

Несуицидальное самоповреждение при юношеских депрессиях: роль половозрастных особенностей и аттенуированной психотической симптоматики

Олейчик М.И.^{1,2}, Шевченко О.П.¹, Садовнича В.С.², Говоров С.А.¹, Ольшанская П.А.², Рассказова Е.И.^{1,2}

¹Российский научный центр психического здоровья, Москва, Россия

²Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Актуальность. Исследование половозрастных особенностей и влияния аттенуированной психотической симптоматики (АПС) на картину несуицидальных самоповреждений (НССП) представляется актуальным для выявления факторов риска и определения мишеней для индивидуальных стратегий психотерапии депрессивных состояний у пациентов юношеского возраста. **Цель.** Выявление половозрастных особенностей отношения к физической боли и параметров психологического неблагополучия при НССП в структуре депрессий юношеского возраста в зависимости от наличия в клинической картине АПС. **Материалы и методы.** Был обследован 351 респондент в возрасте от 16 до 25 лет. В исследовании приняли участие пациенты с депрессивными состояниями с НССП (основная клиническая группа) и без НССП (клиническая группа сравнения), а также здоровые испытуемые (контрольная группа). Клинические группы дополнительно разделялись по наличию АПС. Использованные методики: «Опросник межличностных потребностей», «Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия», «Краткая форма опросника страха боли», «Шкала интолерантности к дискомфорту», «Шкала катастрофизации боли».

Результаты. Отношение к физической боли и параметры интерперсональной сферы не связаны с возрастом. В контрольной группе девушки в большей степени катастрофизируют боль и испытывают страх боли, больше сообщают о жалобах, отображающих психологическое неблагополучие. Пациенты без АПС предъявляли более выраженные жалобы, касающиеся параметров психологического неблагополучия. У пациентов с АПС страх значительной физической боли в группе с НССП был ниже, чем в группе без НССП, чего не отмечалось в группе пациентов без АПС. **Заключение.** Значимая дифференциация была выявлена внутри контрольной группы. Отношение к физической боли, восприятие себя обузой и чувство нарушенной принадлежности практически не связаны с возрастом. Пациенты без АПС предъявляют более выраженные жалобы на свое состояние и чаще признают потребность в психологической помощи. У пациентов с АПС страх значительной физической боли в группе с НССП ниже, чем в группе без НССП.

Ключевые слова: депрессивные состояния, половозрастные особенности, юношеский возраст, несуйцидальные самоповреждения, физическая боль, психологическое неблагополучие, аттенуированная психотическая симптоматика

Информация об авторах:

Михаил Игоревич Олейчик* — e-mail: mr.oleychik@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0006-4102-5978>

Ольга Павловна Шевченко — e-mail: shevchenkolga@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-7524-7243>

Вероника Сергеевна Садовнича — e-mail: veronika.sadovnichaya13@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3244-658X>

Говоров Станислав Александрович — e-mail: stsgovorov@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-1799-9944>

Ольшанская Полина Алексеевна — e-mail: olshanskayapa@my.msu.ru; <https://orcid.org/0009-0001-7541-5177>

Елена Игоревна Рассказова — e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>

Как цитировать: Олейчик М.И., Шевченко О.П., Садовнича В.С., Говоров С.А., Ольшанская П.А., Рассказова Е.И. Несуицидальное самоповреждение при юношеских депрессиях: роль половозрастных особенностей и аттенуированной психотической симптоматики. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2026; 60:3:72-82. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-3-1267>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Автор, ответственный за переписку: Олейчик Михаил Игоревич — e-mail: mr.oleychik@mail.ru

Corresponding author: Mikhail I. Oleychik — e-mail: mr.oleychik@mail.ru

© Олейчик М.И., Шевченко О.П., Садовнича В.С., Говоров С.А., Ольшанская П.А., Рассказова Е.И.



Non-suicidal self-injury in adolescent depression: the role of sex and age characteristics and attenuated psychotic symptoms

Mikhail I. Oleichik^{1,2}, Olga P. Shevchenko¹, Veronika S. Sadovnichaja², Stanislav A. Govorov¹, Polina A. Olshanskaia², Elena I. Rasskazova^{1,2}

¹Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

²Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Research article

Summary. Background. Research into the age- and gender-specific characteristics and impact of attenuated psychotic symptoms (APS) on the presentation of non-suicidal self-injury (NSSI) is relevant for identifying risk factors and identifying targets for individualized psychotherapy strategies for depressive states in adolescent patients. **Objectives.** To identify age- and gender-specific characteristics of attitudes toward physical pain and parameters of psychological distress in NSSI in the structure of adolescent depression, depending on the presence of APS in the clinical picture. **Methods:** A total of 351 respondents aged 16 to 25 were surveyed. Participants included patients with depression, both with NSSI (main clinical group) and without NSSI (clinical comparison group), as well as healthy controls (control group). Clinical groups were further divided by the presence of APS. The following methods were used: Interpersonal Needs Questionnaire, Psychological Distress Diagnostic Questionnaire, Short Form Fear of Pain Questionnaire, Discomfort Intolerance Scale, and Pain Catastrophizing Scale.

Results. Attitudes toward physical pain and interpersonal domain parameters are not related to age. In the control group, female patients were found to catastrophize pain more and experience fear of pain, and to report more complaints reflecting psychological distress. Patients without APS reported more severe complaints related to psychological distress. Among patients with APS, fear of significant physical pain was lower in the NSSI group than in the non-NSSI group, which was not observed in the non-APS group. **Conclusion.** Significant differences were found within the control group. Attitudes toward physical pain, feelings of burden, and feelings of impaired belonging were virtually unrelated to age. Patients without APS report more severe complaints about their condition and are more likely to acknowledge the need for psychological help. In patients with APS the fear of significant physical pain in the NSSI group is lower than in the non-NSSI group.

