

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Восприятие боли у пациентов, страдающих эндогенной депрессией, сопровождающейся несуицидальным аутоагрессивным поведением**Олейчик М.И.¹, Кузнецова С.О.^{1,2}, Строгова С.Е.¹**

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

² Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Москва, Российская Федерация

В статье представлены результаты эмпирического исследования, направленного на изучение восприятия боли у пациентов подросткового и юношеского возраста, которые страдают эндогенной депрессией, сопровождающейся несуицидальным аутоагрессивным поведением (НСАП). Актуальность проблемы обусловлена возрастающим интересом в психологической практике к профилактике самоповреждающего и суицидального поведения у различных категорий людей, включая и пациентов с депрессией, а также отсутствием релевантных исследований по проблеме взаимосвязи восприятия боли и выраженности несуицидального аутоагрессивного поведения с эндогенной депрессией. В качестве гипотез исследования принимались утверждения о том, что 1) у пациентов юношеского возраста, страдающих депрессией, выше страх перед болью и интолерантность к неприятным физическим ощущениям по сравнению с респондентами группы нормы, причем наиболее высокий показатель следует ожидать в группе пациентов с депрессией и склонностью к самоповреждению; 2) в группе пациентов с эндогенной депрессией и самоповреждающим поведением выше показатели по шкалам «Чувство бремени» и «Чувство нарушенной принадлежности» по сравнению с больными без склонности к самоповреждению. Выборку исследования составили 194 человека (137 девушек, 57 юношей) возрастом от 17 до 25 лет ($M = 20,19$, $SD = 3,37$). Были сформированы 3 группы испытуемых: 1) пациенты с эндогенной депрессией и несуицидальным аутоагрессивным поведением, 2) пациенты с эндогенной депрессией без самоповреждающего поведения, 3) контрольная группа. В исследовании использовались следующие методики: краткая форма опросника страха боли, шкала катастрофизации боли, опросник межличностных потребностей и шкала интолерантности к дискомфорту. В группе пациентов с депрессией и самоповреждающим поведением оказались статистически выше показатели по ряду шкал, таких как «Страх значительной боли», «Страх малой боли», «Общая шкала страха боли», «Общая катастрофизация боли», «Тревога усиления боли», «Чувство беспомощности», «Чувство бремени», «Избегание дискомфорта» и «Чувство нарушенной принадлежности», по сравнению с контрольной группой. Выявлено, что при схожем отношении к боли у респондентов обеих клинических групп эмоциональное отношение, связанное с этим явлением, различается, что проявляется в значениях шкалы «Чувство бремени».

Ключевые слова: боль, страх боли, несуицидальное самоповреждение, аутоагрессия, депрессия, восприятие боли, подростки, юноши

Введение

Актуальность проблемы обусловлена насущной необходимостью для медицинских психологов в активной профилактике самоповреждающего и суицидального поведения у пациентов подросткового и юношеского возраста, страдающих депрессией, а также отсутствием релевантных исследований, в которых рассматривается взаимосвязь восприятия боли и выраженности НСАП у представителей этой группы людей. Решение данной проблемы могло бы поспособствовать разработке программ психологической помощи для более комплексного подхода к лечению таких пациентов.

По данным ряда исследований, в последнее время самоповреждающее поведение встречается все чаще среди подростков и юношей [Jollant, 2005]. Также отмечается рост числа депрессий, которые сопровождаются аутоагрессией, что проявляется как в попытках суицида, так и в несмертельных формах самоповреждающего поведения. Актуальность исследования связана также с высокой распространенностью и значительной тяжестью негативных последствий несуйцидального аутоагрессивного поведения у пациентов юношеского возраста, страдающих эндогенной депрессией. В ряде работ сообщалось, что частота выявления несуйцидального аутоагрессивного поведения в период пандемии COVID-19 достигала 40,9% [Tang, 2021; Zetterqvist, 2021].

Восприятие боли – это сложный и многофакторный процесс, который включает в себя как физиологические, так и психологические аспекты. Особенности субъективного переживания боли зависят от множества факторов: биологических, генетических, гендерных, культурных, социальных и личностных. В последние годы интерес исследователей сосредоточен на решении вопроса о том, как психологические факторы влияют на восприятие и переживание болевых ощущений. Эта проблема представляется особенно актуальной в комплексном изучении НСАП, будучи взаимосвязанной как с аспектами собственно болевого синдрома, так и с аффективными расстройствами, в значительной степени влияющими на степень чувствительности к боли. Следует отметить, что описанную выше взаимосвязь процесса восприятия боли и аффективных нарушений можно назвать сложноорганизованной, так как оба этих феномена являются фактором риска друг для друга. Однако если факт снижения способности переносить боль и усиления интенсивности ее восприятия при тревожных расстройствах признан

во многих исследованиях, то данные о связи боли с депрессивными состояниями противоречивы: отмечается как снижение болевого порога, так и его повышение. Таким образом, неоднозначность имеющихся в настоящее время данных, которые касаются особенностей восприятия боли у пациентов, страдающих аффективными расстройствами, указывает на необходимость дальнейших исследований в этом направлении – их результаты будут способствовать эффективной клинической практике.

Теоретические основы восприятия боли у пациентов с депрессиями и несуйцидальным аутоагрессивным поведением

В настоящее время в научной литературе общепринята точка зрения, согласно которой боль – это не простая реакция на раздражитель, а более сложный феномен, состоящий также из социальных, культурных, когнитивных и психологических компонентов [Miller, 2022]. В рамках нормативных параметров болевые ощущения, а также предвосхищающий их страх служат механизмом защиты индивида от угрожающих ему воздействий внешней среды.

