, согласно данным детского фонда ЮНИСЕФ, подготовленных рядом авторов (Иванова, 2011) количество самоубийств росло среди подростков (15-19 лет) в СССР с 1965г. до начала 70-х гг., затем наблюдался спад, особенно в период перестройки (1986-1987гг.), однако с 90-х гг. он сменился редким подъемом, который наблюдался до 2002г., после чего вновь наметился значительный спад, который в настоящее время не столь убедителен (Иванова, 2011). В России за период с 1999 по 2009 гг. смертность среди подростков снизилась на 10%, а среди взрослых примерно на 30%, однако, из информации, представленной главным государственным санитарным врачом РФ Г.Г.Онищенко, следует, что Россия на 2013 г. занимала 1-ое место в Европе по количеству суицидов среди детей и подростков.

Развивая концепцию микросоциального фактора в становлении риска суицидального поведения в своем обзоре Г.С.Банников с соавт. (Банников, 2015) свидетельствует о том, что важную роль в социализации индивидуума играет семья, включая ее социальный, материальный, культурный и профессиональный статусы. Нечеткие ценностные установки в семье, низкая сплоченность, неясность гендерных статусов, чуждые подростку коммуникативные связи приводят к дисфункциональности семьи и способствуют формированию деструктивного поведения как во вне, так и направленному на себя. Потеря одного из родителей в детско-подростковом

возрасте, суициды среди родственников, асоциальное или реактивное поведение родителей, гиперопека с лишением возможности самостоятельных решений и становления собственных ценностных ориентаций, наркотическая или алкогольная зависимость в семье, агрессивность и импульсивность в родительском поведении определяют высокую степень суицидального риска с возможностью завершеного суицида в детском и подростковом возрасте (Lester, 1989, Jons, 1963, Seldin, 1972, Brent, 2008, Bronisch 2008, Renaud, 2008).

Ряд авторов (Bowen, 1978, Beavers, 1990, Olson, 1993) исследовали значимые параметры семейной системы для создания диагностической модели определения дисфункциональности этой системы, в частности, циркулярная модель семейных систем Д. Олсона позволяет определить степень дисфункциональности семьи и механизмы ее формирования, что необходимо для дальнейшей работы специалистов в планировании оказания помощи и реабилитации в случаях констатации суицидального поведения.

В.А. Розанов с соавт. (Розанов, 2016) в противопоставлении основной массы исследовательских работ предыдущих лет, в которых стрессовые события относились только ко взрослому населению и принижалась роль стрессовых переживаний у детско-подростковой популяции, заявляет о возможном более острого переживания негативных жизненных событий именно этим контингентом населения, что связано с особенностями их эмоциональной и когнитивной сферы (Рахимкулова, 2013). Опираясь на «когнитивист-



ские» взгляды R.S. Lazarus и S. Folkman (Lazarus, Folkman 1984) считают стрессом лишь состояние осознания индивидуумом недостаточности ресурсов для преодоления возникшей проблемы, т.е. стресс является психологическим фактором внутреннего ощущения, осознания невозможности разрешить возникшую проблему или избежать нежелательной ситуации. Именно такое субъективное ощущение стресса, по мнению авторов, в большей степени влияет на выраженность депрессии, тревоги и рискованного поведения, чем реальное наличие большого числа негативных жизненных ситуаций. Вместе с тем, авторы отмечают, что интенсивные стрессовые реакции являются скорее исключением, чем правилом, и в зоне повышенного риска находится небольшое число подростков и социально-психологические особенности именно этих подростков наиболее важны для превенции. Несмотря на то, что указанные авторы делают акцент на психологической составляющей стресса, последняя ассоциируется преимущественно ограниченно, как бы с внешней стороны сложного психологического состояния с задействованием эндогенных механизмов эмоционально-когнитивного регуляторного комплекса и его морфологического представительства. Внешняя сторона психологической составляющей стресса позволяет авторам выделить 4 группы подростков по числу выпавших на их долю актуально стрессовых событий, по степени их «ранимости, впечатлительности», индивидуальной восприимчивости к ним (благополучные, стресс-уязвимые, высоко стрессовые – группа повышенного риска

и стрессоустойчивые). По мере убывания значимости таких событий выделяются: проблемы с родителями, наличие серьёзной травмы или заболевания, смерть близкого друга, разрыв отношений с парнем/девушкой, кража личного имущества, смерть близкого члена семьи. Решающую роль, с точки зрения авторов, в возникновении суицидальных мыслей играют не количество негативных жизненных ситуаций, а микросоциальные факторы, связанные с семьёй, взаимоотношениями с родителями, сверстниками, болезнями и смертью близкого друга, т.е. «корни суицидальных переживаний связаны с семейным контекстом и ближайшим окружением подростка».

О решающем значении семейных факторов, связанных с суицидальными попытками, свидетельствуют и китайские исследователи (Xing, 2010). Констатируя частоту попыток самоубийства среди подростков-школьников в 2,7% (338 из 12470 обследованных) с преимущественной частотой среди девочек, авторы, проанализировав все стрессовые события семейной жизни, выявили существенное независимое влияние трёх семейных факторов на повышении риска суицидальных попыток среди подростков – это неправильное родительское поведение при воспитании, отделение детей от родителей и социальные проблемы семьи, но не плохие материальные условия или другие несчастья (напасти) в семье. Из более широкого диапазона причин попыток к самоубийству, приводимыми китайскими исследователями, основными считаются: тяжёлая (грубая) словес-



ная критика вплоть до изгнания из семьи и смерть значимого члена семьи.

Проблемам микросоциума, в частности, преследования и «издевательства» в учебных учреждениях и их влияние на суицидальное поведение, посвящено немало других работ (Bond, 2001, Kaltiala-Heino, 1999), которые свидетельствуют об отсутствии прямолинейной зависимости между этими явлениями (запугивания, издевательства) и суицидальным поведением. L.Bond с соавт. (Bond, 2001) заявляя о причинной значимости, их разделяет на «жертв» - лиц, у которых выявлялись первичные (вне воздействия таких обстоятельств) депрессивные, тревожные явления, усугубляющиеся под влиянием негативного воздействия - и лиц, у которых такое негативное воздействие является основной причиной их суицидального поведения. R.Kaltiala-Heino (Kaltiala-Heino, 1999) говорит о необходимости психиатрической помощи как «хулиганам» (запугивающим), так и «жертвам», поскольку по данным его исследований эмоциональные расстройства (депрессия, тревога) выявляются и у лиц «хулиганов», так и их «жертв». M. Kljakovic с соавт. (Kljakovic, 2016) сообщают о ряде негативных влияний по литературным данным, для становления как «жертв», так и «хулиганов». Так, преследование связано с психологической дезадаптацией (Juvonen, Nishina, Graham, 2000), с появлением тревоги и депрессии (Bond, Carlin, Thomas, 2001), а также, ей способствует одиночество и снижение уровня социальной удовлетворённости (Kochenderfer-Ladd, Wardrop, 2001)

увеличение поведенческих адаптационных и эмоциональных проблем (Lopez, DuBois, 2005). Травля также связана с определенными психологическими проблемами, такими как высокое распространение суицидальной идеации к депрессии (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, 1999). Долговременные социальные проблемы как травля могут быть частыми из-за недостатка навыков эффективного отношения с другими учащимися (Fergusson, Boden, Horwood, 2014), высокого уровня жестокости, оскорблений и арестов/судимостей, из-за преступлений в зрелом возрасте (Fergusson, Boden, Horwood, 2014). Хотя C.R.Cook с соавт. (Cook, Williams, Guerra, 2010) и указывали на незначительный вклад домашней среды для формирования травли и преследования, тем не менее, другие индивидуальные исследования указывают на прочную связь между стилем воспитания, семейной средой и началом травли, и преследования детей (Schwartz, Dodge, Pettit, 2000; Barker, Boivin, Brendgen, 2008; Nation, Vieno, Perkins, 2008). Существуют многочисленные доказательства, что оба - «задиры» и «жертвы» - скорее всего, формируются от грубых, жёстких и неблагоприятных условий домашней среды.

Большинство исследователей суицидального поведения проводили изучение детской и подростковой популяции в странах с высоким уровнем дохода. Значительно меньше работ посвящено изучению суицидального поведения в странах с низким и средним уровнем дохода (Muula, Kazembe, Rudatsikira, 2007; Hawton, van Heeringen, 2009). Некоторые исследователи предположи-



ли, что в нескольких странах Африки к югу от Сахары, в частности в Западной Африке (где исследования суицидального поведения не проводилось) о скрытой эпидемии самоубийств (Khan, 2005). Изучение годичной распространенности попыток самоубийств в Нигерии выявило 12% среди подростков (Omigbodun, Dogra, Esan, 2008) часто значительно выше, чем в западных странах - 4,4% в Бостоне (США), 4,9% в Новой Шотландии 4,9%, в Канаде 6,3%-8,1% (Swahn, Bossarte, 2007; Langille Asbridge, Kisely, 2012), однако, в Соединенном Королевстве распространенность членовредительства оценивалось в 18,8% среди популяции 16-17 летних (Kidger, Heron, Lewis, 2012); в Норвегии среди 12-20 летних попытки самоубийства констатировались 8,2%, а в последние два года 2,7%. Обзор литературы М.К. Nock с соавт. (Nock, 2008) определил, что распространенность суицидальных попыток в большинстве исследований составляла не менее 10%.

Истинные масштабы суицидального поведения в Африке скрыты в связи с социально-культурными особенностями и нежелательной стигмы. В последние годы исследователи суицидального поведения в этом регионе начали использовать глобальную шкалу на основе медицинского обследования - GSHS (Muula, Kazembe, Rudatsikira, 2007; Rudatsikira, Muula, Siziya, et al. 2007; Wilson, Dunlavy, Viswanathan, et al., 2012) были исследованы возникновение и корреляты суицидальных мыслей и поведения на Сейшельских островах, в Кении, Ботаване, Намибии, Зимбабве, Танзании и Уганде (Page, West, 2004;

Rudatsikira, Muula, Siziya, et al. 2007; Wilson, Dunlavy, Viswanathan, et al., 2012). Выявлено, что 16% и 11,2% студентов были носителями суицидальных мыслей в Сейшельских островах и Танзании, что сопоставимо с некоторыми странами высоких доходов - 12,5%-16,7% (Eaton, Kann, Kinchen, et al., 2010; Kirchner, Ferrer, Forns, et al., 2011; Langille, Asbridge, Kisely, et al., 2012). Другие Африканские страны - Кения, Уганда, Ботавана, Зимбабве - имели значительно большие показатели суицидальности, нежели страны с высоким доходом (Page, West, 2004). Такие факторы суицидального поведения как психологический стресс, издевательства и насилие, злоупотребления алкоголем и наркотиками были обнаружены во многих исследованиях (King, Schwab-Stone, Flisher, et al., 2001; Nock, Borges, Bromet, et al., 2008; Omigbodun, Dogra, Esan, 2008; Fergusson, Woodward, Horwood, 2012; Hepburn, Azrael, Molnar, et al., 2012). Для объяснения высокой суицидогенности указанных факторов некоторыми авторами привлекалась стресс - диатезная модель (Mann, 2003; Hawton, van Heeringen, 2009). В то время как психические расстройства были причиной смерти в меньшем количестве случаев в странах с низкими доходами, чем в развитых.

Специальное исследование факторов риска и распространенности суицидальных мыслей и попыток самоубийства в Бенине (стране, расположенной к югу от Сахары в Западной Африке) выявило, что указанное суицидальное поведение было сравнимо с данными других исследований стран этого региона (Page, West, 2004; Wilson, Dunlavy,



Viswanathan, et al., 2012). Однако, число попыток самоубийства в течение одного летнего периода был более высоким, чем в других странах с низким и средним доходом – Нигерии, Таиланде, Вьетнаме, Китае и Филиппинах (Page, Yanagishita, Suwanteerangkul, et al., 2005; Omigbodun, Dogra, Esan, 2008; Blum, Sudhinaraset, Emerson, 2012) и выше, чем в странах с высоким доходом – Канада, США, где исследователи констатировали от 4,4 % до 9% (Vega, Gil, Warheit, et al., 1993; Wichstrøm, 2000; Skegg, 2005; Spirito, Esposito-Smythers, 2006; Mulye, Park, Nelson, et al., 2009; Cooper, Clements, Holt, 2011). Годичная распространенность суицидальных мыслей (вне распределения с планированием суицида или без) в Бенине (23,2%) было примерно на одном уровне с некоторыми странами этого региона – в Уганде - 19,6%, Ботеване – 23,18%, Кении – 27,9%, Зимбабве – 25,5% (Page, West, 2004; Rudatsikira, Muula, Siziya, et al., 2007), но были выше, чем в Сейшельских островах - 16% и Танзании – 11,2%; этот показатель в Бенине был также выше, чем в странах Восточной Азии (Таиланд, Китай, Вьетнам, Тайвань и Филиппины) (Page, West, Hall, 2011; Blum, Sudhinaraset, Emerson, 2012; Peltzer, Pengpid, 2013) и в странах с высоким доходом – от 12,5% до 16,7% (Mulye, Park, Nelson, et al., 2009, Cooper, Clements, Holt, 2011). Основными факторами риска отмечались: тревоги, одиночество, низкое родительское попечительство, так же, как и в Сейшельских островах (Wilson, Dunlavy, Viswanathan, et al., 2012). Употребление табака не являлось фактором риска, однако, многона-

циональное исследование показало, что употребление табака связано с суицидальными мыслями среди девочек в Африке (Innamorati, De Leo, Rihmer, et al., 2011). Исследование констатирует высокий уровень попыток самоубийства среди молодежи Бенина. Это в определенной степени объясняется временем обследования – 2009г. – пик мирового экономического кризиса и значительного подтопления населенных пунктов в результате наводнения. Предыдущие исследования показали, что социально-экономическая ситуация и культурные факторы существенно влияют на уровень самоубийства (Peltzer, Cherian, Cherian, 2000; Burrows, Laflamme, 2010). С повышением уровня попыток самоубийства связаны также проблемы секса, чувство тревоги, одиночества, насилия, употребления наркотиков (Bolton, Robinson, 2010; Randall, Rowe, Colman, 2012). Злоупотребление наркотиков являлись, по данным этого исследования, главным фактором риска для суицидальных попыток. Кроме того, довольно значительным суицидальным риском являлось и повышение насилия в Бенине.

В другом исследовании с сопоставлением суицидального поведения в странах с низким и высоким доходами, проведенном на популяции подростков на Сейшельских островах (исследуемые подростки (n=1432) учащиеся средних школ были разделены на 3 группы: 1-ая с отсутствием суицидального «выражения» - n = 1199; 2-ая с выражением суицидальных мыслей – n=89; 3-я с суицидальными мыслями и планированием суицидальной попытки – n=139) был получен более низкий



уровень самоубийства (16%), чем в других странах этого региона (20-36%) (Rudatsikira, Siziya, Kazembe, et al., 2007), что сравнимо со странами высокого дохода. Частично эти различия объясняются наличием выше среднего уровня жизни и большей стабильностью на Сейшельских островах, чем в других странах этого региона (Perdrix, Bovet, Larue, et al., 1999). Кроме того, были благоприятные социальные условия (сплоченность) связанные с Креольской культурой. Выявлено, что суицидальные мысли с планированием констатировались чаще у женщин, что соответствует таковому в других странах (Rudatsikira, Siziya, Kazembe, et al., 2007) и международным показателям (Liu, Tein, Zhao, et al., 2005; Eaton, Kann, Kinchen, et al., 2007). Однако гендерные различия заключались и в том, что женщины могут быть более склонными к мыслям о самоубийстве, в то время как мужчины чаще совершают завершённые попытки самоубийства (Hosh, Gothelf, Ofek, et al., 1999). Такие важнейшие факторы суицидального поведения как признаки депрессии и одиночества (Jones, Schinka, van Dulmen, et al., 2011) были выявлены у 30% респондентов и у 14%, соответственно. Данное исследование не обнаружило связи между фактором «лишение пищи» и высоким уровнем суицидальности, возможно, по предположению авторов, подростки могли питаться в школе, кроме этого, в тропическом климате Сейшел широко доступны в течение всего года различные фрукты, и родственники также могут обеспечить «защиту от голодания» любого члена семьи (Tingvold, Hauff, Allen, et al., 2011). Обнаружена связь упо-

ребления табака подростками с повышенным уровнем суицидальных мыслей и попыток. Это, по мнению авторов, связано с «механизмом преодоления негативных последствий жизни, таких как физическая трансформация развития сексуальности, со стремлением к независимости и социальном давлением».

Полностью согласуются с литературой (Stravynski, Boyer, 2001; Jones, Schinka, van Dulmen, et al., 2011) настоящего исследования о влиянии одиночества на повышение уровня суицидального поведения, поскольку группа сверстников, которая формируются в подростковом возрасте, играет важную роль в психическом развитии детей, а отсутствие друзей или тем более риск быть исключённым из желаемой группы несет серьёзные негативные последствия. Констатируемое авторами данной работы присутствие понимания родителями ценностей и потребностей подростков, что является значительной помощью в решение их проблем, было связано с низким уровнем суицидальности в обследуемой выборке. Вопреки довольно противоречивыми выводами о влиянии родительского надзора за детьми на уровень суицидального поведения (по данным исследования 2598 детей дошкольного и раннего подросткового периода родительский надзор способствовал снижению суицидальности у этого контингента, но, главным образом, среди девочек - 38; свидетельства других авторов указывают на повышение уровня самоубийства при низком уровне мониторинга родителей - 39; лонгитюдное исследование - 40 - показало, что родительская бдительность обусловила повышение



показателей суицидальности) авторы данной работы не выявили какой либо связи осведомленности родителей о свободном времяпрепровождении своих детей с суицидальной выраженностью. Данными исследователями подросткового контингента Сейшельских островов не обнаружено злоупотребления алкоголем или наркотиками в их выборке, хотя ими признается возможность влияния этих злоупотреблений на суицидальную активность.

Согласно W.J. Kim с соавт. (Kim, Singsh, 2004), относительно вероятных факторов, способствующих высокому уровню самоубийств в развивающихся странах (к которым они относят Китай, Индию, Филиппины, Малайзию и некоторые другие страны Восточной Азии, кроме Японии и Гонконга) «высказываются предположения о роли конфликта между коллективизмом и индивидуализмом, ригидности иерархической социальной структуры, усилении репрессивного элемента в системе образований, и главное - конфликта между местной и иностранной культурой, насаждаемой средствами массовой информации». Данное мнение можно отнести и к некоторым странам Африки, Латинской Америки. Так, мексиканский суицидолог G. Vaquedano (Vaquedano, 2009) в качестве основной причины высокого роста суицидов в Мексике, особенно в регионах

традиционного проживания наиболее древнего народа майя - штатах Юкатан и Кампече, указывает на конфликт традиционных религий, которые определяют мировоззрение этого населения, несмотря на тотальное обращение их в католичество, и современной потребительской культуры, особенно, в силу низкого образовательного уровня молодежи. «Это одно из мест на земле, где среди народных легенд присутствует образ «божества самоубийства».