Keywords: depressive states, age and gender characteristics, adolescence, non-suicidal self-injury, physical pain, psychological distress, attenuated psychotic symptoms

Information about the authors:

Mikhail I. Oleichik* — e-mail: mr.oleychik@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0006-4102-5978>

Olga P. Shevchenko — e-mail: shevchenkolga@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-7524-7243>

Veronika S. Sadovnichaja — e-mail: veronika.sadovnichaya13@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3244-658X>

Stanislav A. Govorov — e-mail: stsgovorov@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-1799-9944>

Polina A. Olshanskaia — e-mail: olshanskayapa@my.msu.ru; <https://orcid.org/0009-0001-7541-5177>

Elena I. Rasskazova — e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>

To cite this article: Oleychik MI, Shevchenko OP, Sadovnichaja VS, Govorov SA, Olshanskaia PA, Rasskazova EI. Non-suicidal self-injury in adolescent depression: the role of sex and age characteristics and attenuated psychotic symptoms. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:3:72-82. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-3-1267>. (In Russ.)

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interests

Уточнение клинических и социодемографических факторов отношения к физической боли и риска несуицидальных самоповреждений (НССП) в юношеском возрасте является актуальной задачей эпидемиологических и клинико-психологических исследований, решение которой дает возможность определить возможные мишени профилактики и интервенций в этот возрастной период [3]. Юношеский возраст может рассматриваться как период особой уязвимости, характеризующийся выраженностью эмоциональных переживаний, чувствительностью и максимализмом [4], что обуславливает высокий риск экстремальных действий при эмоциональном

реагировании на значимые события. Кроме того, именно для юношеского возраста характерна слабость и недостаточная сформированность защитных механизмов психики и способов совладания с психологическим неблагополучием [5].

Под «психологическим неблагополучием» мы понимаем комплексное состояние, характеризующееся ощущением неудовлетворенности собой, своей жизнью и социальными связями, а также снижением способности эффективно справляться с повседневными стрессами. Оно отражает негативный полюс психологического здоровья и проявляется в снижении общего качества жизни. В клиническом контексте психологическое неблаго-

получение часто операционализируется через конкретные жалобы на эмоциональные нарушения и социальную дезадаптацию, или через негативные представления о своем актуальном состоянии. Зачастую НССП является своеобразной компенсаторной стратегией, позволяющей в течение быстрого времени достигнуть желательного изменения психологического состояния и перевести фокус внимания с «неразрешимого» переживания на, в большей степени, контролируемое, а также достигнуть улучшения социального взаимодействия. Особенно актуальной такая стратегия становится при развитии депрессивных состояний, так как при данных расстройствах одновременно возрастает степень «душевной боли» и сокращается имеющийся в распоряжении индивида ресурс реагирования.

Гендерные факторы особенностей отношения к физической боли и риска развития несуицидальных самоповреждений в юношеском возрасте.

Несуицидальное самоповреждение встречается у мужчин и женщин всех возрастных групп, однако у женщин НССП встречается значительно чаще, при этом наиболее распространённым способом их реализации являются самопорезы [7; 14]. У мужчин НССП носят более тяжелый, брутальный характер; более всего распространены такие варианты, как нанесение ударов по своему телу и самоожоги. Ведущие мотивы несуицидальных самоповреждений также оказываются различными: для женщин — привлечение внимания, а для мужчин — подавление эмоций.

Согласно данным, представленным в мета-анализе, включавшем более 97 исследований, общей тенденцией остается более высокий риск НССП у женщин, особенно юношеского возраста — средняя распространенность НССП составила 16%, но при этом, отмечалось значительное различие между женщинами и мужчинами — 19,4% и 12,9% соответственно [13]. Следует отметить, что в работах, касающихся оценки способов совершения НССП, используются совершенно разные методики, в связи с чем является крайне затруднительным достоверный сравнительный статистический анализ полученных данных.

Возрастные факторы несуицидального самоповреждения при эндогенных психических заболеваниях.

Эндогенные депрессии чаще всего манифестируют в юношеском возрасте (в периоде от 16 до 25 лет), они приводят к выраженной социальной и учебной дезадаптации пациентов. Их клиническая картина обладает специфическими психопатологическими особенностями, при этом, в зависимости от нозологической принадлежности состояния, могут наблюдаться различные исходы заболевания [8]. Согласно современным данным, несуицидальное самоповреждающее поведение наблюдается у подавляющего большинства пациентов, страдающих юношескими депрессиями, и имеет широкий спектр мотивационных компонентов [2].

Кроме того, представляется важным изучение влияния фактора наличия в клинической картине юношеской депрессии аттенуированной психотической симптоматики (АПС) на особенности аутоагрессивного поведения. АПС является сложным по структуре симптомокомплексом, характерным для эндогенных депрессий юношеского возраста и определяемым как «психотические симптомы, не достигающие, достаточной степени выраженности и/или продолжительности для диагностики психоза» [6]. Диагностическую оценку АПС затрудняет как специфика данного феномена, так и сохранение критичности к данной симптоматике пациентов, понимания ими ее болезненного характера, что может приводить к стремлению к утаиванию данных симптомов (диссимуляции) [6].

Исходя из вышесказанного, выявление АПС становится возможным только в ходе подробного психопатологического обследования. Следует учитывать, что для пациентов с АПС свойственно расстройство операционального компонента мышления по типу снижения уровня и искажения процесса обобщений, проявляющееся в опоре на латентные признаки понятий и/или конкретно-ситуативном типе мышления, а также расстройство мотивационного компонента мышления, проявляющееся в разноплановости и склонности к резонерству. При этом данные расстройства представлены в малой степени, зачастую в единичных ошибках, не достигающих до уровня полноценного патопсихологического симптомокомплекса.