Как было сказано выше, восприятие боли – сложный и многофакторный процесс, который включает в себя как физиологические, так и психологические аспекты. С точки зрения физиологии восприятие боли осуществляется за счет активации ноцицепторов нервных волокон под воздействием стимула и передачи сигнала в центральную нервную систему через периферические нервы и спинной мозг, после чего из центральной нервной системы сигнал направляется в различные области мозга для обработки поступающей информации [Fenton, 2015]. В то же время в ряде исследований показано, что характер восприятия боли зависит от половой и этнической принадлежности индивида. Так, женщины в большей степени предрасположены к возникновению хронической боли и имеют большую чувствительность к экспериментальной боли, что может быть объяснено как биологическими, так и социокультурными факторами [Mogil, 2012; Krahé, 2013]. Представители различных культурных групп могут выражать наличие болезненных ощущений неодинаковыми способами. Если для одних характерно привлечение внимания к своему состоянию для получения помощи, например, путем крика или плача, то для других – стремление скрыть болезненные ощущения, изолироваться от

общества и самостоятельно пережить болезненное состояние [Narayan, 2010].

Важно также отметить факт воздействия социального фактора на восприятие боли, однако оно неоднозначно. Так, по данным ряда исследований, вызванное болью психомоторное возбуждение становится менее выраженным в присутствии другого человека, при этом субъективное восприятие боли не изменяется. В то же время мимические реакции, сопровождающие болевые ощущения, становятся более выразительными в случае присутствия близких. Кроме того, установлено, что вербальное или тактильное взаимодействие с романтическим партнером может оказывать обезболивающий эффект [Che, 2018]. Имеются также данные о том, что фактор общего психологического неблагополучия – один из основополагающих в формировании хронического болевого синдрома [Tanner, 2021].

Таким образом, можно сделать вывод, что генетические, биологические, социокультурные и психологические факторы способны вносить определенный вклад в особенности восприятия болезненных ощущений индивидом. Этот факт позволяет говорить о биопсихосоциальной модели этиопатогенеза боли [Fillingim, 2017].

Одной из ключевых концепций, касающихся особенностей восприятия болезненных ощущений, считается теория множественной модальности боли [Melzack, 1965]. Она была разработана в процессе сопоставления более ранних взаимоисключающих концепций: теории специфичности и теории паттерна боли. Центральная идея, лежащая в основе теории множественной модальности боли, заключается в том, что ее восприятие обусловлено не только непосредственным влиянием нервной системы на рецепторы, но и значительным вкладом эмоциональных и когнитивных компонентов, то есть суммарным воздействием взаимосвязанных нейробиологических и психологических механизмов.

Интерес представляет связь особенностей восприятия боли и аффективных расстройств, их взаимодействие можно назвать сложноорганизованным, так как оба феномена служат фактором риска друг для друга. Эмоциональная сфера играет важную роль в восприятии боли как у пациентов с аффективными расстройствами, так и у здоровых людей. Установлено, что высокий уровень генерализованной тревоги, сниженный фон настроения, хронический стресс увеличивают интенсивность восприятия болевых ощущений [Franqueiro, 2023;

Gerdle, 2023]. Также есть данные, согласно которым для пациентов, страдающих депрессивными состояниями, характерен более высокий болевой порог, нежели для контрольной группы здоровых людей [Dickens, 2003]. Катастрофизация боли, особенно руминация усиления боли, может приводить как к усилению чувствительности к болезненным ощущениям, так и к увеличенному риску инвалидности [Sullivan, 1998]. При этом ухудшение возможности регуляции настроения при острой боли также достаточно подтверждено [Michaelides, 2019].

Особенности восприятия боли при различных формах психической патологии исследовались неравномерно. Так, при тревожных нарушениях и шизотипическом расстройстве картина взаимосвязи исследована значительно лучше и представляется вполне однозначной. При депрессивных же расстройствах результаты исследований остаются противоречивыми, отмечается как снижение болевого порога, так и его повышение.

Было показано, что пациенты с расстройствами шизофренического спектра имеют искаженную реакцию на болевые стимулы: повышенную чувствительность к острой боли и сниженную чувствительность к продолжительной боли [Lévesque, 2012]. Этот факт может быть объяснен тем, что пациенты, страдающие шизофренией, часто имеют нарушения в области восприятия, а также эмоциональной и когнитивных сфер, в результате чего их физические ощущения также подвержены искажениям. Эта теория подтверждается результатами исследований, посвященных роли нейропептидов в восприятии боли у больных шизофренией. Так, концентрация β -эндорфина у группы пациентов была на 20% выше, чем в контрольной (однако этого факта недостаточно для обоснования соответствующего обезболивающего эффекта). Авторы приходят к выводу, что снижение чувствительности к боли при заболеваниях шизофренического спектра, вероятно, не связано с изменениями в ноцицептивных путях и может быть объяснено затруднениями в выражении боли, сопряженными с негативными симптомами и когнитивными нарушениями [Urban-Kowalczyk, 2023].

Согласно современным исследованиям пациентов с депрессивным расстройством, данные об особенностях восприятия ими болевых ощущений достаточно противоречивы. Так, в исследовании, в котором участвовали больные с тяжелым депрессивным расстройством, было показано, что они менее восприимчивы к болевым ощуще-

ниям по сравнению со здоровыми испытуемыми [Scaini, 2025]. По результатам же другого исследования, в котором приняло участие 158 пациентов с юношеской депрессией, лица, страдающие депрессией, способны лучше переносить боль, чем испытуемые из контрольной группой [Shen, 2024].

В контексте аффективных расстройств также был исследован феномен модуляции боли. Было показано, что у пациентов с депрессией нарушается нормальная способность организма регулировать болевые ощущения: депрессивные состояния могут снижать эффективность эндогенной анальгезии, что приводит к усиленному восприятию боли [Campbell, 2003]. В то же время данные нейрофизиологических исследований свидетельствуют о том, что аффективные расстройства могут изменять активность определенных областей мозга, связанных с восприятием боли. В частности, магнитно-резонансная томография выявила, что у пациентов, страдающих депрессией, наблюдается повышенная активность в миндалевидном теле и передней поясной коре – областях, отвечающих за обработку эмоций и боли [Tesić, 2023]. Эти изменения могут объяснить тот факт, что у людей с аффективными расстройствами болевой сигнал воспринимается более остро и сопровождается эмоциональной дисрегуляцией. Кроме того, в современных исследованиях были представлены данные, свидетельствующие о положительной связи большого страха физической боли с более выраженным уровнем депрессии [Rogers, 2022].