Таким образом, большинство авторов указывают на существенное влияние социума (макро- и микросоциальные факторы) на аутоагрессивное поведение человека. К макросоциальным факторам, относят уровень развития страны, уровень ее доходов, военный период, конфликт традиционных религий. Микросоциальная ситуация включает неправильное родительское воспитание, социальные проблемы семье, тяжелая словесная критика, нечеткие ценностные установки в семье, низкая сплоченность, неясность гендерных статусов, преследования и издевательства в микрогруппах. Изучение социальной ситуации во многом может способствовать углубленному изучению проблемы суицидов среди детей и подростков, а соответственно и комплексному её решению, разработке превентивных мер.

Литература

Банников, Г.С., Кошкин, К.А., Павлова, Т.С.; с соавт. (2015). Потенциальные и актуальные факторы риска развития суи-

цидального поведения подростков (обзор литературы). Суицидология, 4 (21): 21-32.



- Гордон, Г.И. (1914). Воспитание и самоубийства детей. Труды I Всероссийского съезда по семейному воспитанию в СП 30.12.1912-6.01.1913 г. в 2-х томах, 1: 453-462.
- Дюркгейм, Э. (1994). Самоубийство. Тексты по истории социологии XIX–XX вв. Хрестоматия. М.: 312-327.
- Иванова, А.Е., Сабгайда, Т.П., Семенова, В.Г.; с соавт. (2011). Смертность российских подростков от самоубийств. ЮНИСЕФ: 132.
- Розанов, В.А. (2012). Самоубийства, психосоциальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР. Суицидология, 4: 28-40.
- Розанов, В.А. (2014). Самоубийства среди детей и подростков – что происходит и в чем причина? Суицидология, 4 (17): 16.
- Розанов, В.А., Рахимкулова, А.С. (2013). Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез. Суицидология, 2 (11): 8-24.
- Розанов, В.А., Уханова, А.И., Волканова, А.С.; с соавт. (2016). Стресс и суицидальные мысли у подростков. Суицидология, 3 (24): 20-32.
- РГИА. Ф. 733. Оп. 199. Д. 107.
- Синова, И.В. (2014). Современный взгляд на детские суициды в российской Империи второй половины XIX – начала XX веков. Суицидология, 1 (14): 63-71.
- Ульянова, А. (1910). Самоубийства детей. Свободное воспитание, 8: 164-179.
- Хлопин, Г.В. (1906). Самоубийства, покушения на самоубийства и несчастные случаи среди учащихся русских учебных заведений. Санитарно-статистическое исследование. СПб.: Сенатская типография: 95.
- Alexiou, T., Economou, M., Madianos, M.; et al. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 46: 943-952.
- Anderson, R.N., Smith, B.L. (2003). Deaths: leading causes for 2001. Natl Vital Stat Rep, 52: 1-85.
- Apter, A., Bertolote, J., Mann, J.J.; et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA, 294: 2064-2074.
- Arvers, P., Hassler, C., Pages, F.; et al. (2004). What are the characteristics of adolescent hospitalized suicide attempters? Eur Child Adolesc Psychiatry, 130: 151-158.
- Asmundson, G.J., Enns, M.W., McMillan, K.A.; et al. (2010). The association between income and distress, mental disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. J Clin Psychiatry, 71: 1168-1175.
- Bacopoulou, F., Greydanus, D.E., Tsalamanios E. (2009). Suicide in adolescents: a worldwide preventable tragedy. Keio J Med, 58 (2): 95.
- Baquedano, G. (2009). Maya religion and traditions influencing suicide prevention in contemporary Mexico. NY: Oxford University Press: 77-84.
- Barker, E.D., Boivin, M., Brendgen, M.; et al. (2008). Predictive validity and early predictors of peer-



- victimization trajectories in pre-school. *Archives of General Psychiatry*, 65: 1185-1192.
- Beavers, W.B., Hampson, R.B. (1990). *Successful families: Assessment and intervention*. New York: W.W. Norton.
- Bergland, P., Borges, G., Kessler, R.C.; et al. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*, 293: 2487-2495.
- Berlim, M.T., McGirr, A., Renaud, J.; et al. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study. *J. Affect. Disord*, 105: 221-228.
- Blum, R., Sudhinaraset, M., Emerson, M.R. (2012). Youth at risk: suicidal thoughts and attempts in Vietnam, China, and Taiwan. *J. Adolesc. Health.: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 50: 37-44.
- Bolton, J.M., Robinson, J. (2010). Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. *American J of public health*, 100: 2473-2480.
- Borges, G., Bromet, E.J., Nock, M.K.; et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*, 192: 98-105.
- Borges, G., Bromet, E.J., Nock, M.K.; et al. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*, 30: 133-154.
- Borges, G., Kessler, R.C., Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 617-626.
- Bostwick, J.M., Pankratz, V.S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*, 157: 925-932.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. NY: Jason Aronson.
- Brent, D.A., Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psych. clinics of North Am.*, 31 (2): 157-177.
- Bronisch, T., Höfler, M., Lieb, R. (2008). Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study. *J. Affect. Disord*, 108 (1-2): 135-45.
- Burrows, S., Laflamme, L. (2010). Socioeconomic disparities and attempted suicide: state of knowledge and implications for research and prevention. *International J. of Injury Control and Safety Promotion*, 17: 23-40.
- Carlin, J.B., Bond, L., Thomas, L.; et al. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ*, 323: 480-484.
- Carson, A.J., Cavanagh, J.T., Sharpe, M.; et al. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33: 395-405.
- Connor, K., Conwell, Y., Duberstein, P.; et al. Poor social integration and suicide: fact or artifact? *Psychol Med*, 34: 1331-1337.
- Cook, C.R., Williams, K.R., Guerra, N.G.; et al. (2010). Predictors of bullying and victimization in



- childhood and adolescence: a meta-analytic Investigation. *School Psychology Quarterly*, 25: 65-83.
- Cooper, G.D., Clements, P.T., Holt, K. (2011). A review and application of suicide prevention programs in high school settings. *Issues in mental health nursing*, 32: 696-702.
- Dorling, D., Gunnell, D., Lopatzidis, A.; et al. (1999). Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *Br J Psychiatry*, 175: 263-270.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide. Etude de sociologie*. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S.; et al. (2007). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth Risk Behavior Surveillance-United States. Available online: <http://ukpmc.ac.uk/abstract/ME D/18528314/reload=0>.
- Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S.; et al. (2010). Youth risk behavior surveillance. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 59: 1-142.
- Economou, M., Evangelina, L.P., Madianos, M.; et al. (2013). Суицидальные мысли и зарегистрированные суицидальные попытки во время экономического кризиса в Греции. *World Psychiatry*, 12 (1): 50-57.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J. (2014). Bullying in childhood, externalizing behaviors, and adult offending: evidence from a 30-year study. *J. of School Violence*, 13: 146-164.
- Fergusson, D.M., Woodward, L., Horwood, L. (2012). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30: 23-39.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New-York: Springer Publishing: 445.
- Goldsmith, S.K., Kleinman, A.M., Pellmar, T.C.; et al. (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. National Academies Press.
- Guo, W.J., Lee, S., Tsang, A.; et al. (2010). Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord*, 126: 125-133.
- Hawton, K., van Heeringen, K. (2009). *Suicide*. *Lancet*, 373: 1372-1381.
- Hellenic Statistical Authority. (2012). *Research on Labour Force: 2012*. Piraeus: Hellenic Statistical Authority.
- Hepburn, L., Azrael, D., Molnar, B.; et al. (2012). Bullying and suicidal behaviors among urban high school youth. *J. Adolesc. Health*, 51: 93-95.
- Holinger, P.C. (1989). Epidemiologic issues in youth suicide. In: Pfeffer CR, ed. *Suicide Among Youth: Perspectives on Risk and Prevention*. American Psychiatric Press: 41-42.
- Hong, J., Knapp, M., McGuire, A. (2011). Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behavior: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry*, 10: 40-44.
- Horesh, N., Gothelf, D., Ofek, H.; et al. (1999). Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent



- psychiatric inpatients. *Crisis*, 20: 8-14.
- Idema, S., Takayama, J. (2008). Internet Data-Japan. Personal Communication.
- Innamorati, M., De Leo, D., Rihmer, Z.; et al. (2011). Tobacco smoking and suicidal ideation in school-aged children 12-15 years old: impact of cultural differences. *J. of Addictive Diseases*, 30: 359-367.
- Jones, A.C., Schinka, K.C., van Dulmen, M.H.; et al. (2011). Changes in loneliness during middle childhood predict risk for adolescent suicidality indirectly through mental health problems. *J. Clin. Child. Adolesc. Psychol.*, 40: 818-824.
- Jons, H. (1963). Alcohol addiction: a psycho-social approach to abnormal drinking. London: 189-190.
- Juvonen, J., Nishina, A., Graham, S. (2000). Peer harassment, psychological adjustment, and school functioning in early adolescence. *J. of Educat Psychology*, 92: 349-359.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M.; et al. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ*. 319: 348.
- Kawachi, I. (1999). Social capital and community effects on population and individual health. *Ann NY Acad Sci*, 896: 120-130.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K.; et al. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health*, 87: 1491-1498.
- Khan, M.M. (2005). Suicide prevention and developing countries. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98: 459-463.
- Kidger, J., Heron, J., Lewis, G.; et al. (2012). Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *BMC psychiatry*, 12: 69.
- Kim, W.J., Singsh, T. (2004). Trends and dynamics of youth suicides in the developing countries. *Lancet*, 363 (8415): 1090-1091.
- King, R.A., Schwab-Stone, M., Flisher, A.J.; et al. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J. of the Am. Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40: 837-846.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M.; et al. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas españolas de psiquiatría*, 39: 226-235.
- Kljakovic, M., Hunt C. (2016). A meta-analysis of predictors of bullying and victimisation in adolescence. *J. Adolesc.*, 49: 134-145.
- Kochenderfer-Ladd, B., Wardrop, J.L.. (2001). Chronicity and instability of children's peer victimization experiences as predictors of loneliness and social satisfaction trajectories. *Child Development*, 72: 134-151.
- Langille, D.B., Asbridge, M., Kisely, S.; et al. (2012). Suicidal behaviours in adolescents in Nova Scotia, Canada: protective associations with measures of social capital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47: 1549-1555.
- Lauren, B., Finkelstein, B.D., Betts, N.T. (2001). A developmental meta-analysis of peer conflict res-



- olution. *Developmental Review*, 21: 423-449.
- Lester, D. (1989). Experience of Personal Loss and Later Suicide. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 79: 450-452.
- Liu, X., Tein, J., Zhao, Z.; et al. (2005). Suicidality and correlates among rural adolescents of China. *J. Adolesc. Health*, 37: 443-451.
- Lopez, C., DuBois, D.L. (2005). Peer victimization and rejection: investigation of an integrative model of effects on emotional, behavioral, and academic adjustment in early adolescence. *J. Clin. Child. Adolesc. Psychol.*, 34: 25-36.
- Madianos, M.G., Papadimitriou, G.N., Zacharakis, C.A.; et al. (1998). Suicide in Greece 1980-1995: patterns and social factors. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 33: 471-476.
- Madianou-Gefou, D., Madianos, M., Stefanis, C.N. (1993). Changes in suicidal behavior among nationwide general population samples across Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 243: 171-178.
- Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature reviews Neuroscience*, 4: 819-828.
- Ministry of Public Order & Citizen Protection. (2011). Table on suicides (completed and attempted) from 2009 until 10-12-2011. Athens: Police Headquarters.
- Moller-Leimkuhler, A. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are so men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 253: 1-8.
- Mulye, T.P., Park, M.J., Nelson, C.D.; et al. (2009). Trends in adolescent and young adult health in the United States. *J. Adolesc. Health.*: official publication of the Society for Adolescent Medicine, 45: 8-24.
- Muula, A.S., Kazembe, L.N., Rudatsikira, E.; et al. (2007). Suicidal ideation and associated factors among in-school adolescents in Zambia. *Tanzan. Health Res. Bull*, 9: 202-206.
- Nansel, T.R., Overpeck, M., Pilla, R.S.; et al. (2001). Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *J. of the Am Medical Association*, 285: 2094-2100.
- Nation, M., Vieno, A., Perkins, D.D.; et al. (2008). Bullying in school and adolescent sense of empowerment: an analysis of relationships with parents, friends, and teachers. *J. of Community & Applied Social Psychology*, 18: 211-232.
- Office of National Statistics 1999. (2009). Health statistics quarterly. London. The Stationery Office. *Keio J Med*, 58 (2): 95-102.
- Olson, D.H. (1993). Circumplex model of marital and family systems. In F. Wals (Ed.), *Normal Family Processes*. New York: Guilford Press.
- Omigbodun, O., Dogra, N., Esan, O.; et al. (2008). Prevalence and Correlates of Suicidal Behaviour Among Adolescents in Southwest Nigeria. *International J. of Social Psychiatry*, 54: 34-46.
- Page, R.M., West, J.H. (2004). Suicide ideation and psychosocial distress in sub-Saharan African youth. *Am. J. Health Behav*, 35: 129-141.
- Page, R.M., West, J.H., Hall, P.C. (2011). Psychosocial distress and suicide ideation in Chinese and Philippine adolescents. *Asia-Pacific journal of public health/Asia-Pacific Academic*



- Consortium for Public Health, 23: 774-791.
- Page, R.M., Yanagishita, J., Suwanteerangkul, J.; et al. (2006). Hopelessness and Loneliness Among Suicide Attempters in School-Based Samples of Taiwanese, Philippine and Thai Adolescents. *School Psychology International*, 27: 583-598.
- Peltzer, K., Cherian, V.I., Cherian, L. (2000). Cross-cultural attitudes towards suicide among South African secondary school pupils. *East African Med. J.*, 77: 165-167.
- Peltzer, K., Pengpid, S. (2012). Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in Thailand. *International journal of environmental research and public health*, 9: 462-473.
- Perdrix, J., Bovet, P., Larue, D.; et al. (1999). Patterns of alcohol consumption in the Seychelles Islands (Indian Ocean). *Alcohol Alcoholism*, 34: 773-785.
- Randall, J.R., Rowe, B.H., Colman, I. (2012). Emergency Department Assessment of Self-Harm Risk Using Psychometric Questionnaires. *Can J Psychiatry*, 57: 21-28.
- Rudatsikira, E., Muula, A.S., Siziya, S.; et al. (2007). Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in rural Uganda. *BMC Psychiatry*, 7: 67.
- Rudatsikira, E., Siziya, S., Kazembe, L.N.; et al. (2007). Prevalence and associated factors of physical fighting among school-going adolescents in Namibia. *Ann. Gen. Psychiat.*: 6.
- Schwartz, D., Dodge, K.A., Pettit, G.S.; et al. (2000). The Conduct Problems Prevention Research Group Friendship as a moderating factor in the pathway between early harsh home environment and later victimization in the peer group. *Developmental Psychology*, 36: 646-662.
- Seldin, N.E. (1972). The family of the addict. *Intern. J of the addiction*, 7 (1): 97.
- Skegg K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366: 1471-1483.
- Spirito, A., Esposito-Smythers, C. (2006). Attempted and completed suicide in adolescence. *Annual review of clinical psychology*, 2: 237-266.
- Stravynski, A., Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide Life-Threaten. Behav.*, 31: 32-40.
- Swahn, M.H., Bossarte, R.M. (2007). Gender, early alcohol use, and suicide ideation and attempts: findings from the 2005 youth risk behavior survey. *J. Adolesc. Health*, 41: 175-181.
- Tao, F.B., Wan, Y.H., Xing, X.Y.; et al. (2010). Family Factors Associated With Suicide Attempts Among Chinese Adolescent Students: A National Cross-Sectional Survey. *J. Adolesc. Health*, 46 (6): 592-599.
- Tingvold, L., Hauff, E., Allen, J.; et al. (2012). Seeking balance between the past and the present: Vietnamese refugee parenting practices and adolescent well-being. *IJIR*, 36: 563-574.
- Vega, W.A., Gil, A., Warheit, G.; et al. (1993). The relationship of drug use to suicide ideation and attempts among African American, Hispanic, and white non-Hispanic male adolescents. *Sui-*



- cide & Life-Threatening Behavior, 23: 110-119.
- Wichstrøm, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J. of the Am. Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 603-610.
- Wilson, M.L., Dunlavy, A.C., Viswanathan, B.; et al. (2012). Suicidal Expression among School-Attending Adolescents in a Middle-Income Sub-Saharan Country. *International J. of Environmental Research and Public Health*, 9: 4122-4134.
- World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. Geneva: WHO, HV: 6625.
- World Health Organization. Suicide rates in Greece. www.who.int.

Suicides of children and adolescents - obligate sign of social progress / regress? (Review)

V. G. Budza, R. I. Palaeva, E. Yu. Antokhin

Orenburg State Medical University. Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Orenburg, Russia; e-mail: rozaliana8@mail.ru

Abstract. The sociological characteristics of various countries influencing the high level of suicidality are described: the low income of the population, unemployment, isolation, estrangement, low unity, long distance between communities, unstable national identity of the country. Such microsocial factors as indistinct valuable installations in family, ambiguity of the gender statuses, communicative communications alien to the teenager result in dysfunctionality of family and promote formation of destructive behavior, suicide thoughts, self-damages and attempts of suicide of teenagers.

Keywords: adolescents, suicide attempt, suicide thoughts, social and economic crisis, microsocial conditions.

Cite as:

V. G. Budza, R. I. Palaeva, & E. Yu. Antokhin. (2019). Suicides of children and adolescents - obligate sign of social progress / regress? (Review). *Neurodynamics. Journal of clinical psychology and psychiatry*, 1(4), 1-19. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3592345>



Копинг-стратегии у подростков с аутоагрессивным поведением

Д. И. Агишева, Р. И. Палаева, Е. Ю. Антохин

Оренбургский государственный медицинский университет; кафедра клинической психологии и психотерапии; г. Оренбург, Россия; e-mail: dariagisheva@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрены понятие аутоагрессивного поведения, понятие и виды копинг-стратегий. Представлены результаты эмпирического исследования 20 пациентов Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 в возрасте 13-17 лет, совершивших аутоагрессивные действия. Цель: изучение взаимосвязи копинг-стратегий и аутоагрессивного поведения у подростков, совершивших аутоагрессивные действия. Выявлены взаимосвязи между копинг-стратегией «Бегство-избегание» и показателями суицидального риска «Аффективность», «Несостоятельность», «Уникальность», «Временная перспектива», копинг-механизмом «Планирование решения проблемы» и показателем «Аффективность».

Ключевые слова: подростки, аутоагрессия, суицидальный риск, копинг-механизмы, стратегии совладания, стресс, личность.

Статья издана при финансовой поддержке ФГБУ «Российский фонд фундаментальных исследований» (РФФИ) в рамках научного проекта «Разработка модели комплексной нейropsихологической и психофизиологической оценки суицидального риска и прогноза развития аффективных расстройств у подростков и учащейся молодежи» № 18-013-00015|19.

Введение

В настоящее время изучение проблемы аутоагрессии в подростковом периоде актуально с точки зрения социальной значимости проблемы и статистических данных. Аутоагрессивное поведение – это действия, направленные на причинение вреда своему физическому или психическому здоровью (Ам-

брумова А. Г., Трайнина Е. Г., Ратинова Н. А., 1990; Билле-Браге У. с соавт., 1998). Крайним вариантом аутоагрессии является суицид. Согласно ВОЗ (2019), второй ведущей причиной смерти среди молодых людей в возрасте 15-29 лет является самоубийство. Подростки сталкиваются с трудными ситуациями в от-



ношениях со сверстниками, родителями, учителями (Лукашук А. В., Меринов А. В., 2016). Вместо того чтобы конструктивно выражать свои эмоции, некоторые из них используют самоповреждения как способ выразить негативные эмоции и справиться со своим состоянием. Аутодеструктивное поведение является серьезной проблемой общественного здоровья (Антохин Е. Ю., 2016), поэтому важно изучить стратегии совладания со стрессовыми ситуациями у подростков.