Важно учитывать, что наличие в картине депрессии АПС усложняет процесс психотерапии и, в большинстве случаев, требует обязательного применения методов психофармакотерапии. Склонность к НССП у данной когорты пациентов характеризуется большей стойкостью и рядом своеобразных мотивов, обычно не свойственных пациентам с депрессией без АПС [6]. Так, для пациентов без данной симптоматики в большей степени свойственными мотивы самонаказания и регуляции аффекта, в то время как пациенты с АПС чаще прибегают к НССП с целью преодоления явлений дереализации или деперсонализации или для получения удовольствия в рамках расстройства влечений.

Цель исследования — выявление половозрастных особенностей отношения к физической боли и психологического неблагополучия при несуицидальных самоповреждениях в структуре депрессий юношеского возраста в зависимости от наличия или отсутствия аттенуированной психотической симптоматики.

Материалы и методы

В исследование принял участие 351 респондент в возрасте от 16 до 25 лет (239 женщин, 112 мужчин; средний возраст $20,36 \pm 2,9$). Среди них 224 пациента (158 женщин, 66 мужчин; средний возраст $20,2 \pm 3,11$) и 127 (40 женщин, 36 мужчин; средний возраст $20,7 \pm 2,51$) условно здоро-

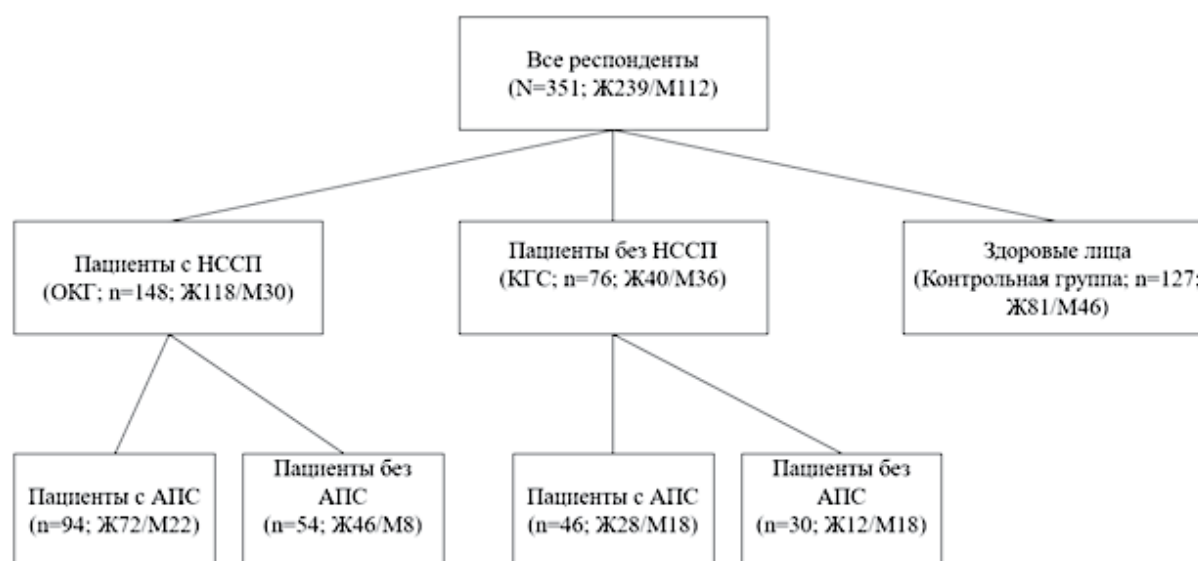


Рис. 1. Распределение респондентов между группами и деление с учетом наличия аттенуированной психотической симптоматики

Fig. 1. Distribution of respondents between groups and division based on the presence of attenuated psychotic symptoms

вых испытуемых. Участники исследования были распределены на 3 группы (см. рис. 1): основная клиническая группа (ОКГ), клиническая группа сравнения (КГС) и контрольная группа. Были сформированы следующие критерии включения в клинические группы: мужчины и женщины юношеского возраста с депрессивными состояниями в рамках аффективного заболевания (F31.3-4; F34.0), с депрессивными состояниями при расстройствах личности (F60.X (кроме F60.3)+F31.3-4) или шизотипическом расстройстве (F21.3-4+F31.3-4). Наличие, нозологическая принадлежность и степень тяжести депрессии определялись лечащим врачом исходя из критериев МКБ-10. Все пациенты принимали участие в исследовании на второй недели госпитализации и имели сопоставимый уровень выраженности депрессивной симптоматики. В ОКГ были распределены пациенты с депрессиями, сопровождаемыми НССП (n=148; 118 пациентов женского пола и 30 мужского, средний возраст $19,4 \pm 2,76$); наличие НССП определялось согласно критериям DSM-5 [9]. В КГС были включены пациенты с депрессиями без НССП (n=76; 40 женского и 36 мужского пола, средний возраст $21,6 \pm 3,25$). В контрольную группу вошли респонденты соответствующего гендерного и возрастного состава (n=127; 81 женского пола и 46 мужского) без выявленных психических расстройств и эпизодов НССП.

Все пациенты проходили стационарное лечение во втором (Отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств), третьем (Отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний) и четвертом (Отдел юношеской психи-

атрии) клинических отделений ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор — д.м.н. Ю.А. Чайка) в период с 01.01.2024 по 01.01.2025 года. Пациенты давали устное информированное согласие на проведение исследования. Исследование было рассмотрено и одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 746 от 18.03.2023).