Разделение болевых ощущений на физические и психические представляется крайне необходимым для полноценного понимания влияния феномена боли на течение аффективных расстройств, особенно в контексте их сочетания с несуйцидальным самоповреждающим поведением. Концепция суйцидального поведения, предложенная Э. Шнейдманом, основывается на этом делении и рассматривает СП как способ ухода от психической боли [Шнейдман, 2001]. Данный мотив часто прослеживается и в картине НСАП. Так, выражение душевной боли через физическую – один из основных мотивов аутоагрессии, выделяемых пациентами. Феномен самоповреждения приравнивается исследователями к деструктивному аутоагрессивному поведению, которое выражается в прямой или косвенной форме и приводит к различной степени тяжести телесным повреждениям, способным, в свою очередь, привести к непреднамеренному суйциду (тяжелая форма са-

моповреждения). Умышленное причинение себе вреда может быть обнаружено у людей с различными психическими расстройствами, включая злоупотребление психоактивными веществами, расстройства пищевого поведения, посттравматические заболевания, стрессовое расстройство, тяжелую депрессию, тревожные расстройства и шизофрению, а также личностные расстройства (особенно пограничное расстройство личности). В ряде работ показано, что опыт переживания неприятных и болезненных физических ощущений, таких как самоповреждения, может способствовать возрастанию страха перед болью [Romualdo, 2024].

Сочетание таких факторов, как социальная принадлежность, значимость в обществе и чувствительность к физической боли, это важная составная часть интерперсональной модели суйцидального поведения Джойнера, также называемой в русскоязычной литературе межличностной теорией суйцидов. Согласно этой модели, отношение к себе как к бремени для других людей и отсутствие/нарушение чувства принадлежности формируют суйцидальные тенденции, а приобретенная сниженная чувствительность к болевым ощущениям и к страху боли обеспечивает способность совершения суйцидальной попытки [Joiner, 2005]. В этом контексте несуйцидальное самоповреждающее поведение является фактором, ведущим к нарушению межличностных связей у пациентов юношеского возраста, страдающих депрессией, в связи с чем можно предположить, что они испытывают более выраженное чувство нарушенной принадлежности к социуму и в большей степени склоны воспринимать себя как бремя для окружающих, нежели пациенты без самоповреждающего поведения.

Таким образом, в последние десятилетия исследования все больше фокусируются на вопросе о том, как психологические факторы влияют на восприятие и переживание боли. Эта проблема становится особенно актуальной в контексте несуйцидальных самоповреждений, тесно связанных как с хроническим болевым синдромом, так и с аффективными расстройствами, влияющими на особенности восприятия. Характер восприятия боли у людей с аффективными расстройствами и противоречивость имеющейся на данный момент информации указывают на необходимость уделить больше внимания психологическим особенностям этой группы пациентов.

Процедура и методы исследования

Выборка

В исследовании приняли участие 194 человека (137 девушек, 57 юношей), возраст – от 17 до 25 лет ($M = 20,19$, $SD = 3,37$), образование – высшее или неоконченное высшее, социальный статус – средний. Все испытуемые были разделены на 3 группы: 1) клиническая группа 1 (пациенты с эндогенной депрессией и несуицидальным аутоагрессивным поведением) – 69 человек (49 девушек, 20 юношей), 2) клиническая группа 2 (пациенты с эндогенной депрессией без самоповреждающего поведения) – 60 человек (41 девушка, 19 юношей), 3) контрольная группа – 65 человек (47 девушек, 18 юношей). Группы были уравнены по возрасту, полу и образованию. Испытуемые из клинических групп находились на стационарном лечении в Научном центре психического здоровья, все были обследованы врачами ФГБНУ НЦПЗ, которые выставляли диагноз согласно критериям МКБ-10. Длительность заболевания варьировалась от 8 месяцев до 5 лет. Условиями включения испытуемых в клиническую группу были отсутствие бреда и галлюцинаций, выраженных когнитивных нарушений, заболеваний ЦНС. Клинические группы были одинаковы по диагнозу, медикаментозному лечению, длительности течения заболевания (M гр. с НСАП = 18, 2 мес., M гр. без НСАП = 18,8 мес.). Испытуемые контрольной группы отрицали наличие у себя подтвержденных психических и неврологических расстройств, а также каких-либо других хронических заболеваний.

Методики исследования

При выборе комплекса методик, примененных в этом исследовании, учитывалась их надежность и валидность, возможность сбора количественных и качественных характеристик отношения к боли, а также соответствие уровня сложности и времени, необходимого для использования этих методик, возможностям испытуемых.

В исследовании были использованы следующие методики:

1) Краткая форма опросника страха боли (*Fear of Pain Questionnaire Short Form, FPQ_SF*) [Садовнича, 2023], состоящая из 20 пунктов и измеряющая страх боли. Опросник имеет четырехфакторную структуру, в которой каждая субшкала описывает определенный тип боли: малую боль, значительную боль, боль от инъекций и зубную боль. Ответы даются по пятибалльной шкале от 1 (совсем

нет) до 5 (экстремально). В результате получают данные о степени выраженности страха (от его отсутствия до экстремальной формы) по каждому типу боли.

2) Шкала катастрофизации боли (*The Pain Catastrophizing Scale, PCS*) [Там же], измеряющая тенденцию преувеличения опасности или серьезности боли. Состоит из 13 пунктов, имеет четыре категории ответов (0 = совсем нет, 4 = постоянно). Шкала оценивает три фактора: руминацию (постоянная сосредоточенность внимания на мыслях, связанных с болью), тревогу усиления боли (преувеличение болевых ощущений) и беспомощность (невозможность управлять болевыми ощущениями).