В жизни каждого человека встречаются ситуации, с которыми необходимо справляться, принимая определенные решения. Такие ситуации могут не соответствовать ресурсам индивида и приводить к психологическому неблагополучию и дискомфорту. Термин «копинг» (coping) происходит от английского слова «to cope», который означает «справляться, совладать». Копинг-механизмы, или механизмы совладания со стрессом, представляют собой осознанно используемые способы совладать со стрессом, с трудными ситуациями и состояниями (Бодалев А. А., 2011). Р. Лазарус (1998) в книге «Психологический стресс и процесс совладания» под «копингом» подразумевает постоянно меняющиеся попытки в когнитивной и поведенческой сферах справиться с различными внутренними и внешними требованиями, которые оцениваются человеком как чрезмерные или превышающие его ресурсы. Функции копинг-стратегий заключены в преодолении трудностей, избегании их, уменьшении отрицательных последствий трудностей или пассивном смирении.

По мнению R.S. Lazarus, S. Folkman (1980, 1984), копинг-механизмы можно подразделить на: 1) проблемно-фокусированные и 2) эмоционально-фокусированные.

Проблемно-фокусированные стратегии направлены на поиск решения путем изменения когнитивной оценки, активное преобразование ситуации, например, планирование решения проблемы, принятие ответственности.

Эмоционально-фокусированные механизмы связаны с эмоциональной реакцией на проблемы, изменением собственных установок, отвлечением от проблемы с помощью приятных занятий, еды, сна.

Каждая копинг-стратегия имеет свои положительные и отрицательные стороны, поэтому говорить об эффективности использования конкретного способа совладать с ситуацией довольно сложно. Кроме того, наиболее адаптивным вариантом является использование личностью нескольких стратегий (Муздыбаев, 1998).

Современные исследования указывают на то, что у подростков преобладают эмоционально-фокусированные копинг-стратегии. С возрастом чаще используются проблемно-фокусированные копинг-механизмы (Коломеец, 2013).

Подростковый возраст является чрезвычайно важным для дальнейшего развития человека, поскольку в этот период завершается психическое, телесное, половое становление, вырабатываются и закрепляются особенности поведения. Важное направление психического развития подростка связано с формированием стратегий и способов



преодоления проблем и трудностей. (Личко, 1999).

Подростки сталкиваются с жизненными проблемами, но способы справиться с ними усложняются, становятся более «взрослыми», осознанными. По мнению И. В. Шаповаленко (2013), можно выделить конструктивные и неконструктивные способы справиться с трудной для человека ситуацией. Конструктивные способы направлены на активное преобразование сложившейся ситуации, преодоление обстоятельств, и в конечном итоге появлению чувства веры в собственные силы, возможности. В свою очередь, неконструктивные способы направлены не на поиск причины проблемы, а на разные способы уйти от решения проблемы, успокоить себя, выразить негативные эмоции, что создает ложное чувство собственно-

го благополучия. Такой подход способов справиться с трудной ситуацией аналогичен разделению копинг-стратегий на проблемно- и эмоционально-фокусированные.

В связи с физиологическими, психологическими возрастными особенностями, в сочетании с негативным социальным влиянием у подростков могут возникнуть тенденции к аутоагрессии.

На базе ГБУЗ «ООКПБ №1» было проведено эмпирическое исследование копинг-поведения у пациентов 13-17 лет с диагнозами «Расстройства поведения» (F91), совершивших аутоагрессивные действия.

Цель: исследование копинг-стратегий у подростков, совершивших аутоагрессивные действия.

Материалы и методы

Для диагностики суицидального риска и уровня сформированности суицидальных намерений был использован «Опросник суицидального риска» в модификации Т. Н. Разуваевой, для исследования копинг-механизмов – опросник «Спо-

собы совладающего поведения» Р. Лазаруса.

Выборку составили 20 человек, среди которых лиц мужского пола – 5 человек, лиц женского пола – 15 человек. Средний возраст – 15,1 лет.



Результаты и обсуждение

На основе первичной обработки данных выявлена частота встречаемости значений выше среднего. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Суицидальный риск подростков с аутоагрессивным поведением

Шкала	Среднее значение	Значения выше среднего, %
Демонстративность	3,48	30
Аффективность	4,38	25
Уникальность	3,23	25
Несостоятельность	4,33	25
Соц. пессимизм	4,00	40
Слом культурных барьеров	3,08	5
Максимализм	2,41	10
Временная перспектива	3,91	25
Антисуицидальный фактор	4,64	10

По «Опроснику суицидального риска» определены более выраженные показатели: «Социальный пессимизм» – у 40% испытуемых, «Демонстративность» – у 30%, «Аффективность» – у 25%, «Несостоятельность» – у 25% испытуемых, «Уникальность» – у 25%, «Временная перспектива» – у 25% испытуемых.

Данные результаты свидетельствуют о том, что подростки, совершившие аутоагрессивные действия, в трудных ситуациях: склонны к отрицательной концепции мира, к восприятию окружающей действительности как враждебной, не соответствующей нормальным для человека условиям. У них наблюдается желание привлечь внимание окружающих к их трудностям и добиться

сочувствия, а также преобладание эмоций над интеллектуальным контролем. Подростки с аутоагрессивными тенденциями относятся к себе и своим проблемам как к неповторимым и уникальным явлениям, требующим особого подхода, в стрессовых ситуациях испытывают сложности в использовании собственного и чужого опыта, отрицательно оценивают собственную личность, воспринимают себя как ненужных, недостаточно компетентных в решении проблем.

По результатам опросника «Способы совладающего поведения» наблюдается дезадаптивное использование некоторых механизмов совладания со стрессом. Результаты представлены в таблице 2.



Таблица 2. Суицидальный риск подростков с аутоагрессивным поведением

Шкала	Среднее значение	Значения выше среднего, %
Конфронтативный копинг	53,85	15
Дистанцирование	57	25
Самоконтроль	46,85	5
Поиск социальной поддержки	48,85	10
Принятие ответственности	50,85	20
Бегство-избегание	61,5	60
Планирование решений проблемы	45,75	10
Положительная переоценка	47,05	5

Высокая напряженность копинг-механизма «Бегство-избегание» отмечается у 60% испытуемых (среднее значение – 53,85), это говорит о том, что в трудных ситуациях подростки с аутоагрессивным поведением склонны уклоняться от решения, отвлекаться, отрицать проблему, уходить в мир фантазий, что может быть эффективно для быстрого снятия напряжения в ситуации стресса, но в долгосрочной перспективе не приводит к решению проблемы. Высокие значения наблюдаются у 25 % подростков с аутоагрессивными тенденциями по стратегии «Дистанцирование» (среднее значение – 56,65), что указывает на обесценивание проблемы, попытки убедить себя, что она не имеет особого значения и не вызывает негативных переживаний. Благодаря такому восприятию ситуации можно предотвратить сильные эмоциональные реакции, но возможно обесценивание собственных переживаний, неуверенность в своих

возможностях преодолеть трудности. У 20% испытуемых можно отметить выраженное использование механизма «Принятие ответственности» – (среднее значение – 50,85). Данный результат говорит о том, что подростки с аутоагрессивным поведением в стрессовой ситуации способны признавать свою роль в возникновении и решении проблемы, готовы анализировать свое поведение, но при таком подходе могут необоснованно испытывать чувство вины, критиковать, обвинять себя.

Статистическая обработка данных была осуществлена с помощью критерия корреляции r -Пирсона. Данные результаты говорят о высокой значимости положительной корреляции между шкалами «Несостоятельность» – «Бегство-избегание» ($r = 0,610$; $p < 0,01$), «Аффективность» – «Бегство-избегание» ($r = 0,570$; $p < 0,01$), что указывает на то, что подростки с аутоагрессивными тенденциями могут уклоняться от ответственности и



решения проблем, отвлекаться от ситуации в связи с тем, что чувствуют себя ненужными, некомпетентными, неспособными справиться с проблемой, а так же в связи с внутренним напряжением из-за эмоциональной вовлеченности в ситуацию и доминированием эмоций над интеллектуальным контролем. Обнаружены статистически достоверные взаимосвязи между показателями «Уникальность» – «Бегство-избегание» ($r = 0,545$; $p < 0,05$), «Временная перспектива» – «Бегство-избегание» ($r = 0,444$; $p < 0,05$), что свидетельствует о склонности подростков с аутоагрессивным поведением в ситуации стресса отрицать наличие трудностей, избегать при-

нятия решений, погружаться в фантазии, потому что воспринимают себя и свои трудности как уникальные, исключительные явления, а проблемы, с которыми сталкиваются – как неразрешимые, испытывают трудности при конструктивном планировании и боятся неудачи и поражений. Также обнаружена статистически значимая обратная взаимосвязь между шкалами «Аффективность» и «Планирование решения проблемы» ($r = -0,464$; $p < 0,05$), что указывает на сильное влияние аффективного компонента, состояние эмоционального напряжения у подростков с аутоагрессией усложняет поиск конструктивных решений.

Заключение

Таким образом, у подростков с аутоагрессивным поведением стратегией избегания связано с несостоятельностью, аффективностью, уникальностью, временной перспективой. Чтобы справиться со сложной ситуацией, подростки с аутоагрессивным поведением чаще всего используют стратегию избегания, уклонения от принятия ответственности, так как не верят в собственные возможности справиться с проблемой, испытывают страх неудачи в будущем, опасаются эмоциональной вовлеченности в проблему, поскольку подвержены более сильному влиянию эмоций по сравнению с интеллектом. Подростки с ауто-

агрессивными тенденциями стараются отвлечься от стрессовой ситуации или отрицают наличие трудностей, в связи с тем, что воспринимают себя и свои проблемы как уникальные, требующие особого подхода, и испытывают трудности в конструктивном планировании решения проблем.

Результаты исследования могут быть использованы в коррекционных мероприятиях и тренингах с подростками в группе суицидального риска для коррекции неадаптивных копинг-механизмов, а также для укрепления адаптивных копинг-стратегий, что позволит снизить суицидальную уязвимость в будущем.



Литература

- Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Ра-
тинова Н.А. (1990). Аутоагрес-
сивное поведение подростков с
различными формами соци-
альных девиаций. Шестой Все-
российский съезд психиатров,
г. Томск, 24-26 октября 1990.
Тез. докл. Т. 1.: 105-106.
- Антохин, Е.Ю., Палаева Р. И., Будза
В. Г., Яценко М. С. (2016)
Нейропсихология суицидаль-
ного поведения у подростков:
возможности применения ме-
тодики ВАС-А. Душевное здо-
ровье населения на границе
Европы и Азии. Материалы VI
Международной конференции,
г. Оренбург, 120-122.
- Билле-Браге У., Чуприков А.П., Пи-
лягина Г.Я., Войцех В. Ф., Кры-
жановская Л.А., Жабокрицкий
С.В., Сонник Г.Т. (1998). Глос-
сарий суицидологических тер-
минов (методическое пособие).
Киев. Доступ:
[http://ncpz.ru/lib/1/book/110/ch-
apter/2/](http://ncpz.ru/lib/1/book/110/chapter/2/).
- Бодалев А.А. (2011). Психология об-
щения. Энциклопедический
словарь. Москва: Когито-
Центр: 107-108.
- Всемирная организация здраво-
охранения. (2019). Самоубий-
ство. Получено из:
<https://www.who.int/>.
- Коломеец, Л. А. (2013). Особенности
копинг-поведения старшеклас-
сников как стратегии преодо-
ления жизненных трудностей.
Теория и практика обществен-
ного развития, (8): 138-140.
- Лазарус Р. (1998). Психологический
стресс и процесс совладания с
ним. Москва: Наука: 78-86.
- Муздыбаев К. (1998). Совладание с
жизненными трудностями.
Журнал социологии и социаль-
ной антропологии, 1(2): 102-
112ю
- Шаповаленко И. В. (2014). Психоло-
гия развития и возрастная пси-
хология 2-е изд., пер. и доп.
Учебник для бакалавров.
Москва: Юрайт: 26.
- Церковский А. Л. (2006). Современ-
ные взгляды на копинг-
проблему. Вестник ВГМУ, 5(3),
112-121.
- Lazarus R.S., Kanner A.D., Folkman S.
(1980). Emotions: a cognitive
phenomenological analysis.
Emotion. Theory, Research and
Experience. N. Y. Vol. 1: 185-217.
- Lazarus, R.S. (1996). Psychological
stress and the coping process.
Me-Graw Hill, 4: 29.
- Lazarus, R.S., Folkman S. (1984).
Stress, Appraisal and Coping.
N.Y.: 218.



Coping behavior in auto-aggressive adolescents

D. I. Agisheva, R. I. Palaeva, E. Yu. Antokhin

Orenburg State Medical University. Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Orenburg, Russia; e-mail: dariagisheva@gmail.com

Abstract. The article deals with concept of auto-aggression behavior and idea and forms of coping strategies. The results of empirical research of 20 patients of the Orenburg regional clinical psychiatric hospital aged from 13 to 17 years are presented in the article. The purpose is a research of linkage of coping strategies and auto-aggression behavior of adolescents with auto-aggression activity. Revealed reliable links between the indicators “Affectivity”, “Inability”, “Uniqueness”, “Time perspective” with the coping strategy “Escape-Avoidance” and between the indicator “Affectivity” with coping strategy “Planning”.

Keywords: adolescence, auto-aggression, suicidal risk, coping, coping strategies, stress, personality.

Cite as:

D. I. Agisheva, R. I. Palaeva, & E. Yu. Antokhin. (2019). Coping behavior in auto-aggressive adolescents. *Neurodynamics. Journal of clinical psychology and psychiatry*, 1(4), 20–27. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3592347>



Взаимосвязь нейрокогнитивных функций и негативной симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении

С.Н. Наквасина, Р.И. Палаева, Е.Ю. Антохин

Оренбургский государственный медицинский университет. Кафедра клинической психологии и психотерапии, г. Оренбург, Россия; e-mail: nakvasina_sn@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены особенности нейрокогнитивного функционирования и негативной симптоматики, присущие пациентам с первым эпизодом шизофрении. Представлены результаты эмпирического исследования проблемы взаимосвязи нейрокогнитивных функций и негативной симптоматики. Исследовано 60 пациентов отделения первого психотического эпизода ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1» с установленным диагнозом шизофрения в возрасте от 18 до 55 лет. Выявлены достоверные взаимосвязи выраженности негативной симптоматики в целом и ее субдомена – амотивации – с моторными навыками, вербальной беглостью, вниманием, абстрактно-логическим мышлением, статичностью фиксированной установки и с интегральным показателем когнитивного функционирования.

Ключевые слова: нейрокогнитивные функции, фиксированная установка, амотивация, экспрессия, негативная симптоматика, первый психотический эпизод, шизофрения.

Введение

На сегодняшний день частота заболеваемости шизофренией остается стабильной, однако за последние 10 лет снизилась выявляемость шизофрении, и при этом возросло количество инвалидизаций – до 80% больных шизофренией нуждаются в мероприятиях по реадaptации и восстановлению трудоспособности (Костюк, Шмуклер, Голубев, 2017). Вследствие несвоевременного выявления обнаруженные случаи

заболевания характеризуются более неблагоприятной клинической картиной, что обуславливает важность обнаружения и тщательной диагностики шизофрении на этапе первого эпизода заболевания.

Двумя важнейшими группами нарушений при шизофрении, наряду с продуктивной симптоматикой, являются нейрокогнитивный дефицит и негативная симптоматика. Мы считаем поиск взаимосвязей между



данными группами нарушений необходимым для более полного понимания клинических и патопсихологических особенностей шизофрении.

В современных исследованиях негативными симптомами называют переходящие остаточные расстройства в картинах эндогенных психозов, при этом причины устойчивости или продолжительности данных нарушений в клинической картине заболевания не учитываются. В отличие от негативных симптомов, под дефицитарными симптомами понимаются первичные устойчивые (резистентные к терапии) симптомы, которые нельзя отнести к вторичным образованиям. Первичные негативные расстройства (дефицитарные симптомы) существуют как в структуре психотических эпизодов, так и в периоде ремиссии, а также они могут наблюдаться и в структуре обедненного преморбида или в качестве психопатологических признаков, предшествующих первому психотическому эпизоду (Иванов, Незнанов, 2008).

Исследователи также указывают, что первичные негативные (дефицитарные) симптомы присущи только шизофрении, в то время как вторичные негативные симптомы могут быть вызваны позитивными симптомами (галлюцинации, бред и др.), депрессией, побочными эффектами лекарственных средств, социальной депривацией, а также злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ). Вторичные негативные симптомы являются более распространенными, а также оказывают значительное влияние на исходы заболевания, поэтому их диагностика и лечение является значи-

мым моментом в клинической практике (Kirschner, Aleman, Kaiser, 2017; Wójciak, Rybakowski, 2018).

Негативная симптоматика при шизофрении подразделяется на два субдомена: амотивация (состоит из абулии/апатии и ангедонии/асоциальности) и сниженная экспрессия, которая включает в себя аффективное уплощение и обеднение речи (Фурсов, 2012).

Под амотивацией понимается снижение инициирования и поддержания целенаправленной деятельности, а также желания выполнять такую деятельность. Амотивация представляет собой ядерный негативный симптом, непосредственно влияющий на нейрокогнитивную дисфункцию и функциональный исход шизофрении (Фурсов, 2012).

Мотивация рассматривается как процесс перевода информации о желаемом или поощряемом в поведенческие реакции. Они определили четыре основных компонента мотивации: один из них, гедонистический, в значительной степени затронутый при шизофрении, опосредован работой опиоидной и ГАМК медиаторных систем прилежащего ядра, его проекции на вентральную часть бледного шара и кору орбитофронтальной области. Оставшиеся три компонента – потребность, оценка значимости и целенаправленное действие – предположительно опосредованы работой дофаминергической системы среднего мозга, орбитофронтальной коры и поясной извилины, а также дорсолатеральной префронтальной коры. В исследовании Существует возможность функциональной рассогласованности между дофаминергиче-



ской передачей дорсолатеральной префронтальной коры и подкорковой мезолимбической системы, которая приводит к затруднениям, связанным с желанием и оценкой значимости желаемого.

Амотивация может происходить по множеству причин, включая отсутствие ощущения компетентности для выполнения действия, отсутствие ожидания, что действие приведет к желаемому результату, отсутствие желания достижения результата. Хотя больные шизофренией могут испытывать нарушение мотивации по всем этим причинам, данные исследований позволяют предположить, что они сталкиваются с затруднением определения ценности поощрения стимула, которое, в результате, приводит к отсутствию желания (Фурсов, 2012).

Ангедония, или сниженная способность получать удовольствие (в социальной, профессиональной и развлекательной деятельности) рассматривается в качестве основной черты шизофрении наряду с амотивацией. Ангедонию можно разделить на два компонента: консуматорную ангедонию (сниженная способность испытывать наслаждение в результате приносящей удовольствие активности) и антиципаторную ангедонию (сниженная способность предвосхищать получение удовольствия в будущем). При шизофрении в большей степени выражена антиципаторная ангедония, при том, что консуматорная ангедония практически не наблюдается. Механизмы, обуславливающие эти виды дефицита, схожи с механизмами амотивации (нарушение предвосхищения вознаграждения или неверная оценка прилагаемых уси-

лий) и механизмами нарушения когнитивного функционирования, например, нарушения эпизодической памяти, мешающие актуализировать приятные моменты из прошлого (Garcia-Portilla, Bobes, 2013; Marder, Galderisi, 2017).