Для оценки роли специфических клинических факторов, присущих депрессиям юношеского возраста, лечащим врачом определялось наличие аттенуированной психотической симптоматики у пациентов ОКГ и КГС. АПС была выявлена у 140 пациентов ОКГ и КГС (62,5%); в ОКГ 94 респондента (63,51%), из них 72 женщины (61% от всех женщин ОКГ) и 22 мужчины (73,33% от всех мужчин ОКГ); в КГС у 46 респондентов (60,52%), из них 28 женщин (70% от всех женщин КГС) и 18 мужчин (50% от всех мужчин КГС).

Для оценки отношения к физической боли были применены следующие методики: «Шкала катастрофизации боли» (PCS) [21], имеющая 3 субшкалы («Руминация по поводу усиления боли», «Тревога по поводу усиления боли», «Беспомощность перед усилением боли»). Альфа Кронбаха в данном исследовании составил 0,61-0,88. «Краткая форма опросника страха боли» (FPQ_SF) [10; 18], имеющая 4 субшкалы («Страх малой боли», «Страх значительной боли», «Страх боли от инъекций», «Страх зубной боли»). Альфа Кронбаха в данном исследовании 0,73-0,84. «Шкала интолерантности к дискомфорту» (DIS) [19], имеющая 2 субшкалы («Избегание физического дискомфорта», «Интолерантность к физическому дискомфорту»). Альфа

Кронбаха составила 0,66 для шкалы интолерантности и 0,61 для шкалы избегания.

Для оценки отношения к психологическому не благополучию были использованы следующие методики: «Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия» [17; 1], включающий 5 субшкал («Агрессивное поведение», «Тревожные и навязчивые мысли», «Употребление психоактивных веществ (ПАВ)», «Субъективная потребность в психологической помощи», «Суицидальные мысли»). Альфа Кронбаха в данном исследовании составил 0,72-0,91. «Опросник межличностных нужд» (Interpersonal Needs Questionnaire) [23; 17], имеющий 2 субшкалы («Восприятие себя обузой для других», «Чувство нарушенной принадлежности»). Альфа Кронбаха составила 0,94 для шкалы воспринимаемого бремени и 0,85 для шкалы нарушенной принадлежности.

Обработка данных. Двухфакторный дисперсионный анализ проводился в программе SPSS Statistics 23.0.

Результаты

1. Гендерные и возрастные факторы отношения к физической боли и проявлений психологического благополучия в клинических и контрольной группах

Здоровые женщины чаще, чем мужчины, признавали факт наличия склонности к агрессивному поведению ($1,65 \pm 0,67$ и $1,4 \pm 0,6$, соответственно; $p < 0,05$), тревожных и навязчивых мыслей ($2,06 \pm 0,67$ и $1,64 \pm 0,75$, соответственно; $p < 0,01$), декларировали потребность в психологической помощи ($2,06 \pm 0,64$ и $1,79 \pm 0,73$, соответственно; $p < 0,01$). Также они достоверно чаще сообщали о наличии руминаций по поводу боли ($1,72 \pm 0,99$ и $1,19 \pm 0,92$, соответственно; $p < 0,05$) и беспомощности перед болью ($1,37 \pm 0,78$ и $0,98 \pm 0,88$, соответственно; $p < 0,05$). Показано, что они значимо выше, в сравнении с мужчинами, оценивали степень своего страха перед малой ($1,62 \pm 0,54$ и $1,32 \pm 0,44$, соответственно; $p < 0,01$) и значительной ($3,58 \pm 0,64$ и $2,73 \pm 0,84$, соответственно; $p < 0,01$) болью, а также болью от инъекций ($1,67 \pm 0,96$ и $1,26 \pm 0,42$, соответственно; $p < 0,05$) и отмечали у себя большую интолерантность к боли ($2,57 \pm 1,39$ и $1,95 \pm 1,22$, соответственно; $p < 0,05$).

В группе ОКГ гендерные различия практически не выражены, за исключением показателя беспомощности перед болью: женщины сообщали о большей беспомощности перед болью ($1,99 \pm 1,09$ и $1,41 \pm 0,94$, соответственно; $p < 0,05$). В группе КГС различия имели место только по страху малой боли: женщины испытывали больший страх малой боли ($1,79 \pm 0,69$ и $1,46 \pm 0,41$, соответственно; $p < 0,05$). Различия проявляются в том, что в ОКГ девушки больше, чем юноши, склонны к катастрофизации боли, а в КГС для девушек более характерен страх малой боли.

В контрольной группе респонденты более старшего возраста чаще говорят об употреблении

психоактивных веществ ($r = 0,19$; $p < 0,05$), при этом, связей с возрастом отношения к физической боли и психологического неблагополучия не выявлено. В группе ОКГ респонденты более старшего возраста также чаще говорят о приеме ПАВ ($r = 0,29$; $p < 0,05$), но реже — о жалобах на тревожные и навязчивые мысли ($r = -0,21$; $p < 0,05$), страхе инъекций ($r = -0,18$; $p < 0,05$). В группе КГС возраст также связан с более частым сообщением о приеме ПАВ ($r = 0,30$; $p < 0,01$), а также меньшей интолерантностью к физической боли ($r = -0,42$; $p < 0,01$) и меньшим избеганием ее ($r = -0,23$; $p < 0,01$).

Поскольку гендерные различия выявлены практически исключительно в контрольной группы, фактор пола включался только в анализ различий между клиническими группами и контрольной, но не в анализ различий в клинических группах.