3) Опросник межличностных потребностей (*Interpersonal Needs Questionnaire, INQ*), который направлен на диагностику внутренних психологических механизмов суицидального поведения, выступающих предикторами суицидальной активности в ближайшем будущем. В теории суицидального поведения Т. Джойнера восприятие себя обузой и чувство брошенности рассматриваются как ведущие факторы суицидальности. Оригинальный опросник содержит 15 пунктов и третий фактор «Ощущение отчуждения», который был исключен в процессе адаптации как недостаточно надежный [Меньшикова, 2016]. В этом опроснике выделяется два фактора: чувство бремени и чувство нарушенной принадлежности.

4) Шкала интолерантности к дискомфорту (*Discomfort Intolerance Scale, DIS*). Измеряет, насколько люди, исходя из собственного самоощущения, могут переносить физический дискомфорт, и включает два фактора: избегание дискомфорта и интолерантность к боли/дискомфарту.

5) Шкала субъективной оценки выраженности не-суицидального самоповреждающего поведения в разные периоды жизни. Этот опросник заполнял лечащий врач, который производил экспертную оценку, исходя из классификации степени тяжести, где 0 – нет самоповреждений в течение последних 3 лет; 1 – малая степень физического вреда (царапины, чрезмерная модификация тела, расчесывания, есть социальная приемлемость); 2 – средняя степень физического вреда (поверхностные порезы, удары по поверхностям и т.д., состояние спокойное или возбужденное, остаются шрамы, медицинское вмешательство не требуется (самостоятельная обработка)), 3 – выраженная степень физического вреда (шрамирование, ожоги, глубокие порезы и др., требуется медицинское

вмешательство, но нет прямой угрозы жизни, самоповреждение чаще происходит в состоянии психологического кризиса); 4 – тяжелый физический вред (ампутация, самокастрация, парасуициды, вероятен летальный исход без медицинского вмешательства, самоповреждение может совершаться в психотическом состоянии, нет социальной приемлемости).

Процедура исследования

Гипотезы нашего исследования: 1) у пациентов юношеского возраста, страдающих депрессией, выше страх перед болью и интолерантность к неприятным физическим ощущениям по сравнению с респондентами группы нормы, причем наиболее высокий показатель следует ожидать в группе пациентов с депрессией и самоповреждением; 2) в группе больных с эндогенной депрессией и склонностью к самоповреждению выше показатели по шкалам «Чувство бремени» и «Чувство нарушенной принадлежности» по сравнению с больными без самоповреждающего поведения.

Процедура сбора данных проводилась в двух форматах: очно с пациентами, которые находились на стационарном лечении в отделении аффективной патологии ФГБНУ НЦПЗ, и онлайн для контрольной группы здоровых испытуемых с помощью инструмента *Google Формы*. Испытуемым необходимо было сообщить краткую информацию о себе, а именно свой пол, возраст, уровень образования, далее заполнить опросники страха боли, катастрофизации боли, интолерантности к дискомфорту, субъективной оценки выраженности несуицидального самоповреждающего поведения в разные периоды жизни и опросник межличностных потребностей. Испытуемые были предупреждены об анонимности данного исследования. Клинические группы предварительно обследовались врачами отделения, после чего заполняли опросники совместно с медицинским психологом. Заполнение опросников занимало около 30 минут.

Сначала заполнялась краткая форма опросника страха боли. Испытуемым давалась следующая инструкция: «Пункты ниже описывают болезненный опыт. Пожалуйста, изучите их и подумайте о том, насколько страшно для Вас испытать боль, описанную в каждом из них. Если Вы никогда не испытывали боль, упомянутую в каком-то из пунктов, пожалуйста, ответьте исходя из того, насколько, как вам кажется, это был бы пугающий опыт, если бы вам пришлось это пережить. Отметьте степень своего страха перед болью по каждому пункту».

Далее шла шкала катастрофизации боли с соответствующей инструкцией: «Каждый человек когда-либо в жизни испытывает боль. Это может быть головная боль, зубная боль, боль в суставах или мышцах. Люди часто сталкиваются с ситуациями, которые могут вызвать боль, такими как болезнь, травма, стоматологическое лечение или послеоперационное восстановление. Нам важно узнать, какие мысли и чувства переживаете Вы, когда испытываете боль. Ниже представлены 13 утверждений, описывающих разные чувства и мысли, которые могут возникать при боли. Пожалуйста, отметьте, в какой степени каждое из них соответствует ситуации, когда Вы испытываете боль».

Третьим заполнялся опросник межличностных потребностей. Испытуемым давалась следующая инструкция: «Отвечая на вопросы ниже, подумайте, пожалуйста, о себе и окружающих людях. Отмечайте на каждый вопрос тот ответ, который соответствует именно вашим текущим убеждениям и опыту, а не тот, который, как Вам кажется, правилен в целом, или тот, который может быть верным для других людей. Отвечайте исходя из того, как Вы чувствуете себя в последнее время. Выберите число на шкале, которое наиболее верно подходит тому, как вы чувствуете. Здесь нет правильных и неправильных ответов, нас интересует то, что Вы думаете и чувствуете».

И последней была шкала интолерантности к дискомфорту с соответствующей инструкцией: «Ниже предложены утверждения о том, как некоторые люди чувствуют и ведут себя. Для каждого утверждения выберите цифру, которая наилучшим образом отобразит степень того, насколько оно относится к вам».

Обработка результатов проводилась методом подсчета различий с помощью критерия Манна – Уитни в статистическом пакете SPSS между шкалами опросников страха боли, катастрофизации боли, интолерантности к дискомфорту и межличностных потребностей в трех группах испытуемых с учетом поправки на множественные сравнения Бонферрони.