Второй субдомен негативной симптоматики при шизофрении (сниженная экспрессия) включает в себя притупленный аффект и алогию (обеднение речи).

Притупленный аффект (аффективное уплощение, обеднение, доходящее до апатии) – это снижение способности выражения эмоций, в частности лицевой и голосовой экспрессии, а также жестикуляции. При этом люди теряют интерес к близким и друзьям, своему здоровью и внешнему виду, событиям в мире и проч. Окружающие события не вызывают у них ни удивления, ни смущения, ни обиды и др. Притупленный аффект ярче всего проявляется в ситуации, требующей эмоционального выбора (предпочтение в пище, искусстве и др.), при этом эмоциональное обеднение не позволяет высказать какое-либо предпочтение. Люди могут утверждать, что испытывают любовь к родителям, но при встрече с близкими остаются безучастны и не иницируют общение с ними. Притупленный аффект при шизофрении постоянно нарастает, проходя ряд этапов: сглаженность (нивелировка) эмоциональных реакций, эмоциональная холодность, эмоциональная тупость. Причиной притупления аффекта считается поражение лобных долей мозга и нарушение передачи нейромедиаторов в лимбической системе (Strauss, Cohen, 2017).



Алогия подразумевает уменьшение количества произносимых слов и их спонтанного характера. Сецифическим признаком алогии является речевая беглость, и эти два явления предположительно функционируют по одному механизму – вследствие снижения способности извлекать информацию из памяти и увеличения пауз между произносимыми словами. Алогия предположительно связана с активностью в левой передней и левой средней вентролатеральной префронтальной корой. Показателями алогии служат сниженный объем речи, аспонтанность речи и склонность исследуемого к избеганию разговора (Marder, Galderisi, 2017).

Помимо вышеописанных симптомов, при шизофрении также встречаются негативные психопатологические проявления, свойственные и другим заболеваниям, например, депрессии (нарушения сна и аппетита, гипотимия, влекущая за собой самоуничтожение, чувство безнадежности, чувство вины и суицидальную идеацию) (Антохин с соавт., 2018; Будза с соавт., 2017).

Нейрокогнитивные функции – это когнитивные функции, обеспечивающие целенаправленную психическую деятельность, за осуществление которых отвечают определенные области головного мозга. Поражение соответствующих областей мозга отражается на эффективности нейрокогнитивных функций, исследование которых позволяет выявить, какая область мозга вовлечена в поражение (Diamond, 2013).

Областями мозга, наиболее связанными с нейрокогнитивными функциями, являются дорсолатеральная префронтальная кора, вен-

тромедиальная префронтальная кора, орбитофронтальная префронтальная кора и передняя часть поясной извилины коры головного мозга.

К основным нейрокогнитивным функциям относятся моторные навыки, внимание, вербальная и оперативная память, вербальная беглость, мышление и фиксированная установка.

Фиксированная установка понимается как привычная, легко возбудимая установка, образованная вследствие частого повторения или большого личностного значения и существующая в виде готовности к актуализации в случае повторения соответствующих условий. Фиксированная установка актуализируется даже в случае воздействия несоответствующего раздражителя, тем самым она может препятствовать проявлению адекватной установки. При неоднократном или более длительном предъявлении несоответствующих объективных обстоятельств фиксированная установка постепенно ослабляется и уступает место адекватной оценке действительности. Однако фиксированная установка не исчезает полностью и довольно долго сохраняет способность к повторной активации. За функционирование фиксированной установки отвечают орбитофронтальная кора и сенсорные области соответствующих анализаторных систем. Установлено, что при обширном поражении левого полушария установка не фиксируется, а при ограничении поражения только лобной долей она легко возбудима, груба и инертна (Будза, 2014; Залевский, 2000; Узнадзе, 2004).



Представление о специфичном для шизофрении комплексе когнитивных изменений возникло еще в исследованиях Э. Крепелина, при выделении им в качестве самостоятельной нозологии раннего слабоумия. Для обозначения комплекса всех нарушений нейрокогнитивных функций А. Брэйер в 1999 г. ввел в психиатрию и клиническую психологию термин «нейрокогнитивный дефицит» (Breier, 1999; Keefe, Easley, 2009).

В настоящее время недостаточность нейрокогнитивных процессов рассматривается в качестве третьей ведущей группы патологических нарушений при шизофрении (наряду с позитивной и негативной симптоматикой). Более чем у 94 % боль-

ных шизофренией обнаруживаются специфические нарушения в когнитивной сфере (Саркисян, Гурович, Киф, 2010). Нарушения умственной работоспособности при шизофрении связаны с расстройством способности к когнитивному (эксекутивному) контролю (нарушением т.н. исполнительных функций), под которым понимается совокупность функций, обеспечивающих произвольную регуляцию познавательных процессов (Дорофейкова с соавт., 2015; Дроздова с соавт., 2015; Зотов с соавт., 2013).

Цель исследования заключается в установлении взаимосвязи нейрокогнитивных функций и негативной симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении.

Материалы и методы

Эмпирическое изучение взаимосвязи нейрокогнитивных функций и негативной симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении проводилось в 2019 году на базе ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1» Минздрава России. В качестве исследуемых выступило 60 пациентов отделения первого психотического эпизода с установленным диагнозом шизофрения в возрасте от 18 до 55 лет.

В качестве экспериментально-психологических методик выступили:

- краткая шкала исследования когнитивных функций при шизофрении (BACS-S) Р. Кифа (Саркисян, Гурович, Киф, 2010; Keefe, Harvey, Goldberg, 2008);

- методика исследования фиксированной установки Д.Н. Узнадзе с формированием установки в галитической сфере посредством предъявления разных по объему шаров (Узнадзе, 2004);

- «Клиническое интервью для оценки негативных симптомов» (CAINS) Дж. Бланчарда (Ассанович, 2017; Forbes, 2010; Kring, Gur, Blanchard, 2013);

- опросник Калгари для выявления депрессии при шизофрении (CDS) (Addington, Addington, Atkinson, 1996; Addington, Addington, Maticka-Tyndale, 1994). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием коэффициентов корреляции r-Пирсона и r-Спирмена.



Результаты и обсуждение

Согласно результатам первичной описательной статистики, у пациентов с первым эпизодом шизофрении среднегрупповой показатель нейрокогнитивного функционирования (Т-баллы по методике ВАС-S) ниже среднего ($M = 34,166$). При этом у 38,33% пациентов (13 чел.) нейрокогнитивное функционирование соответствует нормативным показателям (Т-баллы по методике ВАС-S выше 50 баллов). Остальные 61,67% пациентов (37 чел.) обнаруживают значительное снижение эффективности нейрокогнитивных функций.

Фиксированная установка пациентов с первым эпизодом шизофрении также имеет специфические особенности. Контрастная иллюзия объема возникла у 33,33% пациентов (20 чел.), ассимилятивная иллюзия – у 31,67% пациентов (19 чел.). За 15 установочных экспозиций у 23,33% пациентов (14 чел.) установка не сформировалась, а у 11,67% (7 чел.) установка оказалась переменной, т.е. до затухания установки пациенты констатировали то контрастные, то ассимилятивные иллюзии.

В норме после 5-8 критических экспозиций фиксированная установка затухает. В исследованной нами выборке у 21,67% пациентов (13 чел.) фиксированная установка оказалась нормативной по параметру статичности (т.е. затухла на 5-8 критической экспозиции), у 16,67% пациентов (10 чел.) сформировалась грубая ригидная установка, которая не разрушалась при многократных (9 и более) критических экспозициях. У 38,33% пациентов (23 чел.)

фиксированная установка оказалась непрочной и затухла на 2-4 критической экспозиции. У 23,33% пациентов (14 чел.) установка не сформировалась по итогу 15 установочных экспозиций, т.е. уже на первой критической экспозиции пациенты констатировали равенство предъявляемых шаров.

Что касается негативной симптоматики по методике CAINS, у 78,33% пациентов (47 чел.) выраженность амотивации (первого субдомена негативных симптомов, который включает в себя абulia/апатию и ангедонию/асоциальность) превышает средние показатели для пациентов с шизофренией (Kring A.M. et al., 2013). У 76,67% (46 чел.) также превышены показатели сниженной экспрессии (второго субдомена негативных симптомов, который включает уплощение, обеднение количества и интонированности речи, недостаток жестикуляции). В целом, у 73,33% пациентов (44 чел.) суммарный показатель негативной симптоматики превышает средненормативные для больных шизофренией.

Также у 50% пациентов (30 чел.) выявлена депрессия по шкале Калгари.

Нами был проведен корреляционный анализ показателей нейрокогнитивных функций и негативной симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении. В результате корреляционного анализа построена корреляционная плеяда (рис. 1), демонстрирующая обнаруженные нами статистически достоверные взаимосвязи нейрокогнитивных функций и негативной



симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении.

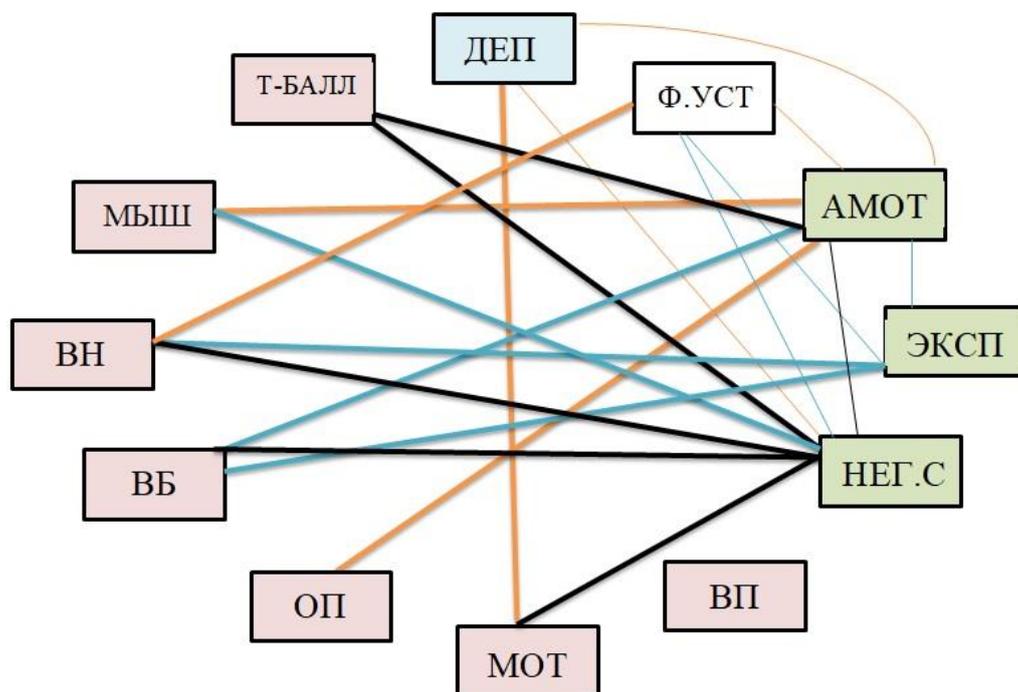


Рис. 1. Корреляционная плеяда результатов исследования взаимосвязи нейрокогнитивных функций и негативной симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении.

Примечание 1. Голубым цветом (ДЕП) обозначена шкала депрессии Калгари. Белым цветом (Ф.УСТ) обозначена методика исследования фиксированной установки Д.Н. Узнадзе. Зеленым цветом обозначены шкалы «Клинического интервью для оценки негативных симптомов» (CAINS) Дж. Бланчарда: АМОТ – амотивация (первый субдомен негативной симптоматики), ЭКСП – экспрессия (второй субдомен негативной симптоматики), НЕГ.С – суммарный показатель негативной симптоматики по обоим субдоменам. Лиловым цветом обозначены субтесты краткой шкалы исследования когнитивных функций при шизофрении (ВАС-S) Р. Кифа: ВП – вербальная память, МОТ – моторные навыки, ОП – оперативная (рабочая) память, ВБ – вербальная (семантическая и словесная) беглость, ВН – внимание, МЫШ – абстрактно-логическое мышление, Т-БАЛЛ – итоговый коэффициент нейрокогнитивного функционирования).

Примечание 2. Жирные черные линии обозначают отрицательные взаимосвязи на очень высоком уровне статистической значимости ($p < 0,001$). Тонкие черные линии обозначают положительные взаимосвязи на очень высоком уровне статистической значимости ($p < 0,001$). Жирные голубые линии обозначают отрицательные взаимосвязи на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,01$). Тонкие голубые линии обозначают положительные взаимосвязи на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,01$). Жирные оранжевые линии обозначают отрицательные статистически достоверные взаимосвязи ($p < 0,05$). Тонкие оранжевые линии обозначают положительные статистически достоверные взаимосвязи ($p < 0,05$).

Примечание 3. Между всеми субтестами краткой шкалы исследования когнитивных функций при шизофрении (ВАС-S) Р. Кифа выявлены положительные корреляции на очень высоком уровне статистической значимости ($p < 0,001$).



В частности, негативная симптоматика (суммарный показатель по шкале CAINS) отрицательно коррелирует с такими нейрокогнитивными функциями, как моторная функция ($r = -0,487$; $p < 0,001$), вербальная беглость ($r = -0,433$; $p < 0,001$), внимание ($r = -0,447$; $p < 0,001$), абстрактно-логическое мышление ($r = -0,334$; $p < 0,01$), а также с интегральным показателем когнитивного функционирования по методике ВАС-S ($r = -0,446$; $p < 0,001$). Чем сильнее выражена негативная симптоматика, тем заметнее снижено нейрокогнитивное функционирование. В процессе беседы и наблюдения у обследованных нами пациентов на первый план выходила психомоторная заторможенность, которая, в свою очередь, затрудняла выполнение проб на исследование внимания, вербальной беглости и мышления (т.к. задания имеют временное ограничение).

Также между вышеперечисленными нейрокогнитивными функциями обнаружены взаимосвязи с первым субдоменом негативной симптоматики – амотивацией. Полученные данные позволяют предположить, что мотивационная недостаточность является предиктором психомоторной заторможенности

при шизофрении. Данное предположение отчасти подтверждается наличием отрицательной взаимосвязи депрессивной симптоматики и моторных навыков ($r = -0,306$; $p \leq 0,05$), что говорит о двигательной заторможенности пациентов с выраженной депрессией.

В то же время, выраженность негативной симптоматики положительно коррелирует со статичностью (даже ригидностью) фиксированной установки ($r = 0,383$; $p < 0,001$): пациентам с выраженной негативной симптоматикой требуется больше критических экспозиций для затухания установки. Т.е. фиксированная установка у пациентов с выраженной негативной симптоматикой имеет ригидный характер. При этом статичность (ригидность) фиксированной установки коррелирует с субдоменами негативной симптоматики – амотивацией ($r = 0,314$; $p < 0,05$) и со снижением экспрессии, выразительности ($r = 0,355$; $p < 0,01$). Пациентам со сниженной мотивацией и экспрессией требуется больше критических экспозиций для разрушения установки, т.е. их психика дольше сохраняет готовность реагировать определенным образом, даже в ситуации, когда внешние условия уже изменились.

Заключение

В ходе нашего исследования было выявлено, что первый эпизод шизофрении характеризуется значительной выраженностью негативной симптоматики (при наличии у большинства пациентов психопродуктивной симптоматики в виде

галлюцинаторно-бредовых проявлений) и выраженным нейрокогнитивным дефицитом. У 50% пациентов с шизофренией также обнаруживается депрессивная симптоматика. У пациентов с первым эпизодом шизофрении затруднено фор-



мирование фиксированной установки. Однако у пациентов, у которых установка формируется, она становится ригидной и не разрушается при большом количестве критических экспозиций, т.е. эти пациенты с трудом приспосабливаются к новым условиям окружающей среды.

Корреляционный анализ показал, что существуют множественные взаимосвязи показателей нейрокогнитивных функций и негативной симптоматики у пациентов с первым эпизодом шизофрении. У пациентов с выраженной негативной симптоматикой значительно снижено

нейрокогнитивное функционирование, и формируется ригидная фиксированная установка. Выявленная депрессивная симптоматика сочетается с двигательной заторможенностью, что соответствует проявлением классической триады симптомов депрессии.

Таким образом, первый психотический эпизод шизофрении уже с первой госпитализации проявляется выраженными психическими нарушениями в форме негативных и нейрокогнитивных нарушений, которые тесно взаимосвязаны между собой.

Литература

- Антохин, Е.Ю., Будза, В.Г., Крюкова, Е.М., Палаева, Р.И. (2018). Психопатология депрессий на постприступном этапе течения первого эпизода шизофрении: синдромы, формирующиеся за счет психопатологических проявлений неаффективного регистра. Часть IV. Психиатрия и психофармакотерапия, 20 (3-4): 19-25.
- Ассанович, М.В. (2017). Клинические шкалы оценки негативного синдрома при шизофрении. Журнал ГрГМУ, 1: 27-31.
- Будза, В.Г. (2014). О характере и различиях фиксированной установки при болезнях Пика и Альцгеймера. Оренбургская психиатрия на рубеже веков: Хрестоматия. Том I: Геронтопсихиатрия: 130-139.
- Будза, В.Г., Крюкова, Е.М., Палаева, Р.И. (2017). Психопатология депрессий на постприступном этапе течения первого эпизода шизофрении: диссоциированная постприступная депрессия с позитивной аффективностью. Часть II. Психиатрия и психофармакотерапия, 19 (6): 10-17.
- Дорофеева, М.В., Петрова, Н.Н. (2015). Нарушение когнитивных функций при шизофрении и их коррекция. Современная терапия психических расстройств, 1: 2-9.
- Дроздова, К.А., Рупчев, Г.Е., Семенова, Н.Д. (2015). Нарушение вербальной беглости у больных шизофренией. Социальная и клиническая психиатрия, 4: 9-19.
- Залевский, В.Г. (2000). Фиксированные формы поведения на уровне индивидуальных и групповых систем. Сибирский психологический журнал, 12: 36-42.
- Зотов, М.В., Долбеева, К.А., Андрианова, Н.Е., Петрукович, В.М. (2013). Когнитивные механиз-



- мы низкой эффективности выполнения сенсомоторных задач при шизофрении. Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология, 6 (3): 67-74.
- Иванов, М.В., Незнанов, Н.Г. (2008). Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. СПб., Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева: 288 с.
- Костюк, Г.П., Шмуклер, А.Б., Голубев, С.А. (2017) Эпидемиологические спектры диагностики шизофрении в Москве. Социальная и клиническая психиатрия, 27 (3): 5-9.
- Саркисян, Г.Р., Гурович, И.Я., Киф, Р.С. (2010). Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS). Социальная и клиническая психиатрия, 3: 13-19.
- Узнадзе, Д.Н. (2004). Общая психология. СПб.: Питер, 413.
- Фурсов, Б.Б. (2012). Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении. Социальная и клиническая психиатрия, 4: 91-100.
- Addington, D., Addington, J., Atkinson, M. (1996). A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. Schizophrenia Research, 19: 205-212.
- Addington, D., Addington, J., Maticka-Tyndale, E. (1994). Specificity of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. Schizophrenia Research, 11: 239-244.
- Breier, A. (1999). Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis. The British Journal of Psychiatry, 174: 8-16.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. Ann. Rev. Psychol, 64: 135-168.
- Forbes, C. (2010). Initial Development and Preliminary Validation of a New Negative Symptom Measure: The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). Schizophr. Res, 124 (1/3): 36-42.
- Garcia-Portilla, M.P., Bobes, J. (2013). The new challenge in identifying the negative syndrome in schizophrenia. Rev. Psiquiatr. Salud. Ment (Barc.), 6 (4): 141-143.
- Keefe, R.S., Eesley, E. (2009). Neurocognition in schizophrenia. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry: 9 ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1531-1541.
- Keefe, R.S., Harvey, P.D., Goldberg, T.E. (2008). Norms and standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). Schizophr. Res, 102 (1-3): 108-115.
- Kirschner, M., Aleman, A., Kaiser, S. (2017). Secondary negative symptoms – A review of mechanisms, assessment and treatment. Schizophr Res, 186: 29-38.
- Kring, A.M., Gur, R.E., Blanchard, J.J. (2013). The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS): Final Development and Validation. Am. J. Psychiatry, 170 (2): 165-172.
- Marder, S.R., Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. World Psychiatry, 16 (1): 14-24.
- Strauss, G., Cohen, A. (2017). A Transdiagnostic Review of Negative



Symptom Phenomenology and Etiology. *Schizophrenia Bulletin*, 43 (4): 712-729.