В отношении страха значительной физической боли выявлены как основные эффекты пола и группы, так и эффект взаимодействия этих факторов, а в отношении общего показателя боли — эффекты пола и взаимодействия пола и группы (Табл.1). У женщин страх значительной боли и общий балл страха боли выше, чем у мужчин, однако эти различия максимальны в контрольной группе (Страх значительной боли $3,58 \pm 0,64$ и $2,74 \pm 0,85$, соответственно; Общий балл страха боли $2,36 \pm 0,49$ и $1,89 \pm 0,52$, соответственно), менее выражены у пациентов без самоповреждений (КГС; Страх значительной боли $3,53 \pm 0,79$ и $3,25 \pm 0,77$, соответственно; Общий балл страха боли $2,42 \pm 0,57$ и $2,15 \pm 0,46$, соответственно (хотя сам показатель страха физической боли в этой группе максимален) и практически не наблюдаются у пациентов с самоповреждениями (ОКГ; Страх значительной боли $3,11 \pm 0,92$ и $3,04 \pm 0,9$; Общий балл страха боли $2,19 \pm 0,6$ и $2,15 \pm 0,58$, соответственно). Таким образом, гендерные различия в страхе значительной боли нивелируются в группе с самоповреждениями, а в группе без самоповреждений страх значительной боли, по всей видимости, может рассматриваться как протективный фактор в отношении НССП в кризисных ситуациях.

Избегание боли и общий балл избегания дискомфорта в отношении физической боли максимально выражен у пациентов группы КГС и минимально в контрольной группе, но при попарных *post hoc* сравнениях эти различия не доходят до принятого уровня значимости.

Роль аттенуированной психотической симптоматики в выраженности субъективных жалоб и отношении к физической и душевной боли в основной клинической группе и клинической группе сравнения

Основные эффекты фактора АПС выявлены в отношении жалоб на агрессию, употребление ПАВ, суицидальные мысли и в отношении признаваемой потребности в психологической помощи (Табл.2). Пациенты без АПС предъявляют более выраженные жалобы на агрессию ($2,25 \pm 1,03$ и $2,03 \pm 1,02$, соответственно), употребление ПАВ ($1,73 \pm 0,79$ и $1,47 \pm 0,62$, соответственно), суицидальные мысли ($2,73 \pm 1,08$ и $2,35 \pm 1,05$, соответ-

Таблица 1. Особенности субъективных жалоб и отношения к боли в основной клинической группе и клинической группе сравнения в зависимости от пола респондентов: результаты двухфакторного дисперсионного анализа (Группа × Пол)

Table 1. Features of subjective complaints and attitudes towards pain in the main clinical group and the clinical comparison group depending on the gender of respondents: results of two-way analysis of variance (Group × Sex)

Субъективные жалобы и отношение к боли	Основной эффект пола		Основной эффект группы		Эффект взаимодействия	
	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2
Жалобы — Агрессивное поведение	0,16	0,00	14,37**	0,08	1,32	0,01
Жалобы — Тревожные и навязчивые мысли	7,26*	0,02	22,64**	0,12	1,40	0,01
Жалобы — Употребление ПАВ	3,34	0,01	9,40**	0,05	0,44	0,00
Жалобы — Субъективная потребность в психологической помощи	5,15*	0,01	64,11**	0,27	0,73	0,00
Жалобы — Суицидальные мысли	0,60	0,00	31,02**	0,15	0,04	0,00
PCS — Руминации по поводу боли	6,31*	0,02	8,50**	0,05	0,60	0,00
PCS — Беспомощность перед болью	11,30**	0,03	8,62**	0,05	0,80	0,00
PCS — Тревога усиления боли	8,11**	0,02	5,30*	0,03	0,00	0,00
PCS — Общий балл катастрофизации боли	11,05**	0,03	9,72**	0,05	0,34	0,00
FPQ_SF — Страх малой боли	10,85**	0,03	2,30	0,01	2,19	0,01
FPQ_SF — Страх значительной боли	16,72**	0,05	3,23*	0,02	6,19**	0,03
FPQ_SF — Страх боли от инъекций	9,02**	0,03	1,56	0,01	0,45	0,00
FPQ_SF — Страх зубной боли	0,03	0,00	0,65	0,00	1,28	0,01
FPQ_SF — Общий балл страха боли	15,18**	0,04	2,02	0,01	4,01*	0,02
DIS — Интолерантность к боли	1,10	0,00	1,83	0,01	2,01	0,01
DIS — Избегание боли	2,50	0,01	3,13*	0,02	0,58	0,00
DIS — Общая шкала интолерантности к дискомфорту	2,67	0,01	3,29*	0,02	1,58	0,01
INQ — Восприятие себя обузой	5,95*	0,02	40,44**	0,19	1,46	0,01
INQ — Нарушенная принадлежность	0,57	0,00	21,90**	0,11	0,11	0,00
* — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$						

ственно) и в большей степени признают, что нуждаются в психологической помощи ($3,05 \pm 0,64$ и $2,80 \pm 0,78$, соответственно), по сравнению с пациентами с АПС.

Единственный выявленный эффект взаимодействия факторов касается страха значительной физической боли (Рис.2): у пациентов без АПС он выражен в равной мере, независимо от наличия или отсутствия НССП, тогда как страх значительной физической боли в группе ОКГ+АПС ниже, чем в группе КГС+АПС.

Обсуждение. Гендерные различия, выявленные в контрольной группе, являются характер-

ными для генеральной популяции. Вероятно, большее количество жалоб на психологическое неблагополучие, более выраженный страх боли, а также большее признание потребности в психологической помощи среди женской части выборки здоровых лиц связано с отсутствием социального порицания в выражении данного типа чувств, формирующего самозапрет на эти переживания у мужской популяции [15]. Важным представляется практически полное отсутствие значимых различий между мужчинами и женщинами в клинических группах. Можно предполагать, что влияние фактора наличия депрессивного расстройства на

Таблица 2. Особенности субъективных жалоб и отношения к боли в основной клинической группе и клинической группе сравнения в зависимости от наличия или отсутствия аттенуированной психотической симптоматики: результаты двухфакторного дисперсионного анализа (Группа × АПС)
Table 2. Features of subjective complaints and attitudes towards pain in the main clinical group and the clinical comparison group depending on the presence or absence attenuated psychotic symptoms: results of a two-way analysis of variance (Group × ASP)