Результаты

В таблицах 1–3 представлены результаты по шкалам опросника страха боли для клинических и контрольной групп.

Как видно из таблицы 1, для всех групп страх значительной боли имеет показатели выше среднего.

Как видно из таблицы 2, значимых различий между группами пациентов с депрессией и самоповреждающим поведением и без него не было выявлено ни по одной из шкал опросника страха боли.

Согласно данным таблицы 3, значимые различия между группой пациентов с депрессией с НСАП и здоровыми испытуемыми были получены по шкале страха малой боли и общей шкале страха боли. Значимые различия между группой пациентов с депрессией без НСАП и здоровыми испытуемыми были выявлены по шкале страха значительной боли и общей шкале страха боли.

Результаты, полученные по шкалам катастрофизации боли и интолерантности к дискомфорту, а также опроснику межличностных потребностей, представлены в таблицах 4–6.

Как видно из таблицы 5, значимые различия между клиническими группами наблюдаются только по шкале «Чувство бремени». Средние показатели по ней в группе пациентов с депрессией и самоповреждающим поведением выше, чем у пациентов без склонности к самоповреждению (см. таблицу 4).

Согласно результатам, представленным в таблице 6, статистически значимые различия отмечаются по всем исследуемым показателям при сравнении группы с депрессией и склонностью к само-

повреждению и контрольной группы. При этом в группе пациентов с депрессией и НСАП средние значения по шкалам катастрофизации боли, интолерантности к дискомфорту и межличностных потребностей выше, чем в контрольной группе (см. таблицу 5). При сравнении контрольной группы с группой с депрессией без НСАП статистически значимые различия выявлены по шкалам общей катастрофизации боли, чувства беспомощности, чувства бремени, избегания дискомфорта и чувства нарушенной принадлежности, по остальным шкалам значимых различий не выявлено. Согласно поправке на множественные сравнения Бонферрони, различия по шкале «Тревога усиления боли» между контрольной группой и группой пациентов с депрессией без склонности к самоповреждению положительно ложные.

Обсуждение

Как видно из результатов, полученных в нашем исследовании, значимые различия между обеими клиническими группами пациентов, страдающих депрессией, и здоровыми испытуемыми были выявлены по шкалам «Страх значительной боли», «Страх малой боли», «Общая шкала страха боли», «Общая катастрофизация боли», «Чувство беспомощности», «Чувство бремени», «Из-

Таблица 1

Описательная статистика шкал опросника страха боли для исследуемых групп

Шкалы опросника страха боли	Группа с депрессией и НСАП		Группа с депрессией без НСАП		Группа здоровых испытуемых	
	Среднее	sd	Среднее	sd	Среднее	sd
Общая шкала страха боли	46,07	11,09	46,07	11,19	41,35	10,84
Страх малой боли	13,49	4,65	13,16	4,97	11,45	3,72
Страх значительной боли	19,93	5,19	20,89	4,43	18,11	5,15
Страх боли от инъекций	4,75	2,45	4,57	2,09	4,31	2,59
Страх зубной боли	7,89	3,03	7,45	3,09	7,49	2,88

Таблица 2

Сравнение показателей страха боли для клинических групп (с самоповреждающим поведением и без него) (критерий Манна – Уитни)

Шкалы страха боли	U	p
Общая шкала страха боли	1490	0,8736
Страх малой боли	1415	0,5462
Страх значительной боли	1361	0,3568
Страх боли от инъекций	1468	0,7684
Страх зубной боли	1368	0,3771

Таблица 3

Сравнение показателей страха боли клинических групп с контрольной группой (критерий Манна – Уитни)

Шкалы страха боли	Клиническая группа с НСАП и контрольная группа		Клиническая группа без НСАП и контрольная группа	
	U	p	U	p
Общая шкала страха боли	1689	0,0138	1070	0,0266
Страх малой боли	1611	0,0049	1131	0,0648
Страх значительной боли	1819	0,0597	971	0,0046
Страх боли от инъекций	1867	0,0951	1243	0,2481
Страх зубной боли	2043	0,3757	1417	0,9385

Таблица 4

Описательная статистика шкал катастрофизации боли, интолерантности к дискомфорту и межличностных потребностей для исследуемых групп

Шкалы опросников	Группа с депрессией и НСАП		Группа с депрессией без НСАП		Группа здоровых испытуемых	
	Среднее	sd	Среднее	sd	Среднее	sd
Общая шкала катастрофизации боли	26,03	14,11	23,16	12,12	16,88	10,95
Руминация	8,93	5,33	7,5	4,27	5,89	4,14
Тревога усиления боли	5,65	3,66	5,32	2,84	4,09	3,01
Беспомощность	11,45	6,51	10,34	5,91	6,89	4,94
Чувство бремени	19,96	10,11	12,84	6,39	8,17	4,33
Чувство нарушенной принадлежности	31,43	12,02	28,86	10,71	22,88	9,20
Избегание дискомфорта	9,81	3,44	9,93	3,42	8,17	3,44
Интолерантность к боли	5,68	2,88	4,84	3,01	4,23	2,36

Таблица 5

Сравнение показателей катастрофизации боли, интолерантности к дискомфорту и межличностных потребностей для клинических групп (с самоповреждающим поведением и без него) (критерий Манна – Уитни)

Шкалы опросников	U	p
Общая шкала катастрофизации боли	1351	0,3269
Руминация	1284	0,1692
Тревога усиления боли	1460	0,7349
Беспомощность	1387	0,4404
Чувство бремени	886	0,0002
Чувство нарушенной принадлежности	1377	0,4064
Избегание дискомфорта	1445	0,6673
Интолерантность к боли	1226	0,0855

**Таблица 6**

Сравнение показателей катастрофизации боли, интолерантности к дискомфорту и межличностных потребностей клинических групп с контрольной группой (критерий Манна – Уитни)