Wójciak, P., Rybakowski, J. (2018). Clinical picture, pathogenesis and

psychometric assessment of negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatr. Pol*, 52 (2): 185-197.

Neurocognitive functions' and negative symptoms' relationship in patients with the first episode of schizophrenia

S.N. Nakvasina, R.I. Palaeva, E.Yu. Antokhin

Orenburg State Medical University. Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Orenburg, Russia; e-mail: nakvasina_sn@mail.ru

Abstract. The article discusses the features of neurocognitive functioning and negative symptoms inherent in patients with the first episode of schizophrenia. The results of an empirical study of the relationship of neurocognitive functions and negative symptoms are presented. 60 patients of the first psychotic episode of GBUZ «Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital № 1» with a diagnosis of schizophrenia aged 18 to 55 years were examined. Significant correlations of the severity of negative symptoms in general and its subdomain - motivation - with motor skills, verbal fluency, attention, abstract-logical thinking, static fixed attitude and with an integral indicator of cognitive functioning were revealed.

Keywords: neurocognitive functions, fixed attitude, amotivation, expression, negative symptoms, first episode psychosis, schizophrenia.

Cite as:

S.N. Nakvasina, R.I. Palaeva, & E.Yu. Antokhin. (2019). Neurocognitive functions' and negative symptoms' relationship in patients with the first episode of schizophrenia. *Neurodynamics. Journal of clinical psychology and psychiatry*, 1(4), 27–38. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3592349>



Paranoid schizophrenia and predictors of formation of the pathological hobbies

T.B. Irmuhamedov, V.K. Abdullaeva

Tashkent pediatric medical institute; department of psychiatry and medical psychology; Tashkent, Uzbekistan; e-mail: mr.adibay@mail.ru

Abstract. Premorbid features of patients in contrast to biological and psychosocial factors are more significant in the development of abnormal hobbies. Individual diversity of patients, activity determines the peculiarities of motivation, variety of pathological hobbies. (Chambers R. A., Potenza M.N., 2003); Steinbauer M., Taucher J., 2001). The aim of the study was to identify risk factors and conditions for the formation of pathological hobbies in patients with paranoid schizophrenia.

Material and methods: 46 patients with paranoid schizophrenia aged 20-45 years were examined by clinical and psychopathological method. All patients were examined using a specially designed scheme of the history of the disease, reflecting the specifics of the ongoing development.

Results and discussion: During the study, we found that the age preferred for the onset of pathological hobbies in patients with paranoid schizophrenia belonged to the period up to 29 years (86.6%). Of these, at 11.0% of cases the development interests was in preschool, at 22.0% in primary school, 37.8% in adolescence and youth periods, and only 15.8% in adulthood.

Conclusions. Thus, attention is drawn to the conditional possibility of the influence of organic inferiority and psychosocial factors on the development of abnormal interests. Biological factors contribute to the formation of affective rigidity, thoroughness, facilitating fixation on the area of interest.

Keywords: paranoid schizophrenia, pathological hobbies, the peculiarities of motivation, debut of schizophrenic disorders circle, psychosocial factors.



Introduction

The pathological hobbies are often the first signs of the debut of schizophrenia in the structure of syndrome of overvalued entities, “metaphysical intoxication, “rise of schizoid” (Akiskal K.K., Savino M., Akiskal H.S., 2005; Evans C. E, Bowman C.H., Turnbull O.H., 2005; Grube M., 2002; Ivanez A., Blanco C., de Castro I.P., Fernandez - Piqueras J, 2003; Steinbauer M., Taucher J., 2001). Occurring gradation of the abnormal hobbies are mostly descriptive in nature. “Pathological hobbies require careful study of the clinical structure due to the weak development of pathological qualifications, the complexity of differentiation from other abnormal (Anderson S.W.,

Damasio H., Damasio A. R., 2005; Grant F., Kim S., Potenza M., 2003; Langle G., Siemssen G., Hornberger S., 2000; Moller P., Husby R., 2000; Petry N. M., Stinson F. S., Grant B.F., 2005; Saarinen J., 2003; Zapotoczky H. G., 2005).

The relevance of the study is largely due to the significant and ambiguous influence of abnormal hobbies on the social functioning of patients. In connection with the above, it becomes obvious that there is a need for a more detailed study of this pathology in order to improve the diagnostic process, earlier detection of endogenous pathology.

Material and methods

46 patients with paranoid schizophrenia aged 20-45 years were examined by clinical and psychopathological method. All patients were examined using a specially designed scheme of the history of the disease, reflecting the specifics of the ongoing development. The assessment of premorbid personal characteristics was carried out on the basis of anamnestic data obtained from

the words of the patient and his relatives. In addition to the clinical methods of examination, the results of the experimental psychological study were taken into account: the elimination of the fourth excess, the allocation of essential features, a test for classification that possible to assess the severity of psychopathological, mainly negative symptoms.

Results and discussion

During the study, we found that the age preferred for the onset of pathological hobbies in patients with paranoid schizophrenia belonged to the period up to 29 years (86.6%). Of these, at 11.0% of cases the development interests was in preschool, at 22.0% in primary school, 37.8% in adolescence and youth periods, and

only 15.8% in adulthood. In the remaining 13.3% of observations pathological hobbies arose after 30 years. The obtained data correspond to the generally accepted opinion about the characteristic reference of hobby formation to the childhood and adolescence.

The prescription of occurrence of



pathological hobbies was also analyzed. In half of the cases pathological hobbies had a prescription of occurrence from 5 years to 20 years which is testimony to their strong stability. In one third of the examined patients, the duration of abnormal hobbies ranged from 20 to 40 years, and in 9.8% of patients it was above 40 years. And only 73% of cases of abnormal interests lasted a less significant period, ranging from 1 to 4 years. The above confirms the significant stability of the studied pathological interests.

In addition to the characteristics of the age of onset and duration of the studied pathological hobbies, their interaction with the dynamics of schizophrenic spectrum disorders was assessed separately. The distribution of patients depending on the ratio of the terms of occurrence of pathological hobbies and disorders of the schizophrenic circle showed that in half of the observations pathological hobbies arose in close connection with disorders of the schizophrenic circle: shortly before the onset of the underlying disease (21.9%), simultaneously (6.1%) or shortly after the schizophrenic debut (24.4%). In 37.8% of cases, abnormal hobbies were formed long before the manifestation of schizophrenic spectrum disorders. And only in 10% of patients abnormal interests appeared on the background of a long course of the underlying disease. These results confirm a generally accepted relationship between the formation of abnormal interest with the debut of schizophrenic disorders circle. The analysis of hereditary burden on mental diseases did not find the connection between the existing dysfunctional inheritance and the formation of abnormal interests. Burdened psychopathological inheritance

to a greater extent affected the development of the underlying disease than abnormal hobbies. To clarify the conditions for the formation of abnormal hobbies, indicators were taken into account both generally favorable and immediately preceding their beginning. These included: premorbid personal characteristics, concomitant somatic and neurological deviations, features of social and family status, psychotraumatic events. The retrospective analysis allowed to distinguish three groups of factors contributing to the emergence of pathological hobbies: biological, characterological and psychosocial. Biological factors included the presence of residual organic insufficiency in half of the observations. 17.1% of patients with this pathology was mainly congenital in nature. In the anamnesis there was heavy during pregnancy prematurity post-term or time of birth, birth by section, with stimulation, forceps, umbilical cord entanglement, low Apgar score, asphyxia. In childhood, such patients are often observed in a neurologist due to developmental delay, hyperkinetic syndrome, headaches. In 21.9% of cases there was acquired organic brain damage caused by traumatic brain injuries, meningitis, vascular diseases, severe intoxication. In 9.8% of cases - a combination of congenital and acquired residual organic insufficiency. In the remaining 51.2% of cases organic insufficiency was absent. In all the above cases it was possible to speak only about organic insufficiency. In anamnesis patients were registered cerebro-asthenic complaints, fatigue, meteosensitivity, difficulty concentration, mild memory disorders. Patients with current, gross organic diseases of the central nervous system were excluded from the study.



Organic insufficiency acted as an additional factor that contributed to the emergence of such personal traits as rigidity, thoroughness, pedantry, a tendency to long, intense affective reactions, indirectly facilitating super valuable fixation on the object of interest. In 62.2% of patients from early childhood or later in the characterological warehouse appeared stuck radical. 15,9% of patients had chronic somatic diseases in the compensation stage (congenital hemolytic anemia, congenital heart disease, peptic ulcer, bronchial asthma, rheumatism, chronic bronchitis). It was difficult to assess the impact of somatic pathology on the occurrence of abnormal hobbies. Premorbid characteristics of patients are distributed in descending order as follows: schizoid (40,2%), epileptoid (20,7%), hyper-optimal (15,8%), hysterical (9,8%), mixed (6,1%), unstable (3,7%) and paranoid (3,7%). In all cases premorbid personality traits did not go beyond the accentuation of character. Patients of the most widespread group of a schizoid personal warehouse, mainly male, in the childhood gave preference to creative, gambling or simple game interests which quite often became a basis for the subsequent formation of abnormal hobbies. The beginning of abnormal hobbies related to 12-15 years, long before the debut of schizophrenic spectrum disorders. In addition to abnormal hobby was typical and normal hobbies. Schizoids, characterized by a tendency to autism and fantasizing, originality, multidirectional volitional activity, his hobbies associated with the field of a kind of "art", scientific interests, "spiritual" development and collecting. It was for this group of patients was characterized by a close connection of

developing pathological interest with metaphysical intoxication. Schizoid patients preferred to plunge into their unproductive, unusual up to pretentiousness hobbies in isolation, secretly from others. Despite the seemingly weak emotional intensity, indifference to the case of interest, they devoted most of their free time without long breaks for many years. The duration of pathological hobbies in schizoid patients averaged from 10 to 20 years. Patients-epileptoid also mostly men, as children were prone to creativity, collecting and self-improvement, which are then sometimes converted to the pathological hobby. Pathological interests of epileptoids along with the normal hobbies arose shortly before the outbreak of the underlying disease, 16-21 years old. Epileptoid patients was engaged in inventing, patiently mastered wood carving, batik and other types of activities that require persistence and painstaking. They continually, for decades, diligently realizing their emotionally charged, productive and traditional content hobbies. Patients with epileptoid premorbid did not tolerate the interventions of others in their private activities favorite thing, giving the reaction of dysphoria. The duration of the abnormal passions ranged from 10 to 50 years. Hyperthymic personalities, mostly women, was dominated by the creative, scientific and sports children's hobbies, which eventually disappeared, spiraling into the pathological. Abnormal hobby the most often emerged after 30 years, simultaneously with debut disorders schizophrenic circle. Energetic, intolerant of inaction hypertime had many hobbies, including normal, easily changed, especially highlighting the art and sport. Unstable, emotionally in-



tense anomalous interests of patients with hyperthymic warehouse was rather productive and unusual. The average duration of pathological Hobbies belonged to 10-20 years. In persons of hysterical premorbid, more often female, popular in my childhood also enjoyed the creative, scientific and sports hobbies often then converted into the pathological. Abnormal interests were mainly formed in early childhood or matched with the heyday of the underlying disease. Abnormal hobby hysterics in the field of creativity and self-improvement allowed them to attract the attention of others. Were noted related to the normal interests. By the nature of the morbid hobby was marginal, unusual, extravagant, bright emotionally intense, unstable. The duration of pathological hobbies in patients with hysterical warehouse ranged from 20 to 40 years.

Patients mixed personal warehouse, often men, in childhood sought mainly to scientific, less-to sports hobbies, with age gradually reduced. Their pathological interests arose preferably in 22-30 years, mainly long before the debut of the underlying disease. In addition to the morbid interests often formed and normal hobbies. Patients with mixed characterological radicals favored sport hobbies, at least – science, collecting and self-improvement. Their unusual hobby were implemented away from people, was a little emotionally meaningful and sustainable, at the same time remained quite productive. It was characterized by an average duration of 20 to 30 years.

Patients with unstable personal characteristics, male, in childhood interested in collecting, at least – sports games, often becoming the basis for the pathological Hobbies. The pre-

ferred period for the deployment of painful interests was 7-11 years and slightly preceded the debut of the underlying disease. Patients unstable stock easily drawn to others in different classes, choosing a collective hobbies. Following hedonistic attitudes, gave preference to gambling. Their abnormal hobbies were not productive, traditional, unstable, weakly emotionally saturated with a duration of 20 to 30 years.

Men of paranoia type in childhood actively engaged in research and self-development disciplines, later developing into abnormal interests. The characteristic period of the beginning of pathological hobbies ranged from 7 to 21 years, often in close contact with the time of manifestation of schizophrenic spectrum disorders. Patients of paranoia type readily mastered the field of science, possessed, overcoming all obstacles, tried to introduce their “scientific research”. Their morbid interests was characteristic of the conditional productivity, expressed the uniqueness of weak emotional intensity, maximum durability. The average duration of abnormal hobbies prevailed over the rest-more than 40-50 years.

Thus, the influence of premorbid primarily reflected on the nature, the content of pathological hobbies. Their psychosocial well-being the most frequent factor of the influence of immediate family and social environment on the development of anomal interest (30.5%). A highly significant condition for the emergence of pathological hobbies was the impact of the immediate environment (23.1%) - its socio-professional level (8.5%) or existing own hobbies (14.6%). Less often there was a direct impact on the develop-



ment of abnormal hobby social environment (7.4%). Contrary to expectations, the profession of parents, their social status rarely directly contributed to the formation of certain pathological hobbies (8.5% of cases). Much more often, the social and educational level of the family contributed to the patients highly qualified education, the choice of appropriate activities (35.4% of cases). In such families at least one of the parents had a higher education. In addition, families with high social status determined the content of pathological hobbies developing in patients. Most often in such families patients were supported by scientific and intellectual activities, self – improvement, less- creativity. The data obtained were largely due to the originality, talent, personal talent, enthusiasm of the parents themselves, who encouraged the child to receive a higher level of education, diversity of its development. In 35,4% of cases, relatives had their own super valuable interests, often attracting patients with them, cultivating in families a certain occupation (“the father instilled a love for collecting coins, showed how it can be exciting”, “the brother taught good music, taught to feel the harmony of sound”). These “vaccinated” patients hobbies later, in 14.6% of observations acquired the character of pathological obsession, singularity.

Indulging in all patients the last money spent to replenish the little clear to others “valuable collections”. Interest in music gave rise to the need for days not to leave the room, composing their own abstract, cacophonous musical compositions. In other cases, the interests cultivated by relatives disappeared or developed into ordinary hobbies as the patient grew older. No

less important for the formation of special interest was the influence of the social environment: friends, neighbors, co-workers (7.4% of cases). Mental trauma was the second most common psychosocial factor directly or indirectly provoking the beginning of abnormal interests (9.7% of cases). Along with the above, special attention was paid to the subjective explanation of the causes of abnormal hobby from the words of the patient. The motivation described by patients both promoted the choice of a certain kind of activity, and supported constant attraction to abnormal hobby. The most frequent option of motivation in choosing a hobby (69.5% of cases) sounded “psychotherapeutic properties of hobby”, which became an outlet, increased mood, distracted from troubles, helped “in their own compositions to splash out emotions, reflect at least some part of their rich inner world”, “made it possible to communicate with others through creativity”. The second motive for selecting the corresponding anomalous interest (57.3% of cases) was fulfilling the thirst for knowledge, self-development with the “endless search for answers to the mysteries of life”, “desire to make himself a man”. In 13.4% of patients, pathological hobby was chosen as the main business of life. 12.2% of cases based on selection of anomalous hobby became his recreational opportunities that build physical strength, improve appearance, or conversely, the ability of the selected hobbies to be helpful to others, “to carry to others the goodness and joy”. In 11.0% of cases of painful interests, attracted by the excitement, provoke the emergence of strong emotions, “grey allowed, measured, boring life to make a bright, beautiful”. Less often (6.1% of



cases) patients attached importance to the external, demonstrative side of pathological fascination, its possibilities of public shock, attracting the at-

tention of others. 6.1% of patients primarily attracted material aspects, abnormal hobby was perceived by them as additional earnings.

Conclusions

Thus, attention is drawn to the conditional possibility of the influence of organic inferiority and psychosocial factors on the development of abnormal interests. Biological factors contribute to the formation of affective rigidity, thoroughness, facilitating fixation on the area of interest. Psychosocial conditions of probation provoke

the appearance of abnormal hobby, largely bearing the autochthonous character. In contrast to these two factors, the characterological premorbid features are seen to be more significant in the development of abnormal hobbies. Individual diversity of patients, activity determines the peculiarities of motivation.

References

- Akiskal K.K, Savino M, Akiskal H.S., (2005). Temperament profiles in physicians, lawyers, managers, industrialists, architects, journalists, and artists: a study in psychiatric outpatients. *J. Affect. Disord*, Vol. 85(1-2): 201-206.
- Anderson S.W., Damasio H., Damasio A.R., (2005). A neural basis for collecting behaviour in humans. *Brain*, Vol. 128: 201-212.
- Chambers R. A., Potenza M.N., (2003). Neurodevelopment, Impulsivity, and Adolescent Gambling. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 19 (1): 53-84.
- Evans C. E, Bowman C.H., Turnbull O.H. (2005) Subjective awareness on the Iowa Gambling Task: the key role of emotional experience in schizophrenia. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.*, Vol. 27: 656-664.
- Grant F., Kim S., Potenza M., (2003). Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *International Clin Psychopharm*, Vol.18(4): 243-249.
- Grube M., (2002). Tolerance of ambiguity, art therapy and psychiatric illness. *Psychiatr. Prax.*, Vol. 29(8): 431-437.
- Ivanez A., Blanco C., de Castro I.P., Fernandez- Piqueras J, (2003). Genetics of pathological gambling. *Journal of gambling studies*, № 19 (1): 11-22.
- Langle G., Siemssen G., Hornberger S., (2000). Role of sports in treatment and rehabilitation of schizophrenic patients. *Die Rehabilitation (Stuttg)*, Vol. 39(5): 276-282.
- Moller P., Husby R., (2000). The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr. Bull.*, Vol. 26 (1): 217-232.
- Petry N. M., Stinson F. S., Grant B.F., (2005). Comorbidity of DSM-IV



- pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*. Vol. 66(5): 564-574.
- Saarinen J, (2003). Nalmefene effective in the treatment of pathological gambling. *Spark*. № 2: 6.
- Skokauskas N., Satkeviciute R., Burba B., (2003). Psychiatric comorbidity in pathological gambling. *Medicina*, Vol. 9: 838-844.
- Steinbauer M., Taucher J., (2001). Paintings and their progress by psychiatric inpatients within the concept of integrative art therapy. *Wiener Medizinische Wochenschrift.*, Vol. 151: 375-379.
- Zapotoczky H. G., (2005). Poetry and schizophrenia. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie*, Vol. 73: 84-87.