Субъективные жалобы и отношение к боли	Основной эффект группы		Основной эффект АПС		Эффект взаимодействия группы и АПС	
	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2	F-критерий Фишера	Стат. эффект η^2
Жалобы — Агрессивное поведение	2,45	0,01	4,31*	0,02	3,03	0,01
Жалобы — Употребление ПАВ	0,06	0,00	5,44*	0,02	0,71	0,00
Жалобы — Субъективная потребность в психологической помощи	13,47**	0,06	4,25*	0,02	1,97	0,01
Жалобы — Суицидальные мысли	16,24**	0,07	7,32**	0,03	0,07	0,00
PCS — Беспомощность перед болью	6,12**	0,03	1,59	0,01	1,67	0,01
FPQ_SF — Страх значительной боли	3,37	0,02	0,49	0,00	5,42*	0,02
INQ — Восприятие себя обузой	10,86**	0,05	1,33	0,01	0,35	0,00

* — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$

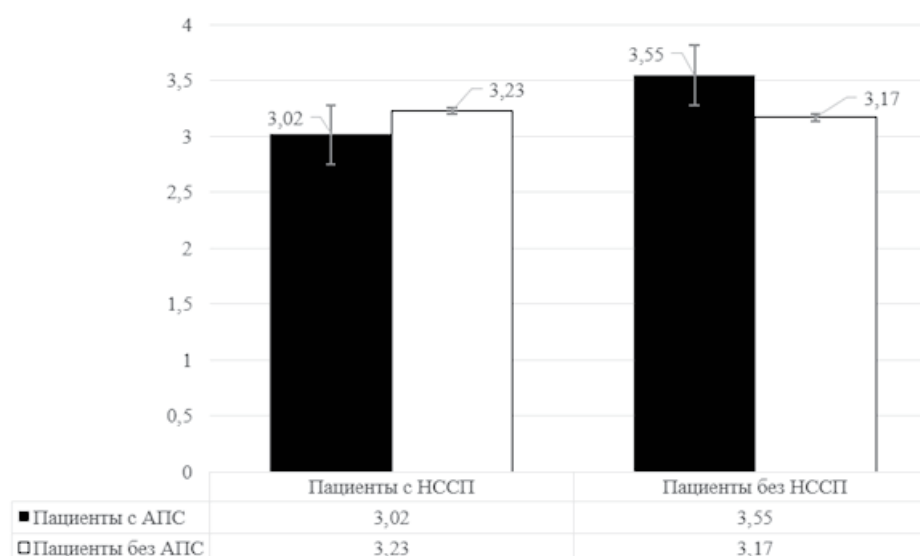


Рис. 2. Страх значительной боли у пациентов без АПС и с АПС в клинических группах
 Fig. 2. Fear of significant pain in patients with and without attenuated psychotic symptoms in clinical groups

Примечание:

Рисунок отображает средние значения в группах при взаимодействии факторов аттенуированной психотической симптоматики и несуицидальных самоповреждений, полученного с применением двухфакторного дисперсионного анализа ($F=5,42$; $\eta^2=0,02$; $p<0,05$).

Note:

The figure displays the mean values in the groups at the interaction of the factors of attenuated psychotic symptoms and non-suicidal self-harm, obtained using a two-way analysis of variance ($F=5.42$; $\eta^2=0.02$; $p<0.05$).

восприятие физической боли и психологического неблагополучия имеет большее значение, нежели фактор пола, нивелируя гендерные различия.

Альтернативное объяснение связано с возможным снижением стигматизации касательно выражения своих чувств у мужчин в случае наличия аффективного расстройства — депрессивное состояние «дает разрешение» мужчинам признавать и демонстрировать свое психологическое неблагополучие [23].

Во всех группах респондентов отмечалась ассоциированность жалоб на прием психоактивных веществ с более старшим возрастом испытуемых. Причиной этого могут выступать:

- Постепенный характер формирования аддикции — у респондентов более младшего возраста прием психоактивных веществ еще не приобрел системный характер, в связи с чем они не сталкивались с его последствиями и не выделяют это в качестве проблемы [24].
- Большая открытость и снижение стигматизации приема психоактивных веществ в старшем возрасте [16]. Респонденты младшего возраста настроены скрывать свой опыт приема психоактивных веществ, тогда как в более старшем возрасте сообщают об этом открыто.
- Рост критичности к приему психоактивных веществ — люди старшего возраста накапливают опыт и сталкиваются с последствиями приема психоактивных веществ как напрямую, так и опосредованно, в связи с чем могут воспринимать этот факт с большей критичностью. Вероятно, респонденты более старшего возраста сталкивались с проблемами из-за приема психоактивных веществ и его последствиями, в связи с чем больше склонны признавать их наличие, в то время как респонденты более младшего возраста еще не успели столкнуться с подобными проблемами и с большей вероятностью будут их отрицать.

Важным представляется выявленный нами факт отсутствия различий отношения к боли и психологическому неблагополучию в зависимости от этапа юношеского возраста. В научной литературе юношеский возраст описывается как кризисный, характеризующейся максимализмом, сензитивностью, сфокусированностью на своих переживаниях [4], однако информации о динамике данных черт внутри этого возрастного периода недостаточно. Можно предположить, что эти данные отображают единообразие в восприятии боли и психологического неблагополучия во всем возрастном диапазоне от 16 до 25 лет.

Пациенты без аттенуированной психотической симптоматики склонны предъявлять больше жалоб на тенденции к агрессивному поведению, употреблению психоактивных веществ, наличие суицидальных мыслей, в большей степени признают потребность в психологической помощи, нежели пациенты с аттенуированной психотиче-

ской симптоматикой. С одной стороны, это может объясняться характерными чертами больных с аттенуированной психотической симптоматикой, а именно: меньшей критичностью к себе и своему состоянию и параноидальными тенденциями, формирующими склонность скрывать специфику своего психического состояния.