Шкалы опросников	Клиническая группа с НСАП и контрольная группа		Клиническая группа без НСАП и контрольная группа	
	U	p	U	p
Общая шкала катастрофизации боли	1384	0,0001	1018	0,0101
Руминация	1492	0,0008	1131	0,0648
Тревога усиления боли	1693	0,0144	1064	0,0238
Беспомощность	1314	0,00003	943	0,0027
Чувство бремени	540	0,00001	728	0,00001
Чувство нарушенной принадлежности	1319	0,00004	958	0,0036
Избегание дискомфорта	1628	0,0062	997	0,0076
Интолерантность к боли	1544	0,0019	1298	0,4167

бегание дискомфорта» и «Чувство нарушенной принадлежности». Статистически значимые различия между двумя клиническими группами наблюдаются только по шкале «Чувство бремени». Средние показатели по ней в группе пациентов с депрессией и НСАП выше, чем у пациентов без самоповреждающего поведения. Таким образом, первая гипотеза нашего исследования подтвердилась полностью, а вторая – только частично.

Полученные данные подтверждают результаты исследований, согласно которым при аффективных расстройствах возрастает интенсивность восприятия болевых ощущений [Franqueiro, 2023; Gerdle, 2023; Dickens, 2003; Campbell, 2003]. Аффективные расстройства могут не только усиливать болевые ощущения, но и изменять ответы организма на боль, влияя на качество жизни пациентов.

Отсутствие значимых различий по шкалам, отражающим отношение к боли у клинических групп, может быть связано с несколькими ключевыми факторами. Во-первых, отношение к боли – это сложное и многогранное явление, которое может интерпретироваться через призму различных психологических и социальных факторов. Во-вторых, отсутствие различий может указывать на то, что механизмы восприятия боли не уникальны для каждой из клинических групп. Вероятно, пациенты с депрессивными состояниями могут испытывать схожие реакции на боль вне зависимости от наличия или отсутствия самоповреждений.

Восприятие себя бременем для других – это сложное по структуре переживание, которое включает

в себя чувство вины, ощущение несостоятельности, малоценности и общего ментального неблагополучия. Самообвинение, чувство стыда и подавленности, испытываемые пациентами с не-суицидальным самоповреждающим поведением, могут приводить к нарастанию ощущения себя бременем для близких. Кроме того, это чувство может быть следствием субъективной оценки своей личности в контексте осуществляемых самоповреждений. Несуицидальное самоповреждающее поведение может восприниматься как фактор наступающей инвалидизации и выступать в роли доказательства собственной несостоятельности. Возможно, пациенты без НСАП могут не иметь таких переживаний, связанных с самовосприятием. Стоит отметить, что мотивы наказания и регуляции аффекта – ведущие в исследованной клинической группе респондентов с не-суицидальным самоповреждающим поведением, что, по-видимому, находит отражение в значимых различиях по показателю «Чувства бремени». В рамках интерперсональной модели суицидального поведения не-суицидальное самоповреждающее поведение можно рассматривать как фактор, который приводит к нарушению интерперсональных связей у пациентов, страдающих депрессией, в результате чего они испытывают чувство нарушенной принадлежности к социуму в большей степени. Отношение к себе как к бременю для других и отсутствие или нарушение чувства принадлежности формируют суицидальные наклонности, а приобретенная сниженная чувствительность к болевым ощущениям и страху боли обеспечивает способ-

ность совершать суицидальные попытки, что согласуется с данными ряда исследователей [Joiner, 2005].

Выводы

1. Выявлены статистически значимые различия между клиническими группами пациентов с депрессией и здоровыми испытуемыми по ряду шкал, а именно «Страх значительной боли», «Страх малой боли», «Общая шкала страха боли», «Общая катастрофизация боли», «Чувство беспомощности», «Чувство бремени», «Избегание дискомфорта» и «Чувство нарушенной принадлежности».
2. Статистически значимые различия между клинической группой испытуемых с депрессией и НСАП и клинической группой испытуемых с депрессией без НСАП отмечаются только по шкале «Чувство бремени». Средние показатели по шкале «Чувство бремени» в группе пациентов с депрессией и с самоповреждающим поведением выше, чем у пациентов без склонности к самоповреждению.
3. Пациенты с депрессией могут схоже реагировать на боль вне зависимости от наличия или отсутствия самоповреждающего поведения, что подтверждается отсутствием статистически значимых различий по шкалам, отображающим отношение к боли в клинических группах.

Ограничения исследования

Следует отметить, что проведенное исследование не лишено ограничений. Первое из них – невозможность оценки причинно-следственной связи между исследуемыми феноменами, например между показателями по шкале «Чувство бремени» и выраженностью несуицидального аутоагрессивного поведения. В связи с этим ответ на вопрос о том, является ли восприятие себя бременем для других людей predisпозицией к НСАП или же его следствием, может быть целью будущих исследований.

Второе ограничение проведенного исследования заключается в том, что все показатели были представлены самими респондентами, а за неимением в составе методики шкалы, фиксирующей социальную желательность, полученные ответы могли быть положительно предвзятыми, поскольку они затрагивали аспекты дезадаптивного поведения.

Третье ограничение исследования – накопительный эффект усталости в клинических группах. Его стоит учитывать, поскольку испытуемые отвечали сразу на несколько диагностических опросников. Так как для клинической картины депрессии характерны астения и повышенная утомляемость, нагрузка могла привести к переутомлению и искажению ответов ближе к финальной части опроса. Кроме того, в рамках проведенного исследования группа пациентов с несуицидальным аутоагрессивным поведением не разделялась исходя из вариантов самоповреждения, его внутренних мотивов и особенностей клинической картины. Группа испытуемых с депрессией и самоповреждающим поведением неоднородна, что также может влиять на восприятие боли у пациентов и должно быть учтено в последующих исследованиях.