Cite as:

T.B. Irmuhamedov, & V.K. Abdullaeva. (2019). Paranoid schizophrenia and predictors of formation of the pathological hobbies. *Neurodynamics. Journal of Clinical psychology and psychiatry*, 1(4), 39–46. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3592351>



Гинекологическая и урологическая хроническая тазовая боль: тактика когнитивно-поведенческой психотерапии

А. И. Мелёхин

Многопрофильная клиника женского здоровья Лагуна-Мед (Москва). Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина; e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Аннотация. В повседневной гинекологической и урологической практике недооценивается мультиморбидный фенотип и полисиндромность пациента с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ). Функциональные состояния пациента частично перекрываются с психической коморбидностью (тревожный спектр расстройств, депрессия, ПТСР, соматоформное расстройство), что способствует усилению резистентности. Представлена модель мочевой пузырь-кишечник-нервная система К. Лию и Дж. Краимель и биопсихосоциальная модель повышения самоэффективности у пациентов с СХТБ Д. Латини. Впервые описана мультимодальная терапия СХТБ, включающая в себя интеграцию медицинского, физиотерапевтического и психотерапевтического (когнитивно-поведенческая и соматоконгнитивная терапия) подходов с учетом потребностей пациентов и их партнеров. Выделены цели и мишени когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) пациента с СХТБ. Приведены когнитивно-поведенческие порочные круги гинекологической и урологической тазовой боли. Представлены основные протоколы КПП и показана их эффективность.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, когнитивно-поведенческая психотерапия, простатит, синдром раздраженного кишечника, вагинизм, болевой синдром

В повседневной урологической и гинекологической практике синдром хронической тазовой боли (СХТБ) составляют целую группу самых распространенных расстройств (абактериальный простатит, интерстициальный цистит, болезненный/гиперактивный мочевой пузырь и др.) при которых наибольший процент (45-60%) па-

циентов дают неоднородный ответ на лечение.

Длительная тазовая боль/дискомфорт является распространенной причиной функциональных нарушений как у мужчин, так и у женщин (Khan, Murphy, 2015; Moldwin, 2017; Dias-Amaral, Marques-Pinto, 2018; Wang, Liang, 2018). Термин «синдром хронической тазовой боли» используется



для обозначения болевых, дискомфортных проявлений, которые сохраняются у пациента более 6 месяцев в нижней части живота и/или таза («тянет низ живота», «твердый живот», «распирание в паху и в боку»). Может сопровождаться фибромиалгией, интерстициальным циститом, синдромом раздражённого кишечника или транзиторной гипертонией. Спектром сексуальных дисфункций: расстройство сексуального интереса, сниженное возбуждение, низкая удовлетворенность сексуальной жизни, повышенное внимание к состоянию эрекции, сухости влагалища (Moldwin, 2017).

В большинстве случаев при урологическом и гинекологическом обследовании пациентов (например, при лапароскопии) не выявляется никаких специфических патологических изменений. Из данного расстройства исключается, говоря про женщин боль, возникающая в связи с менструацией (дисменорея) и половым актом (диспареуния). Важно отметить, что вагинизм у женщин может быть вторичным по отношению к диспареунии в DSM-5 относиться к *генитально-тазовой боли или нарушению пенетрации* (genitopelvic pain/penetration disorder). Часто СХТБ вовремя не диагностируется из-за наличия у пациента чувства стыда или безнадежности (Moldwin, 2017).

Нейроиммунологическая или мионевропатическая этиология продолжает сбивать с толку врачей-урологов, нейроурологов, гинекологов в выборе тактики лечения (Tripp, Nickel, 2011). Несмотря на десятилетия проведения исследований по лечению СХТБ с помощью фармакологической терапии, ни один из

них не продемонстрировал доказанную эффективность в плацебо-контролируемых клинических исследованиях (Leue, Krümel, 2017; Khan, Murphy, 2015).

Говоря про урологическую тактику противовоспалительная терапия, альфа-адреноблокаторы не обеспечивают значительного улучшения симптомов и не всегда улучшают удовлетворенность качеством жизни пациента, что увеличивает риски развития психических расстройств, социальной инвалидизации, финансового стресса за счет «лечения в аптеке» и частому обращению к врачам и сдачей лишних анализов (Wang, Liang, 2018; Leue, Krümel, 2017).

Кроме биологических факторов, мы считаем, что каждый врач, которые имеет дело с мужским и женским репродуктивным и сексуальным здоровьем должен учитывать влияние психологических факторов, которое способствуют переходу синдрома в рефрактерное течение. Согласно **модели, мочевого пузырь-кишечник-нервная система С. Лиу и соавт.** (bladder-gut-brain axis) представленной нами рис. 1 психосоциальные факторы, жизненный стресс (ранний травматический опыт, повседневный стресс), стиль совладания со стрессом (преобладание эмоционально-ориентированного), личностные predispositions (нейротизм, негативная аффективность), висцеральная гиперчувствительность, нейроэндокринный баланс, инфекционная этиология, состав микробиоты, желудочно-кишечные нарушения, изменения в психическом состоянии (рекуррентное депрессивное расстройство, генерализи-



зованное тревожное расстройство, ПТСР, суицидальность, хроническая бессонница) играют ключевую роль в развитии и течении функциональ-

ных нарушений мочеполовой системы, болезнь-ориентированном поведении и результатах терапии (Brünahl, Klotz, 2018).

Жизненные стрессовые события (физическое/эмоциональное насилие, опыт потерь, свидетель смерти, жизнеугрожающие заболевания, проблемы с зачатием и др.).

Повседневный стресс (микрострессы)

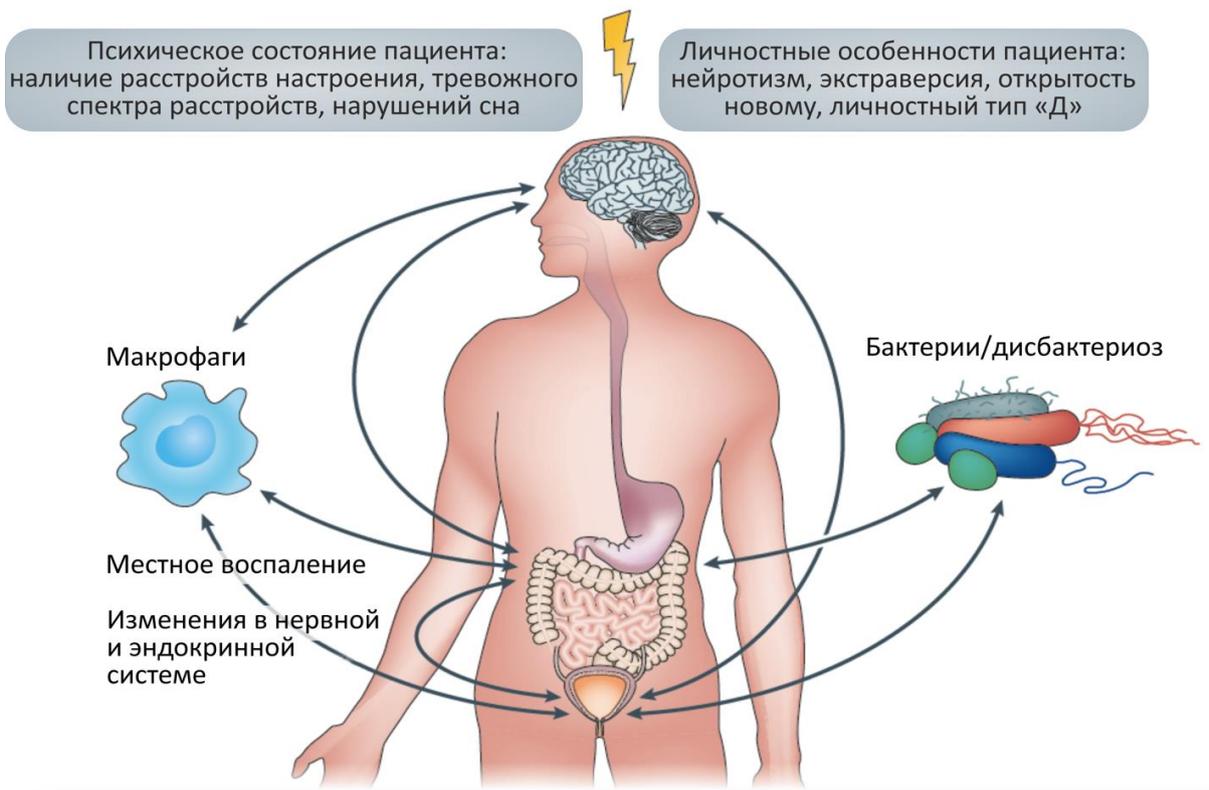


Рис. 1 Модель мочевой пузырь-кишечник-нервная система К. Лиу и Дж. Краимель (Leue, Kruimel. 2018) в модификации А.И. Мелёхина

При изменениях в психологической устойчивости у мужчин стрессовые факторы приводят к системному воспалительному процессу, который через нейроиммунную сеть влияет на соматическое и психическое благополучие пациента. Была предложена **биопсихосоциальная модель сопровождения пациентов с простатитом,**

раком предстательной железы Д. Латини и соавт. (Latini et al., 2009) у которых наблюдаются сексуальные проблемы. Согласно модели (рис.2) при построении психотерапии следует уделять внимание специфике восприятия пациентом симптомов, оценку их значения и реакция на них.



Рис. 2 Биопсихосоциальная модель повышения самоэффективности у пациентов с синдромом хронической тазовой болью Д. Латини и соавт. (Latini et al., 2009)

Применение управленческих стратегий (symptom-management-strategies) включает в себя анализ: что, когда, почему, где, сколько кому. Психотерапия должна делать акцент на усиление самоэффективности пациента, ощущении мастерства, что пациент может достигать того или иного результата. Например, мужчины, которые имеют по их мнению «недостаточную эрекцию» для полового акта, будут иметь низкую уверенность в свою способность иметь «достаточную» эрекцию, чтобы заняться сексом. Этот симптоматический опыт подрывает их уверенность и приводит к дистрессу. На рис. 2 показано, что психотерапевтическая

помощь пациентам с СХТБ должна предоставлять знания, навыки и ресурсы, которые приведут к набору опыта мастерства, эффективного управления своими симптомами. Это будет способствовать формированию адаптивных убеждений, что симптомами можно эффективно управлять. Таким образом повышение самоэффективности является неотъемлемой частью при лечении СХТБ. По мере того, как пациенты осваивают навыки управления симптомами, они улучшают свое функциональное и психическое состояние. Согласно данной модели, пациенты, улучшающие свой функциональный статус, будут иметь



меньшую выраженность дистресса (Latini et al., 2009).

Учитывая выше представленные модели отметим, что в нейрурологии и гинекологии на данный момент произошел переход от орган-центрированного понимания урологических функциональных нарушений (organ-centered disease) к **мультимодальному подходу** (Leue, Kruimel, 2017). На рис. 3.

представлен мультимодальный алгоритм (UPOINT system) (Khan, Murphy, 2015) позволяющий в ходе лечения пациента с СХТБ на основе биопсихосоциального подхода учитывать клинический фенотип пациента (урологический, психосоциальный, органоспецифический, инфекционный, неврологический статус и мышечная чувствительность).



Рис. 3. Мультимодальная урологическая терапия UPOINT

В повседневной урологической практике недооценивается **мультиморбидный фенотип** (multimorbidity phenotype) и полисиндромность **пациента** (Moldwin, 2017). Так функциональные урологические и гинекологические состояния у пациента частично перекрываются с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия), психической коморбидностью (соматоформное расстройство, тревожный

спектр расстройств, депрессии, ПТСР), что способствует устойчивости к лечению. В связи с этим требуется мультимодальная тактика или фенотип ориентированная (specific phenotype-directed therapy) включающая в себя интеграцию **медицинского, физиотерапевтического и психотерапевтического** (когнитивно-поведенческая или соматоконгнитивная терапия) **подходов** с учетом потребностей пациентов и их партнеров. Причем в лечение обязательно



включается партнер пациента, который является полноценным участником лечения (Wang, Liang, 2018; Tripp, Nickel, 2011).

Женщины с ХТБ чаще имеют положительный анамнез *сексуального, физического или эмоционального насилия*. Перенесенный аборт по причинам: «страх осуждения со стороны матери», «осудят», «выгонят из дома», «сломается жизнь». Проблема материнской сепарации. Различный спектр жалоб на гинекологическую боль также встречается у женщин с эпизодами депрессии или тревожного спектра расстройств в анамнезе (Nobre, Pinto-Gouveia, 2008). У мужчин мы наблюдаем больший опыт эмоционального насилия («задавливания») в анамнезе, со стороны или отцовской или материнской фигуры сопровождающийся повышенным требованиям к поведению («соответствовать» кому-то или чему-то, быть «лучше»). Переживания трудностей при *зачатии ребенка* («жена хочет родить 2 и 3 ребенка, но я не бык осеменитель») или аборт партнера пациента. Также ятрогенный опыт («может быть у вас рак простаты нужно провериться», «у вас может быть опухоль, которую нужно будет удалить» и др.), который приводит к переживаниям о мужской идентичности («соответствую ли я образу мужчины») и усиливает тревогу о здоровье («все ли со мной нормально?»).

В связи с этим была выдвинута гипотеза, что существует вызванная восприятием ситуаций как стрессовых дисрегуляция центральной нервной системы, которая изменяет восприятие боли (Leue, Kruimel, 2017). Важно признать, что *тазовое*

дно работает как эмоциональный орган (индикатор эмоционального состояния), который на восприятие ситуации как угрожающей, тревожной вызывает рефлекторное сокращение тазовых мышц. Например, было показано, что непроизвольное сокращение тазовой области, измеренное с помощью электромиографии более интенсивно у женщин в состоянии тревоги, чем в ответ на сексуальную угрозу. Сообщается также о повышении тонуса тазового дна в ответ на угрожающие визуальные стимулы, что позволяет нам предположить, что наличие вагинизма у женщин и небактериального (абактериального) простатита у мужчин может быть защитной, условной реакцией (Dias-Amaral, Marques-Pinto, 2018)

У пациентов с СХТБ наблюдаются **искаженные когнитивные схемы** при восприятии информации, ситуации, телесных ощущений (Nobre, Pinto-Gouveia, 2008). Под этими схемами понимаются представления о здоровье, собственной телесности, сексуальности, собственной идентичности как мужчины и женщины. Например, при наличии сексуальной дисфункции у пациентов с ХТБ наблюдаются негативные убеждения и ожидания относительно собственной сексуальности, которые нереалистичные и не точны. Например, «у меня не достаточная эрекция», «смазанная эякуляция». Искаженные когнитивные схемы возникают в прошлом опыте переживаний пациента, они отражаются в текущих действиях и направляют будущие формы поведения в дезадаптивное русло. В связи с этим они являются предраспо-



лагающими факторами к развитию сексуальной дисфункции.

У женщин с *вагинизмом*, наблюдается чрезмерная активация негативных когнитивных схем, что приводит к низкой эмоциональной вовлеченности в процесс близости с партнером, также к избеганию полового контакта, развитию предвосхищающей тревоги по поводу отказа. **Искаженные когнитивные схемы у женщин:** 1) самообвинения (самоуничижения со склонностью наклеивать на себя «ярлыки»), 2) «недостаточность» или некомпетентность; 3) покинутость (одиночество, «пустота», опустошенность); 4) отвержение («не привлекательность»). У пациенток с вагинизмом мы наблюдаем ранние дезадаптивные когнитивные схемы: 1) нарушения автономии; 2) принятие самооценки; 3) ориентация на неудачи (выученная беспомощность); 4) «зависимости от...»; 4) убеждение себя в «неспособности», «некомпетентности»; 5) уязвимость к неопределенности, стрессу. Женщины с сексуальной дисфункцией в структуре ХТБ склонны интерпретировать изменения в сексуальной жизни как признак личной «неполноценности» или «поломанной».

Искаженные когнитивные схемы у мужчин строятся вокруг повышенных внутренних требований к себе («должен», «терпи», «жертвуй», «спасай», «тяни», «задавливай», «на высоте»). Часто эти требования являются стремлением быть «лучше», или не таким как какой-то значимый другой (например, отец). Стремление «соответствовать».

У пациентов с ХТБ наблюдаются искаженные, негативные пред-

ставления о дискомфортных ощущениях и боли, которые усиливают ее интенсивность. Присутствует **катастрофизация** («а вдруг, а если», «если то», «может...»), которая связана с интенсивностью боли, рисками развития ипохондрического расстройства, сексуальной дисфункции и сниженной удовлетворенностью качеством жизни (Kwon, Chang, 2013). Например, «эта боль всегда будет со мной, и она будет невыносимой», «а вдруг я не смогу иметь близость с супругой», «проникновение во время близости с супругом будет невозможно» и др. Под катастрофизацией мы понимаем когнитивный стиль мышления пациента, при котором наблюдается тенденция к чрезмерному негативному восприятию телесных ощущений. Присутствие тревожного, красочного размышления о болезненных ощущениях, чрезмерного внимания к телесным проявлениям и ожидания («а вдруг»), что приводит к ощущению собственной беспомощности в «борьбе» с симптомами. Катастрофическое мышление или «катастрофизация» признан самым сильным психосоциальным предиктором ХТБ и одной из основных мишеней психотерапии. У женщин с ХТБ присутствуют искаженные убеждения, связанные с «возрастом». Например, среди пациенток с вагинизмом наблюдается убеждение, что «сексуальное желание уменьшается с возрастом», «мне это уже не нужно». Наличие выше приведенных негативных мыслей, убеждений вызывает у пациентов эмоции разочарования, вины, гнева и тревогу. Эти негативные мысли, и искаженные когнитивные схемы играют роль предрасполагающих и



поддерживающих факторов, имеют важное значение в формировании гибкого совладания со стрессом и уменьшение болезнью-ориентированного поведения. Раз-

витие и сохранение ХТБ как у мужчин (рис.4), так и у женщин (рис.5) может быть представлен как порочный когнитивно-поведенческий круг.