С другой стороны, этот факт может быть связан с тем, что пациенты без аттенуированной психотической симптоматики в большей степени сфокусированы на социальной сфере, вследствие чего получают обратную связь о своем состоянии от окружающих людей. Пациенты без аттенуированной психотической симптоматики более осведомлены о специфике своего состояния и в большей степени нацелены на его изменение. Кроме того, допустимо предположить, что у пациентов с аттенуированной психотической симптоматикой имеются более выраженные переживания других модальностей, связанные с их психическим здоровьем, в связи с чем жалобы на агрессию, на проблемы из-за приема психоактивных веществ и суицидальные мысли становятся для них второстепенными.

Специфические показатели были обнаружены у пациентов с аттенуированной психотической симптоматикой и несуицидальными самоповреждениями. Данная группа продемонстрировала меньший страх значительной физической боли, нежели группа пациентов с аттенуированной психотической симптоматикой и без несуицидальных самоповреждений, в то время как у пациентов без аттенуированной психотической симптоматики подобных различий не наблюдалось, что может быть фактором, усиливающим вероятность несуицидальных самоповреждений.

Альтернативное объяснение может заключаться в том, что наличие несуицидальных самоповреждений именно у пациентов с аттенуированной психотической симптоматикой приводит к снижению у них страха перед сильной болью. В таком случае, пациенты с аттенуированной психотической симптоматикой могут изменять свое отношение к боли на более «лояльное» после опыта нанесения себе несуицидальных самоповреждений. Есть основания предполагать, что у пациентов с аттенуированной психотической симптоматикой формируется своеобразный «порочный круг» — факт наличия несуицидальных самоповреждений снижает страх значительной боли, в результате чего пациент наносит несуицидальные самоповреждения в еще большем количестве/с большей частотой/ инвазивнее по методу, что, в свою очередь, приводит к дальнейшему снижению страха значительной боли, после чего цикл повторяется. Происходит трансформация убеждения по типу «это страшно» или «это опасно» на «это полезно» или «это может помочь», в связи с чем данная стратегия принимается индивидом, и попытки к ее устранению не предпринимаются.

Можно также предположить, что страх боли выступает важным фактором протекции от несуицидальных самоповреждений только в том

случае, если связанные с эмоциональным неблагополучием предикторы иерархически менее значимы. Пациенты без аттенуированной психотической симптоматики более сфокусированы на своем психологическом неблагополучии, больше жалуются на него, в связи с чем страх боли для них играет недостаточно важную роль и не может противодействовать возникновению и закреплению несуицидальных самоповреждений.

Заключение

1. В контрольной группе девушки в большей степени, чем юноши, жалуются на агрессивное поведение, навязчивые мысли, руминации по поводу боли, беспомощность перед болью, страх малой и значительной боли и боли от инъекций, более интолерантны к боли и чаще признают потребность в психологической помощи. В клинических группах гендерные различия в отношении к физической боли и психологическом благополучии минимальны.

2. Отношение к физической боли, восприятие себя обузой и чувство нарушенной принадлежности практически не связаны с возрастом, однако, с его увеличением, во всех группах респонденты чаще сообщают о проблемах с приемом ПАВ.

3. Пациенты без АПС предъявляют более выраженные жалобы на склонность к агрессии, употребление ПАВ, наличие суицидальных мыслей и в большей степени признают, что нуждаются в психологической помощи, по сравнению с пациентами с АПС.

4. У пациентов с АПС страх значительной физической боли в ОКГ ниже, чем в КГС, чего не отмечается у пациентов без АПС.

Ограничения исследования

Исследование имеет ряд ограничений, связанных в первую очередь с его срезовым характером. Так, в исследовании не проводилось оценка изучаемых параметров до и после возникновения несуицидальных самоповреждений у пациентов. Кроме того, в исследовании не была проведена психометрическая оценка степени тяжести депрессивной симптоматики, в связи с чем оценка её влияния на изучаемые параметры не представляется возможной. Наконец, фактор возраста учитывался внутри одного периода (юношеский возраст), сравнение с отличными возрастными периодами могло бы существенно расширить полученные эмпирические данные.

Литература / References

1. Деменко Е.Г., Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Брюн Е.А., Аршинова В.В. Психологическая диагностика факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ: разработка методического комплекса. Часть 1. Структура шкал и психометрические характеристики. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2018;3:32–39.
Demenko EG, Rasskazova EI, Tkhostov AS, Brun EA, Arshinova BV. Psychological diagnostic of risk factors for involving adolescents in the use of narcotic substances: the development of a methodical complex. Part 1. Scale structure and psychometric characteristics. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2018;(3):32–39. (In Russ.).
<https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-3-32-39>
2. Петрова Н.Н. Самоповреждающее поведение в подростковом и юношеском возрасте. *Психиатрия*. 2025;23(4):103–116.
Petrova NN. Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence and Youth. *Psikhiatriya*. 2025;23(4):103–116. (In Russ.).
<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-4-103-116>
3. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Межличностная чувствительность и психологический дистресс как факторы самоповреждающего поведения. *Психологические исследования*. 2024;17(93):1.
Polskaya NA, Razvalyaeva AY. Interpersonal sensitivity and psychological distress as factors of self-harming behavior. *Psihologicheskie issledovaniya*. 2024;17(93):1. (In Russ.).
<https://doi.org/10.54359/ps.v17i93.1512>
4. Польская НА, Власова НВ. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте. *Консультативная психология и психотерапия*. 2015;23(4):176–190.
Polskaya NA, Vlasova NV. Self-destructive behavior in adolescence and young adulthood. *Konsultativnaya psihologiya i psihoterapiya*. 2015;23(4):176–190. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17759/cpp.2015230411>
5. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. Москва: Московский педагогический государственный университет, 2022.
Rean A.A., Kudashov A.R., Baranov A.A. *Psihologiya adaptatsii lichnosti. Analiz. Teoriya. Praktika*. Moskva: Moskovskij pedagogicheskij gosudarstvennyj universitet, 2022. (In Russ.).
6. Румянцев А.О., Омельченко М.А., Каледа В.Г. Аттенуированная психотическая симптоматика в структуре юношеской депрессии (клинико-психопатологические аспекты). *Российский психиатрический журнал*. 2018;(1):61–70.
Rumyantsev AO, Omelchenko MA, Kaleda VG. (2018). Attenuated psychotic symptoms in the structure of juvenile depression (clinical and psychopathological aspects). *Rossiyskij psikiatricheskij zhurnal*. 2018;(1):61–70. (In Russ.).