Заключение

Это исследование было направлено на изучение психологических аспектов восприятия боли, таких как страх боли, катастрофизация боли, интолерантность к неприятным физическим ощущениям, у пациентов подросткового и юношеского возраста, страдающих эндогенной депрессией с несуицидальным аутоагрессивным поведением. Бесспорно, восприятие боли – это многофакторный процесс, который включает в себя как физиологические, так и психологические аспекты, и настоящее исследование вносит лишь ограниченный вклад в понимание проблемы особенностей восприятия боли у пациентов, страдающих депрессией. Результаты нашей работы подтвердили гипотезу о том, что у пациентов юношеского возраста, страдающих депрессией, выше страх перед болью и в большей степени выражена интолерантность к неприятным физическим ощущениям по сравнению со здоровыми респондентами. Гипотеза о том, что в группе больных с эндогенной депрессией, сопровождающейся НСАП, показатели по шкалам «Чувство бремени» и «Чувство нарушенной принадлежности» выше по сравнению с группой пациентов с депрессией без несуицидального аутоагрессивного поведения подтвердилась частично.

Полученные данные позволяют достичь большего понимания тех процессов, которые лежат в основе несуицидального самоповреждающего поведения, а также глубже изучить взаимосвязь между особенностями восприятия болевых ощущений и аффективными расстройствами. Необходимы и дальше проводить исследования по этой теме,

чтобы более полно понять механизмы, лежащие в основе этой взаимосвязи. А это, в свою очередь, может привести к разработке более эффективных психотерапевтических стратегий для лечения заболеваний у людей с аффективными расстройствами, сопровождающимися НСАП.

Понимание механизмов, связывающих депрессию, восприятие боли и аутоагрессию, может позволить не только повысить точность диагностики, но и помочь в разработке более эффективных психокоррекционных и комплексных реабилитационных программ, направленных на восстановление и поддержание межличностных связей, особенно важных для пациентов с несуицидальным самоповреждающим поведением. Данные программы должны не только быть нацелены на помощь пациентам в совладании с их эмоциональным неблагополучием, но и стать фактором профилактики эпизодов несуицидального самоповреждающего поведения. Специалисты в области психического здоровья смогут более эффективно взаимодействовать с пациентами и предлагать им варианты лечения, которые учитывают их уникальные переживания и эмоциональные особенности.

Литература

- Меньшикова А.А., Герсамя А.Г., Канаева Л.С., Акжигитов Р.Г. Теория суицидального поведения Т. Джойнера: адаптация Опросника межличностных потребностей (INQ). Российский психиатрический журнал, 2016, No. 2, 51–60. doi:10.24411/1560-957X-2016-1%25x
- Садовничая В.С., Рассказова Е.И. Апробация методик отношения к физической боли у подростков и молодежи: психометрические характеристики, возможности и ограничения. Национальный психологический журнал, 2023, No. 2, 29–45. doi:10.11621/npj.2023.0203
- Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Я. Кротов, Пер. с англ. М.: Смысл, 2001. (Первое издание на английском языке опубликовано в 1993 г.)
- Campbell L.C., Clauw D.J., Keefe F.J. Persistent pain and depression: A biopsychosocial perspective. *Biological Psychiatry*, 2003, 54(3), 399–409. doi:10.1016/s0006-3223(03)00545-6
- Che X., Cash R., Chung S., Fitzgerald P.B., Fitzgibbon B.M. Investigating the influence of social support on experimental pain and related physiological arousal: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2018, 92, 437–452. doi:10.1016/j.neubiorev.2018.05.024
- Dickens C., McGowan L., Dale S. Impact of depression on experimental pain perception: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 2003, 65(3), 369–375. doi:10.1097/01.PSY.0000041622.69462.06
- Fenton B.W., Shih E., Zolton J. The neurobiology of pain perception in normal and persistent pain. *Pain Management*, 2015, 5(4), 297–317. doi:10.2217/pmt.15.27
- Fillingim R.B. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*, 2017, 158, S11–S18. doi:10.1097/j.pain.0000000000000775
- Franqueiro A.R., Yoon J., Crago M.A., Curiel M., Wilson J.M. The Interconnection Between Social Support and Emotional Distress Among Individuals with Chronic Pain: A Narrative Review. *Psychol Res Behav Manag*, 2023, 16, 4389–4399. doi:10.2147/PRBM.S410606
- Gerdle B., Dragioti E., Rivano Fischer M., Ringqvist Å. Pain intensity and psychological distress show different associations with interference and lack of life control: A clinical registry-based cohort study of more than 40,000 chronic pain patients from SQR. *Frontiers in Pain Research (Lausanne)*, 2023, 4, 1093002. doi:10.3389/fpain.2023.1093002
- Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press, 2005.
- Jollant F., Bellivier F., Leboyer M., Astruc B., Torres S., Verdier R., Castelnau D., Malafosse A., Courtet P. Impaired decision making in suicide attempters. *The American journal of psychiatry*, 2005, 162(2), 304–310. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.304
- Krahé C., Springer A., Weinman J.A., Fotopoulou A. The Social Modulation of Pain: Others as Predictive Signals of Salience – a Systematic Review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2013, 7, 1–21. doi:10.3389/fnhum.2013.00386
- Lévesque M., Potvin S., Marchand S., Stip E., Grignon S., Pierre L., Lipp O., Goffaux P. Pain perception in schizophrenia: evidence of a specific pain response profile. *Pain Medicine*, 2012, 13(12), 1571–1579. doi:10.1111/j.1526-4637.2012.01492.x
- Melzack R., Wall P.D. Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 1965, 150(3699), 971–979. doi:10.1126/science.150.3699.971
- Michaelides A., Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgraduate Medicine*, 2019, 131(7), 438–444. doi:10.1080/00325481.2019.1663705
- Miller P.K., Van Der Zee S., Elliott D. Pain, Culture and Pedagogy: A Preliminary Investigation of Attitudes Towards “Reasonable” Pain Tolerance in the Grassroots Reproduction of a Culture of Risk. *Psychological Reports*, 2022, 125, 1086–1102. doi:10.1177/00332941211007189
- Mogil J.S. Sex differences in pain and pain inhibition: multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nature Reviews Neuroscience*, 2012, 13(12), 859–866. doi:10.1038/nrn3360
- Narayan M.C. Culture’s effects on pain assessment and management. *American Journal of Nursing*, 2010, 110(4),