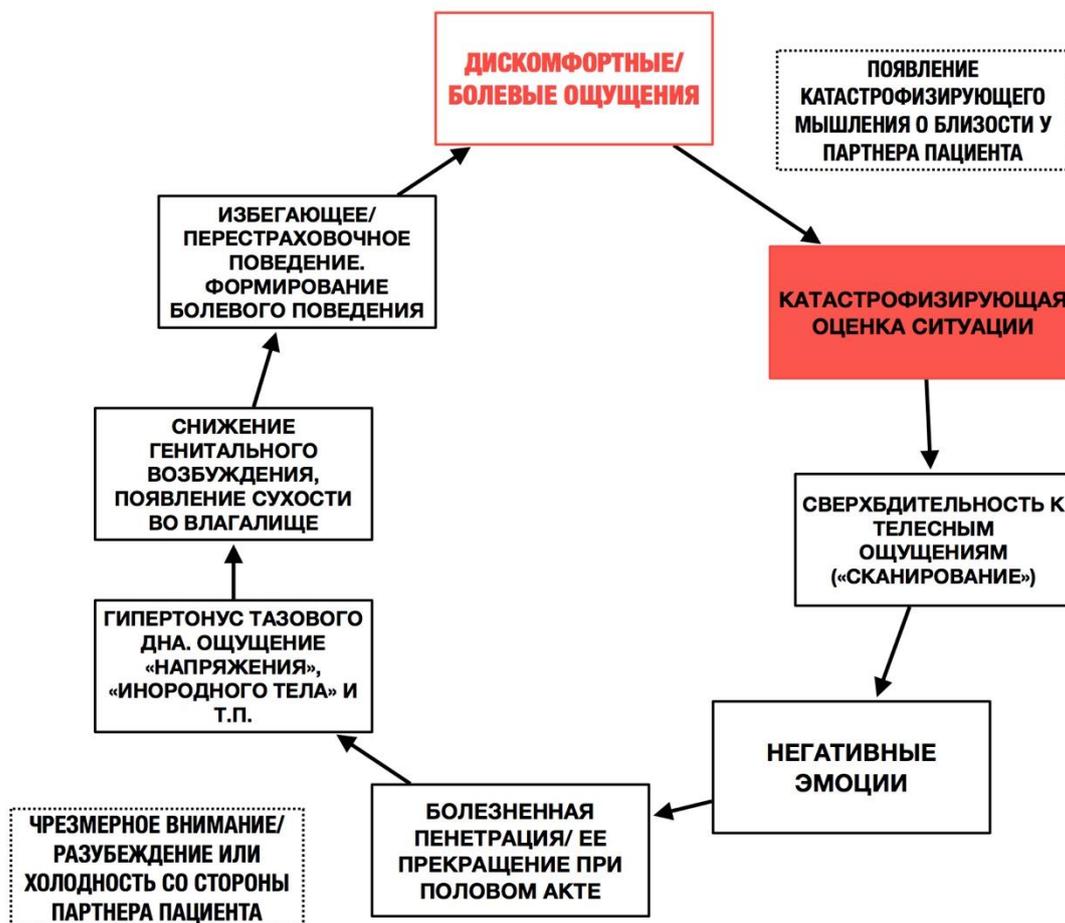


Рис. 4 Когнитивно-поведенческий порочный круг гинекологической боли у женщин (по R. Basson, 2012, модификация А.И. Мелёхин). *Примечание.* Добавлен блок развитие избегающего, перестраховочного поведения, а также формирование болевого поведения



щение между партнерами нарушается, влияя на сексуальное удовлетворение женщины. В связи с этим для улучшения состояния пациентки следует обсудить увеличение сексуального репертуара пары. Партнер пациента может способствовать более адаптивной, гибкой стратегии реагировать на стрессовые события и дискомфортные ощущения в теле, улучшить общее сексуальное функционирование. Враждебность, негативизм, отстраненность со стороны партнера влияет на восприятие боли и болевого поведение пациента, увеличивая у него риски развития депрессии и семейного/партнерского дистресса. Различия в реакциях партнеров связаны с их собственными искажениями в когнитивных схемах. *Наличие отрицательного когнитивного смещения при восприятии дискомфорта у партнера пациента* включает в себя: 1) интернализацию – «это личная ответственность»; 2) глобальность – «эта проблема затрагивает все сферы жизни»; 3) стабильность – «эта проблема будет всегда». Наличие этого смещения у партнера пациента увеличивает симптомы ХТБ.

Для разрыва порочных кругов (рис. 4 и 5) применяют различные протоколы **когнитивно-поведенческой психотерапии** (сокр. КПП, Cognitive Behavioural-Symptom Management Program), которые могут быть индивидуальными, в паре или в группе. Сразу уточним, что данный подход эффективен

для пациентов с рефрактерным течением, страдающих длительными и сложными хроническими болевыми состояниями, болевым поведением.

Общей целью данной терапии является минимизации когнитивных искажений, эмоциональной дисрегуляции и неадаптивных форм поведения, которые поддерживают симптомы заболевания и нарушают отношения пары (Tripp, Nickel, 2011; Brünahl, Klotz, 2018). Мы настаиваем на более **конкретной цели** применения КПП в урологической и гинекологической практике: снижение у урологического пациента психологического дистресса за счет повышение психологической устойчивости, т.е. 1) инициации чувства надежды путем помощи пациенту усиливать веру в то, что он может самостоятельно управлять симптомами; 2) усиливать самоуправление за счет обучение когнитивным и поведенческим навыкам ориентированным не только на гибкую адаптацию к стрессовым ситуациям, но и здоровьесберегающее и профилактическое поведение; 3) разрушить установленные шаблоны катастрофизирующего мышления («а вдруг», «если...то»); 4) усилить у пациента способность к антиципации проблем с их эффективным самоуправлением.

Выбор наиболее подходящего протокола КПП основывается на специфике различных компонентов боли у пациента (табл.1).



Таблица 1. Компоненты анализа боли у пациента в гинекологической и урологической практике (по Ana Dias-Amaral, André Marques-Pinto, 2018)

Аспект	Описание
Физиологический	Этиология и продолжительность боли
Сенсорный	Локализация, интенсивность, характер («качество») боли
Эмоциональный	Эмоциональный ответ на боль (тревога, подавленность, страх, отчаяние, раздражительность)
Когнитивный	Негативные мысли, «смысл боли», степень сосредоточенности на мыслях. Убеждения о боли.
Поведенческий	Индикаторы боли. Болевое поведение. Спектр охранного, избегающего поведения
Социо-культурный	Культурный контекст (отсутствие знаний о сексуальном здоровье, усвоенные негативные убеждения в отношении сексуальности). Искаженные социальные роли (в семье, на работе). Семейная «болевая» история.

Ключевым моментом в лечении пациентов с ХТБ является создание реалистичной цели лечения. Для многих женщин терапевтический успех определяется как «полное» устранение боли, но некоторые пациенты не достигают этой цели. Говоря про вагинизм целью когнитивно-поведенческой терапии, может быть снижение мышечного напряжения; уменьшение болевого поведения; негативных мыслей, связанных с болью (реже прибегать к катастрофизирующему стилю мышления); гибкие стратегии совладания со стрессом и дискомфортом; усиление положительного сексуального функционирования.

Мишени КПТ пациента с ХТБ:

- Минимизация негативного представления о здоровье и болезни. Поискового поведения («а почему анализ повышен?», «а вдруг это не уроло-

гия...») и феномена «лечения в аптеке»;

- Снижение чувствительности к висцеральным раздражителям (visceral hypersensitivity) в форме гипералгезии («ощущение кома/шара в промежности», «давления», «резей», «напряжение в животе»);
- Снижение негативного телесного дистресса, т.е. симптома ответа на стресс (дискомфорт, мнимый позыв к мочеиспусканию) или подавление эмоции;
- Снижение повышенного нейротизма и негативной аффективности. Негативного когнитивного смещения при восприятии информации в форме *катастрофизации* («опять мне плохо») как неадаптивного преувеличения угрозы, которое сопровожда-



ется чувством беспомощности. Например, страх недержания, неполной эрекции, потери мужественности.

- Реорганизация дисфункционального глубинного убеждения: «я беспомощный», «не должен опозориться, потерять лицо... нужно все держать под контролем»;
- Психологическая гибкость. Оптимальный баланс между проблемно и эмоционально-ориентированными копинг-стратегиями. Навыки решения проблемных ситуаций;
- Снижение избегающего («туалетного», телесно-сканирующего, лекарственного) поведения. Перестраховочного приема препаратов (чаще антибиотиков).

Протоколы КПП при лечении СХТБ

Когнитивно-поведенческое управление стрессом (cognitive behavioral stress management, CBSM) фокусируется на решении точных проблем, которые затрагивают пациента. Например, страхи импотенции (неполной эрекции), близости, недержания мочи. Отметим, что главной целью является не научить пациента «контролировать» боль, а скорее повысить его психологическую гибкость. Говоря про вагинизм, сокращение мышц является условным ответом на восприятие ситуации как угрожающей. В данном случае применяются систематическая десенсибилизация с применением вагинальных расширителей. Акцент делается на минимизации избегающего пове-

дения, сокращение когнитивных искажений. От 4 до 12 сессий проводимых один или два раза в неделю, по 90 мин (Tripp, Nickel, 2011; Brünahl, Klotz, 2018).

- **Соматокогнитивная терапия** (somatocognitive therapy) или *терапия усиления эмоциональной осведомленности и выражения* (Emotional Awareness and Expression Training). Это тип краткосрочной терапии, гибрид физиотерапии по традиции Мензендика и когнитивно-поведенческой терапии. Целью лечения является то, чтобы пациент достиг нового распознавания своего тела через непредвзятый, исследовательский подход («глаза новичка»). Терапия направлена на выявление дисфункциональных эмоций (гнев, страх) через осознание телесных ощущений, их адекватную когнитивно-поведенческую обработку для минимизации эмоционального избегания. В ходе терапии подавленные эмоции, пациент учится адаптивно выразить. Это не является основной целью, но интернализация эмоций включена в терапию эмпатически и диалектически. Основное внимание уделяется приобретению новых ощущений в теле («тело живое, и в нем могут быть разные ощущения»). Перемещение внимания с болель-ориентированных мыслей на функционирование, реструктуризацию дисфункциональных когнитивных схем посредством телесного



исследования и диалога. Протокол состоит из еженедельных сессий длительностью 60 минут в течении 12 недель (Haugstad, 2006; Haugstad, Kirste, 2011).

- **Когнитивно-поведенческая терапия сексуальных проблем** (cognitive-behavioral approach to sex therapy) направлена на сниженную сексуальную уверенность в себе, тревогу, ангедонию и страхи. Терапия включает в себя 1) психообразовательный компонент, который охватывает анатомию и физиологию оргазма, эякуляции. Роли катастрофизирующего мышления в поддержании эректильной дисфункции; 2) поведенческий компонент, техника «стоп-старт тревога», «сжатие напряжения», усиление чувственной

концентрации и расслабления; 3) когнитивный компонент включает в себя изучение предрасполагающих фактором приводящих к катастрофизирующему мышлению и оспариванию их. Протокол от 8 до 12 сессий, по 60 минут. На первом этапе мы проводить психообразование пары. Ни пациент, ни его партнер на этом этапе психотерапии не занимают пассивную роль. Дается возможность понять проблему, узнать о женской/мужской анатомии, оспариваются мифы. Пара информируется о биопсихосоциальной природе СХТБ, роли психологических, семейных проблем как триггеров. На втором этапе пару обучат поведенческим стратегиям для минимизации дискомфорта и боли (табл.2).

Таблица 2. Пример поведенческих стратегий для уменьшения боли для женщин с СХТБ (по J. Bornstein, A.T Goldstein, C.K Stockdale, 2015)

Ситуация	Поведенческие стратегии
Половой контакт	<ul style="list-style-type: none"> • Использование смазки на водной основе; • Исследуйте различные позиции; • Сидячая ванночка или пакет со льдом после полового акта; • Мочиться сразу после полового акта.
Физическая активность	<ul style="list-style-type: none"> • Избегать упражнений, которые оказывают давление на область вульвы, или которые приводят к трению (например, чрезмерная езда на велосипеде) • Избегать бассейна или сауны/паровых бань
Личная гигиена	<ul style="list-style-type: none"> • Не мыть область половых органов больше, чем один раз в день • Не брить область вульвы • Избегать ароматизированных гигиенических средств



Одежда

- Избегать тесного нижнего белья или брюк
- Не носить мокрую одежду
- Использовать хлопковое белье

Следующим шагом является снижение тревоги. Часто партнеры застревают в форме избегания близости, не обсуждают сексуальные проблемы, не ищут решений и в конечном итоге это приводит к сексуальному дистрессу пары. Психотерапия на этом шаге направлена на увеличение сексуального желания пары, возбуждение, исследование оптимальных поз для получения удовольствия, а не на повышение частоты проникновения. Половой акт не является основной целью, но выступает следствием успешной терапии. В ходе психотерапии бросается вызов определенным дисфункциональным представлениям о сексе. У женщин наблюдается повышенная бдительность и катастрофизация боли. Снижение этих когнитивных искажений необходимо для уменьшения эмоциональной реактивности у пациента. Поощряется использование сексуальных фантазий, т.к. позитивные сексуальные мысли увеличивают желание и возбуждение у женщины, приводя к увеличению выработки смазки, удовольствия и снижения дискомфорта, боли. Пару также обучают активно выражать свои эмоции и проявлять физический контакт. Следует убрать ассоциативную связь физический контакт=генитальная боль, это позволит уменьшить предвосхищающую тревогу («тревога вперед»). Это достигается с помощью *техники «чувственного фокуса»* (sensate focus technique) целью которой является переход от негенитальных прикосновений к генитальному

прикосновению, и в конце к проникновению. На начальном этапе проникновение запрещено, что часто уменьшает тревогу у пациента, позволяет сосредоточиться на приятных ощущениях в теле. Постепенное воздействие физического контакта приводит к увеличению желания и возбуждения, снижению дискомфорта и боли. Данная техника также полезна для расширения сексуального репертуара в паре.

- **Когнитивно-экзистенциальная терапия пар** (cognitive existential couple therapy) фокусируется на неуверенности пациента справиться с заболеванием, канцерофобии, страхе смерти, проблемы в мужской/женской самооценке, управлении побочными эффектами от лечения, минимизации семейного дистресса (риски развода, сексуальные трудности).
- **Терапия усиления осознанности** (mindfulness-based cognitive therapy) позволяет с помощью техник (сканирование тела, физиологический барометр, медитации со смещенным вниманием, техники осознанных движений и «живое дыхание») сформировать у пациента навыки невозмутимости по отношению к опыту дискомфортных ощущений, негативных мыслей и эмоций.



Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии

Несмотря на ограничения доступных исследований, показано, что у пациентов с СХТБ применение протоколов когнитивно-поведенческой психотерапии снижало катастрофизацию, болевое поведение и депрессивные симптомы. Улучшало удовлетворенность каче-

ством жизни и сексуальное функционирование. Ремиссия сохранялась на протяжении 3-9 месяцев (Wang, Liang, 2018; Tripp, Nickel, 2011; Brünahl, Klotz, 2018). Применение соматокогнитивной терапии снижает у 41-63% пациентов симптомы соматоформного болевого расстройства, тревожность и симптомы депрессии (Haugstad, 2006; Haugstad, Kirste, 2011)

Литература

- Abramowitz J.S., Schwartz S.A., Whiteside S.P. A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clin Proc.* 2002. Vol. 77. № 12. P. 1323-1330. doi: 10.4065/77.12.1323
- Basson R. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: a perpetuating cycle. *J Sex Med.* 2012. Vol. 9. № 8. P. 2077-2092. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02803.x
- Bornstein J., Goldstein A.T., Stockdale C.K. Consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD); International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH). *J Sex Med* 2016. Vol. 13. № 04. P. 607-612 doi: 10.1016/j.jsxm.2016.02.167
- Brünahl C.A., Klotz S.G., Dybowski C. Combined Cognitive-Behavioural and Physiotherapeutic Therapy for Patients with Chronic Pelvic Pain Syndrome (COMBI-CPPS): study protocol for a controlled feasibility trial. *Trials.* 2018. Vol. 19. № 1. P. 20-29. doi: 10.1186/s13063-017-2387-4.
- Dias-Amaral A., Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018. Vol. 40. № 12. P.787-793. doi: 10.1055/s-0038-1675805.
- Haugstad G.K., Haugstad T.S., Kirste U.M. et al. Mensendieck somatocognitive therapy as treatment approach to chronic pelvic pain: results of a randomized controlled intervention study. *Am J Obstet Gynecol* 2006. Vol. 194. P. 1303 – 1310. doi: 10.1016/j.ajog.2005.10.793
- Haugstad G.K., Kirste U.M., Leganger S. et al. Somatocognitive therapy in the management of chronic gynaecological pain. A review of the historical background and results of a current approach. *Scand J Pain.* 2011. Vol. 2. P. 124 – 129. doi: 10.1016/j.sjpain.2011.02.005.
- Khan A., Murphy A. Updates on therapies for chronic prostatitis



- tis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Pharmacol.* 2015. Vol. 4. № 1. P. 1-16. doi: 10.5497/wjpv.v4.i1.1
- Kwon J.K., Chang I.H. Pain, catastrophizing, and depression in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Int Neurourol J.* 2013. Vol. 17. № 2. P. 48-58. doi: 10.5213/inj.2013.17.2.48
- Latini D.M., Hart S.L., Coon, D. W. Sexual rehabilitation after localized prostate cancer: current interventions and future directions. *Cancer journal (Sudbury, Mass.).* 2009. Vol. 15. № 1. P. 34-40. doi:10.1097/PPO.ob013e31819765ef
- Leue C., Kruiemel J, Vrijens D. Functional urological disorders: a sensitized defence response in the bladder-gut-brain axis. *Nat Rev Urol.* 2017. Vol.14. № 3.P. 153-163. doi: 10.1038/nrurol.2016.227
- Nobre P.J., Pinto-Gouveia J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *J Sex Marital Ther* 2008. Vol. 34. № 04. P. 325-342 doi: 10.1080/00926230802096358
- Nobre P.J., Pinto-Gouveia J. Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognit Ther Res* 2008. Vol. 32. P. 37-49. doi: 10.1007/s10608-007-9165-7
- Tripp D.A., Nickel J.C., Katz L. A feasibility trial of a cognitive-behavioural symptom management program for chronic pelvic pain for men with refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Can Urol Assoc J.* 2011. Vol. 5. № 5. P. 328-32. doi: 10.5489/cuaj.10201.
- Urological and Gynaecological Chronic Pelvic Pain Current Therapies. Ed. Robert M. Moldwin. Springer International Publishing., 2017. 401 p.
- Wang J., Liang K., Sun H. Psychotherapy combined with drug therapy in patients with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized controlled trial. *Int J Urol.* 2018. Vol. 25. № 8. P. 710-715. doi: 10.1111/iju.13706



Gynecological and urological chronic pelvic pain: tactics of cognitive behavioral psychotherapy

A. I. Melehin

Multidisciplinary clinic of women's health Laguna-Med (Moscow); e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Abstract. In everyday gynecological and urological practice, the multimorbid phenotype and polysyndromicity of a patient with chronic pelvic pain syndrome (CPPS) are underestimated. The functional States of the patient partially overlap with mental comorbidity (anxiety spectrum disorders, depression, PTSD, somatoform disorders), which contributes to the strengthening of resistance. The model of bladder-intestines-nervous system. The article describes for the first time the multimodal therapy of CPPS, which includes the integration of medical, physiotherapeutic and psychotherapeutic (cognitive-behavioral and somatocognitive therapy) approaches taking into account the needs of patients and their partners. The goals and targets of cognitive behavioral psychotherapy (CBT) of a patient with CPPS are identified. Cognitive-behavioral vicious circles of gynecological and urological pelvic pain are presented. The main CBT protocols are presented and their effectiveness is shown.