7. Скрыбин Е.Г., Зотов П.Б., Аксельров М.А., Трошина И.А., Рейхерт Л.И., и др. (2020). Преднамеренные самопорезы с суицидальной и не-суицидальной целью в клинической практике. *Суицидология*. 2020;11(3(40)):130-147. Skryabin EG, Zotov PB, Akselrov MA, Troshina IA, Reikherst LI, et al. Intentional self-cutting with suicidal and non-suicidal intent in clinical practice. *Suicidologiya*. 2020;11(3(40)):130-147. (In Russ.). [https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03\(40\)-130-147](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-130-147)
8. Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Mérette C, Roy MA. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull*. 2011;37(4):811-21. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp148>.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Asmundson GB. The Fear of Pain Questionnaire-Short Form (FPQ-SF): Factorial validity and psychometric properties. *Pain*. 2008;134:51-58.
11. Bruckbauer-Schwed M, Kaiser T, Keglevic M, Lai-reiter AR. Dynamic Complexity of Positive and Negative Affect in NSSI—A Daily Diary Study. *Clin Psychol Eur*. 2025;7(2):e14527. <https://doi.org/10.32872/cpe.14527>.
12. Dierickx S, Claes L, Buelens T, Smits D, Kiekens G. DSM-5 non-suicidal self-injury disorder in a community sample: comparing NSSI engagement, recency and severity among emerging adults. *Front Psychiatry*. 2023;14:1251514. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1251514>.
13. Farkas BF, Takacs ZK, Kollárovcis N, Balázs J. The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(10):3439-3458. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02264-y>.
14. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177:484-485.
15. Marcus SM, Kerber KB, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg A, Balasubramani GK, Trivedi MH. Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Comprehensive psychiatry*. 2008;49(3):238-246. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.06.012>
16. McCabe SE, Schulenberg JE, Schepis TS, McCabe VV, Veliz PT. Longitudinal Analysis of Substance Use Disorder Symptom Severity at Age 18 Years and Substance Use Disorder in Adulthood. *JAMA Netw Open*. 2022;5(4):e225324. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.5324>
17. Rasskazova E, Sadovnichaya V. Relationship to physical and psychological pain as factors of deviant behavior in Russian female adolescents. *European Psychiatry*. 2022;65(1):318.
18. Sadovnichaya V, Rasskazova E, Tkhostov A. Relationship to pain and suicidal-related experience: Validation of Discomfort Intolerance Scale u The Pain Catastrophizing Scale in Russian female adolescents. *European Psychiatry*. 2021;64(1):740.
19. Schmidt N, Richey J, Fitzpatrick K. Discomfort Intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2006;20:263-280.
20. Slabbert A, Hasking P, Notebaert L, Boyes M. The Role of Distress Tolerance in the Relationship Between Affect and NSSI. *Arch Suicide Res*. 2022;26(2):761-775. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1833797>.
21. Sullivan M, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*. 1995;7(4):524-532.
22. Townsend L, Musci R, Stuart E, Heley K, Beaudry MB, Schweizer B, Ruble A, Swartz K, Wilcox H. Gender Differences in Depression Literacy and Stigma After a Randomized Controlled Evaluation of a Universal Depression Education Program. *J Adolesc Health*. 2019;64(4):472-477. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.298>.
23. Van Orden K, Cukrowicz K, Witte T, Joiner T. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*. 2012;24(1):197-215.
24. Yamada S, Pepler D, Jiang D, Cappadocia MC, Craig W, Connolly J. (2015). Developmental Trajectories of Adolescent Substance Use. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*. 2015;25(1):33-48. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2014.884482>

Сведения об авторах

Олейчик Михаил Игоревич — младший научный сотрудник отдела медицинской психологии, младший научный сотрудник отдела междисциплинарных исследований, клинический психолог третьего клинического отделения ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (115522, г. Москва, ш. Каширское, д. 34); аспирант кафедры нейро- и патопсихологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» (119991, Москва, Ленинские горы, д. 1). E-mail: mr.oleychik@mail.ru

Шевченко Ольга Павловна — младший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: shevchenkolga@yandex.ru

Садовнича Вероника Сергеевна — аспирант кафедры нейро- и патопсихологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова». E-mail: veronika.sadovnichaya13@gmail.com;

Говоров Станислав Александрович — аспирант, клинический психолог третьего клинического отделения ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: stsgovorov@hotmail.com

Ольшанская Полина Алексеевна — студент кафедры нейро- и патопсихологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова». E-mail: olshanskayara@my.msu.ru;

Рассказова Елена Игоревна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», доцент кафедры нейро- и патопсихологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова». E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Поступила 10.12.2025

Received 10.12.2025

Принята в печать 09.04.2026

Accepted 09.04.2026

Дата публикации 30.06.2026

Date of publication 30.06.2026