Keywords: chronic pelvic pain syndrome, cognitive behavioral therapy, prostatitis, irritable bowel syndrome, vaginismus, pain syndrome

Cite as:

A. I. Melehin. (2019). Gynecological and urological chronic pelvic pain: tactics of cognitive behavioral psychotherapy. *Neurodynamics. Journal of clinical psychology and psychiatry*, 1(4), 47–63. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3592354>



Ценностные и эмоциональные детерминанты благополучного старения: возможности диагностической оценки контент-анализа социальных сетей пожилых людей в России.

Часть 1.

А.И. Ерзин ¹, А.Ю. Ковтуненко ²

¹ Оренбургский государственный медицинский университет. Кафедра клинической психологии и психотерапии, г. Оренбург, Россия;

e-mail: alexerzini@gmail.com

² Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2, г. Оренбург, Россия

Аннотация. В первой части статьи рассматриваются возможности анализа публикационной активности российских пожилых людей в социальных сетях Интернета с целью выделения ведущих ценностных детерминант благополучного старения. Было проанализировано 126 страниц лиц пожилого возраста ($61,7 \pm 6,1$ лет, 50 мужчин и 76 женщин). Контент анализ показал высокую активность пожилых пользователей сети Интернет. С помощью кластерного анализа (иерархическая кластеризация) были определены ведущие домены (кластеры), отражающие основные ценностные ориентации участников исследования. К ним отнесены семейные ценности, политика, счастье, уют и комфорт, а также знаменательные события. Полученные результаты в дальнейшем будут подвергнуты анализу их влияния на эмоциональные состояния и субъективное благополучие пожилых лиц – пользователей соцсетей.

Ключевые слова: благополучное старение, геронтопсихология, ценности, социальные сети, контент-анализ.

Публикация подготовлена в рамках научно-исследовательского проекта, поддержанного грантом президента Российской Федерации (№ МК-5837.2018.6, соглашение № 075-15-2019-105)

Введение

Благополучное старение представляет собой мультидименсиональный конструкт, и с субъективно-психологических позиций (т.е. восприятия самим субъектом) отражает

степень удовлетворенности различными сферами жизнедеятельности, включая когнитивное, эмоциональное и физическое состояние индивида, характер и полноту межлич-



ностных взаимоотношений, уровень финансового благосостояния, отношение к прошлому, настоящему и будущему (временная перспектива), профессиональную и досуговую деятельность (Ерзин, Ковтуненко, 2019, 2020; Павлова, Сергиенко, 2019; Baltes, Baltes, 1990a, 1990b; Flood, 2002; Ryff, 1996).

Поскольку, как показывают многочисленные социологические исследования в России, а также результаты наших собственных психодиагностических обследований пожилых лиц в возрасте от 65 лет и старше (Ковтуненко, Ерзин, 2019), большинство из опрошенных респондентов имеют весьма низкий уровень удовлетворенности жизнью и заметно более низкие показатели субъективного благополучия, что определяется целым рядом объективных факторов, к числу которых следует отнести довольно низкий уровень ежемесячных доходов, неудовлетворительное состояние здоровья, ограничение или утрату прежних социальных связей, приводящее к чувству одиночества и др. Однако, помимо средовых факторов, степень благополучного старения зависит также во многом и от ряда интраиндивидуальных (личностных) факторов, которые могут как усугублять влияние неблагоприятных жизненных ситуаций, так и компенсировать их, формируя внутреннее ощущение благополучия, в том числе, за счет обращения к копинг-стратегиям и других протективным механизмам личности (самоэффективность, диспозиционный оптимизм, состояние потока, альтруизм и пр.) (Ковтуненко, Ерзин, 2019; Ерзин, 2018).

Ценностная направленность личности также может существенно влиять на уровень благополучного старения, определяя ориентацию человека на те или иные аспекты жизнедеятельности, в которых он может испытывать удовлетворенность или неудовлетворенность. Поскольку ценностные ориентации являются более стабильными характеристиками, чем мотивационные и эмоциональные состояния, их следует отнести к стрессневым компонентам личности, которые у зрелой, адаптированной и сформированной личности мало подвержены кардинальным перестройкам. Их исследование может уточнить роль, которую они могут играть в определении уровня субъективного благополучия пожилых людей, тем самым расширяя представления о личностной детерминации благополучного старения.

Традиционные психодиагностические исследования ценностных ориентаций базируются на применении опросных (психометрических) методов, включая анкетирование, основанное на самоотчете, и субъективное ранжирование основных ценностей самими респондентами (Леонтьев; Халина, 2009; Rokeach, 1968). В этом исследовании мы решили использовать неклассическую методологическую схему, пытаясь взглянуть на картину ценностей российских пожилых людей с позиции того содержания, которым они наполняют собственную психическую продукцию, размещаемую в социальных сетях в Интернете. Так как применение онлайн-технологий для общения и самовыражения у лиц пожилого и преклонного возраста в России распространено не-



широко, это обусловило характер выборки и особенности результатов,

которые были получены в дальнейшем.

Материалы и методы

Было проанализировано 126 персональных общедоступных для просмотра страниц пожилых людей в социальных сетях (средний возраст составил $61,7 \pm 6,1$ лет, из них 50 мужчин и 76 женщин). Большинство страниц (96) было размещено на сайте Одноклассники.ru, остальные (30) – в социальной сети Вконтакте.ru. Анализу подвергались такие параметры, как количество друзей, количество подписчиков, число записей (постов на странице, включая репосты), количество фотоматериалов, видеоматериалов, частота собственных постов (в месяц).

Для анализа содержания мы фиксировали ключевые слова, которые отражали текстовую, фото- и видеопroduкцию респондентов, размещаемую ими на своих Интернет-страницах.

Обработка результатов выполнялась в автоматическом режиме в программе IBM SPSS Statistics 22. При статистической обработке данных использовались методы описательной статистики, а также кластерный анализ (для выделения ключевых групп факторов, отражающих ведущие ценностные ориентации).

Результаты и обсуждение

Описательные статистики по основным параметрам страниц пожилых людей в социальных сетях представлены в табл. 1.

Таблица 1. Описательная статистика параметров страниц пожилых людей в социальных сетях

	M	SD
Количество друзей	717,92	1879,7
Количество подписчиков	933,94	4021,03
Общее число записей	1876,65	5869,13
Число фотоматериалов	2020,91	5013,68
Число видеоматериалов	22,37	40,53
Часто собственных постов	19,77	98,58



Исходя из представленных данных, можно судить об онлайн-активности лиц, социальные Интернет-страницы которых нами были проанализированы. Пожилые люди, использующие Интернет-ресурсы для социального взаимодействия, поиска нужной информации и самовыражения, как показал первичный анализ, делают это весьма успешно и довольно активно. Иначе говоря, пожилые лица, обладающие навыками эффективного использования

социальных сетей, рассматривают Интернет как мощный инструмент для общения, творческой деятельности, познавательной функции и развлечения.

С помощью контент-анализа ведущих социальных сетей России были проанализированы страницы пожилых людей по ключевым словам и преобладающей тематике публикационной активности (табл. 2).

Таблица 2. Частотный анализ содержания продуктов Интернет-деятельности пожилых в социальных сетях с учетом ключевых слов

Слово	Частота встречаемости (в абс. ед.)	Слово	Частота встречаемости (в абс. ед.)	Слово	Частота встречаемости (в абс. ед.)
Я	41	Новость	12	Сестра	3
Внуки	59	Пропал	3	Ловись	2
Лайк	8	Спасибо	23	Приготовила	6
Открытка	3	Желаю	5	Станция	3
Поздравление	60	Мужчина	17	Выпускник	2
Мой	5	Новый	20	В школе	2
Надо	3	Море	6	Хочу поздравить	4
Муж	16	Путин	29	Сегодня	12
Польша	3	Люблю	9	Близкие	3
Родители	2	Классно	5	Команда	15
Друзья	76	Летчик	3	Добро	15
Предел	6	Казахстан	3	Заметка	6
Хабаровск	20	Отгадка	3	Песня	5
Цветы	4	Россия	52	Воздух	3
Весна	8	Мороз	4	Партия	5
Семена	5	Рецепт	48	Русский	5
Заказ	15	Партнеры	20	Картина	5
Китайский	4	Огурец	6	День	13
Сыр	7	Шевченко	5	Души	4
Любимый	5	Семья	1	Ингредиенты	20
Голуби	7	Тюмень	25	Тесто	25
Выпускники	2	Сегодня	20	Диета	9
Книга	10	Прекрасны	13	Отдых	14
Дети	38	Любимые	4	Собчак	3
Мы	1	Красота	41	Моим	6
Успех	37	Уважаемые	20	Солдат	31
Мечта	23	Регистрируйся	7	Масленица	2
Счастье	27	Рукоделие	19	Прививка	3
Попробовать	29	Помогите	2	Принимаю	2
Жена	3	Очень приятно	4	Март	24
Америка	12	Родные	16	Модели	12
Года	5	Жизнь	21	Фото	8
Очень	2	Радость	2	Наши выступления	11
Постный	6	Юбилей	11	Севастополь	6
Лук	3	Украина	5	Акция	19
Помидоры	20	Кадр	2	Новым	11
Моя	3	Ангелы	40	Февраль	17
Марш	2	Видео	9	Государство	5
Сослуживцы	2	Посмеялось	3	СССР	5
Семинар	2	Солнце	5	Выпечка	5
Продала	4	Розы	3	Болдырев	10
Вяжу	5	Банка	10	Апостол	50



Даты	4	С праздником	6	Мир	5
Турнир	2	Участник	3	Игра	4
Египет	7	Концерт	2	Амур	6
Племянник	2	Груднин	12	Вкусно	5
Здоровье	4	Просто	2	Эмоции	4
Конференция	13	Познер	20	Татарстан	28
В клубе	3	Люди	100	Работа	43
Женщина	20	Крым	7	Тепло	5
Инвалид	2	Компания	18	Букет	3
Набережные Челны	37	Стол	6	Майонез	45
SkyWay	15	Посев	5	Благодарность	6
Икея	12	Каталог	2	Канал	7
Вязание	9	Зима	7		

На основании частотного анализа были определены ведущие ключевые слова, наиболее часто

встречаемые в публикационной Интернет-активности у российских пожилых людей (табл. 3).

Таблица 3. Преобладающие по частоте ключевые слова, выделенные при контент-анализе страниц пожилых в социальных сетях

№	Ключевое слово	Частота употребления (в аб. ед.)	Частота употребления (%)
1	Люди	100	61,35
2	Друзья	76	46,63
3	Поздравление	60	36,81
4	Внуки	59	36,20
5	Россия	52	31,9
6	Апостол	50	30,67
7	Рецепт	48	29,45
8	Майонез	45	27,61
9	Работа	43	26,38
10	Я	41	25,15
11	Дети	38	23,31

Все ключевые слова, встречающиеся в постах пожилых людей, были подвергнуты кластерному анализу. Результаты этого анализа представлены на дендрограмме (рис. 1).

Согласно дендрограмме, нами были выделены следующие кластеры: «Празднование»; «Политика»;

«Семья»; «Уют / комфорт»; «Счастье»; «Знаменательные события». Путем последующей кластеризации эти кластеры были сгруппированы в более крупные группы:

- «Празднование и политика»;
- «Семья и уют / комфорт»;
- «Счастье и знаменательные события».

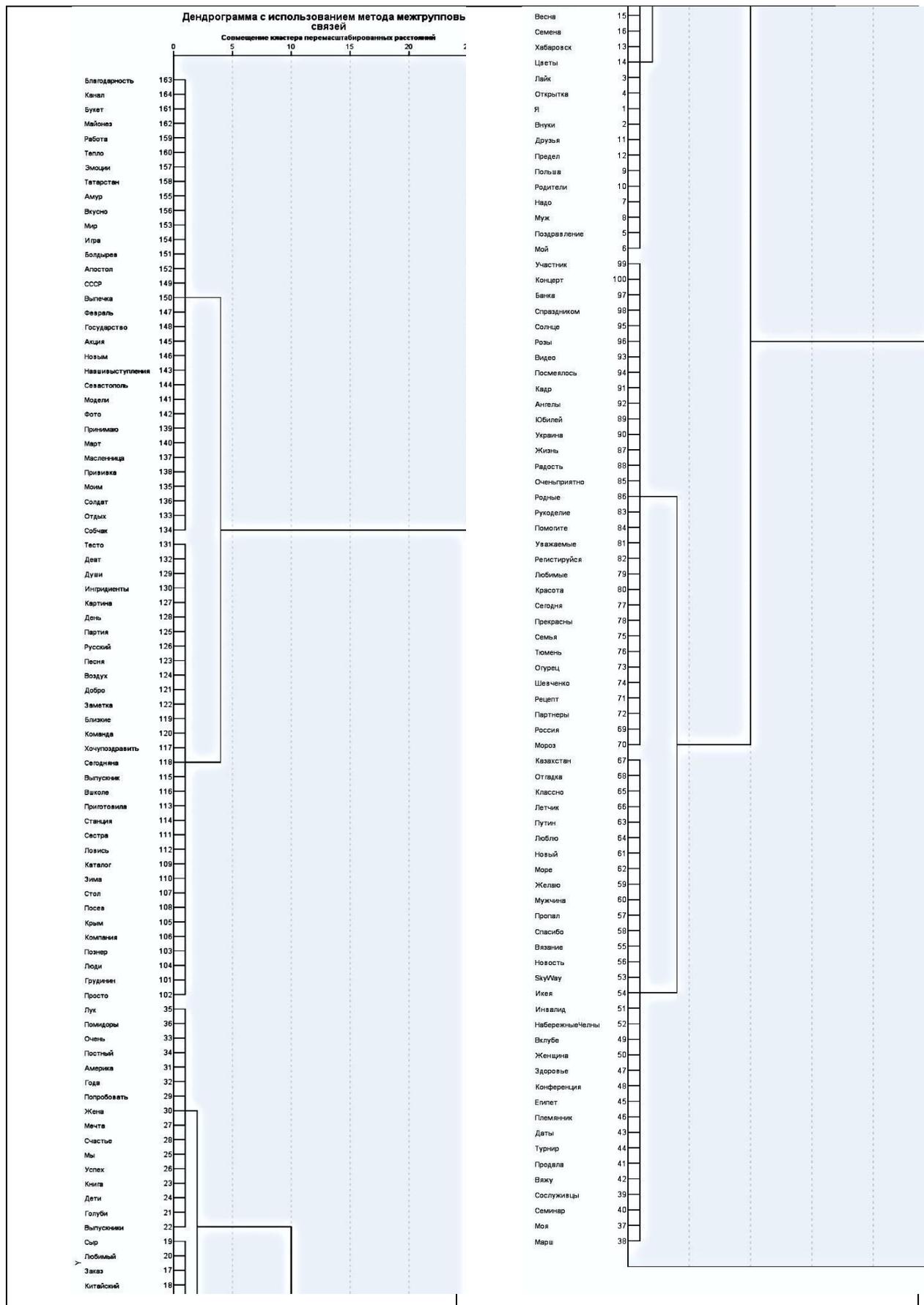


Рис. 1. Результаты кластерного анализа ценностных ориентаций



Заключение

Основываясь на проведенном анализе, можно судить о наиболее значимых ценностных ориентирах пожилых людей России, активно использующих социальные сети на распространенных Интернет-площадках. Как показал анализ полученных данных, ведущая тематика публикационной активности российских пожилых пользователей соцсетей вращается вокруг таких ценностных ориентаций, как семья,

домашних очаг, счастье и политика. Эти ценности отражают ведущие интересы данной группы лиц и могут оказывать определенное влияние на их поведение в повседневной жизни. Каким образом выделенные здесь ценностные детерминанты могут быть связаны с эмоциональными состояниями и благополучным старением, нами будет детально показано в следующей части статьи.

Литература

- Ерзин, А.И., Ковтуненко, А.Ю. (2020). Нейропсихология антиципации: Монография. Том II. М.: Академический проект, 212 с. (Психологические технологии).
- Ерзин, А.И., Ковтуненко, А.Ю. (2019). Нейрокогнитивные функции при благополучном старении. Часть 2: исследование нейропсихологических факторов. *Neurodynamics. Журнал клинической психологии и психиатрии*, 1(2): 1–11. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3488142>
- Ковтуненко, А.Ю., Ерзин, А.И. (В печати) Оптимизм как коррелят благополучного старения // *Психология и Психотехника*. DOI:10.7256/2454-0722.0.0.31158
- Леонтьев, Д. А. Ценностные представления в индивидуальном и групповом сознании: виды, детерминанты и изменения во времени. [Эл. ресурс]. Точка доступа: <https://hr-portal.ru/article/da-leontev-cennostnye-predstavleniya-v-individualnom-i-gruppovom-soznanii-vidy-determinanty>
- Павлова, Н. С., Сергиенко, Е.А. (2019). Исследование качества жизни во взаимосвязи с субъективным возрастом на этапе позднего онтогенеза. *Вестник Московского государственного областного университета*. Серия: Психологические науки, (2): 36-53.
- Халина, Н. В. (2009). Ценностные ориентации людей пожилого возраста и их представление о ценностных ориентациях значимых других. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена*. № 102: 408-411.
- Baltes, P. B., Baltes, M. M. (1990a). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P.B.; Baltes,



- MM., editors. Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press; Cambridge, England: 1-34.
- Baltes, P. B., Baltes, M. M. (1990b). Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. - New York: Cambridge University Press.
- Erzin, A. I. (2018) Proactivity in health psychology & clinical psychology. Globe Edit, 441 p.
- Flood, M. (2002). Successful aging: a concept analysis. *Journal of Theory Construction & Testing*; 6 (2): 105-108.
- Ryff, C. D, Singer, B: Psychological Well-Being: Meaning, Measurement, and Implications for Psychotherapy Research. *Psychother Psychosom*, 1996; 65: 14-23.
- Rokeach, M. (1968). Beliefs, Attitude and Values: A Theory of Organization and Change. San Francisco: Jossey-Bass, 214 pp.



The values and emotional determinants of successful aging: the possibilities of the content analysis of older people social networks in Russia. Part 1.

A.I. Erzin ¹, A.Yu. Kovtunenکو ²

¹ Orenburg State Medical University. Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Orenburg, Russia; e-mail: alexerzini@gmail.com

² Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 2, Orenburg, Russia

Abstract. The first part of the article discusses the possibilities of analyzing the publication activity of Russian elderly people in the social networks of the Internet in order to highlight the leading value determinants of successful aging. 126 web pages of the elderly (61.7 ± 6.1 years, 50 males and 76 females) were analyzed. Content analysis showed high activity of older Internet users. Using cluster analysis (hierarchical clustering), leading domains (clusters) were determined that reflect the main value orientations of the study participants. These include family values, politics, happiness, coziness and comfort, as well as significant events. The results obtained will subsequently be subjected to analysis of its influence on the emotional states and subjective well-being of older people – users of social networks.

Keywords: successful aging, gerontopsychology, values, social networks, content analysis.

Cite as:

A.I. Erzin, & A.Yu. Kovtunenکو. (2019). The values and emotional determinants of successful aging: the possibilities of the content analysis of older people social networks in Russia. Part 1. *Neurodynamics. Journal of clinical psychology and psychiatry*, 1(4), 64–72. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3592356>