38–47. doi:10.1097/01.NAJ.0000370157.33223.6d

Rogers A.H., Farris S.G. A meta-analysis of the associations of elements of the fear-avoidance model of chronic pain with negative affect, depression, anxiety, pain-related disability and pain intensity. *European Journal of Pain*, 2022, 26(8), 1611–1635. doi:10.1002/ejp.1994

Romualdo J.M., Borges E., Tavares I., Pozza D.H. The interplay of fear of pain, emotional states, and pain perception in medical and nursing students: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 2024, 19(11), e0314094. doi:10.1371/journal.pone.0314094

Scaini S., Davies S., De Francesco S., Pelucchi A., Rubino S., Battaglia M. Altered pain perception and nociceptive thresholds in major depression and anxiety disorders: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2025, 169, 106014. doi:10.1016/j.neubiorev.2025.106014

Shen Q., Zhang Q., Liu Y., Cui Y., Shang J., Yuan X., Geng F., Sun L., Liu Z., Yang R., Zhang K., Liu H. Association of pain intensity and sensitivity with suicidal ideation in adolescents with depressive disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 2024, 17, 3121–3131. doi:10.2147/PRBM.S473074

Sullivan M.J., Stanish W., Waite H., Sullivan M., Tripp D.A. Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*, 1998, 77(3), 253–260. doi:10.1016/S0304-3959(98)00076-2

Tang W.C., Lin M.P., You J., Wu J.Y., Chen K.C. Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the COVID-19 outbreak. *Current Psychology*, 2021, 1, 1–10. doi:10.1007/s12144-021-01622-0

Tanner J.J., Johnson A.J., Terry E.L. Resilience, pain, and the brain: Relationships differ by sociodemographics. *Journal of Neuroscience Research*, 2021, 99, 1207–1235. doi:10.1002/jnr.24856

Tesic I., Pigoñi A., Moltrasio C., Brambilla P., Delvecchio G. How does feeling pain look like in depression: A review of functional neuroimaging studies. *Journal of Affective Disorders*, 2023, 339, 400–411. doi:10.1016/j.jad.2023.08.052

Urban-Kowalczyk M., Pigoñska J., Śmigielski J. Pain perception in schizophrenia: Influence of neuropeptides, cognitive disorders, and negative symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2015, 11, 2023–2031. doi:10.2147/NDT.S85365

Zetterqvist M., Jonsson L.S., Landberg A., Svedin C.G. A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during COVID-19: A comparison of data from three different time points during 2011–2021. *Psychiatry Research*, 2021, 305, 114208. doi:10.1016/j.psychres.2021.114208

Сведения об авторах

Олейчик Михаил Игоревич. Младший научный сотрудник отдела медицинской психологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе 34, аспирант кафедры нейро- и патопсихологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, Москва, РФ.
E-mail: mr.oleychik@mail.ru

Кузнецова Светлана Олеговна. Кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии, факультет психологии, Институт общественных наук РАНХиГС, проспект Вернадского, д. 85, строение 3. Ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии НЦПЗ, Каширское шоссе 34, Москва, РФ.
E-mail: kash-kuznezova@yandex.ru

Строгова Светлана Евгеньевна. Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе 34, Москва, РФ.
E-mail: svetlana.strogova0101@gmail.com

Ссылка для цитирования

Олейчик М.И., Кузнецова С.О., Строгова С.Е. Восприятие боли у пациентов, страдающих эндогенной депрессией, сопровождающейся несуицидальным аутоагрессивным поведением. *Психологические исследования*. 2025. Т. 18, № 103. С. 6.
URL: <https://psystudy.ru>

Адрес статьи:

<https://doi.org/10.54359/ps.v18i103.1981>

Поступила в редакцию: 10 апреля 2025 г.

Дата публикации: 28 ноября 2025 г.



Perception of pain in patients suffering from endogenous depressions accompanied by non-suicidal autoaggressive behavior

Oleychik M.I.¹, Kuznetsova S.O.^{1,2}, Strogova S.E.¹

¹ Federal State Budgetary Institution Scientific Center for Mental Health, Moscow, Russia

² Russian Presidential academy of national economy and public administration, Moscow, Russia

The article presents the results of an empirical study aimed at examining pain perception in adolescents and young adults suffering from endogenous depression accompanied by non-suicidal self-injurious behavior (NSSI). The relevance of this issue is determined by the growing interest in psychological practice in preventing self-harming and suicidal behaviors among various populations, including patients with depression, as well as by the lack of research on the relationship between pain perception and the severity of non-suicidal self-injurious behavior in cases of endogenous depression. Research hypotheses. (1) Adolescent and young adult patients with depression would exhibit greater fear of pain and lower tolerance for unpleasant physical sensations compared to respondents in the control group, with the highest levels expected among patients with depression and self-harm. (2) Patients with endogenous depression and self-harm would show higher scores of feeling burdened and feeling impaired belonging compared to patients without self-harm. The study involved 194 participants (137 females) aged 17–25 years ($M = 20.19$, $SD = 3.37$). Participants were divided into three groups: (1) patients with endogenous depression and NSSI, (2) patients with endogenous depression without NSSI, and (3) a control group. The following instruments were used: the Fear of Pain Questionnaire–Short Form, the Pain Catastrophizing Scale, the Interpersonal Needs Questionnaire, and the Discomfort Intolerance Scale. Participants with depression and self-harm showed significantly higher scores on several scales, including Fear of Severe Pain, Fear of Minor Pain, Total Fear of Pain, Total Pain Catastrophizing, Pain-Related Anxiety, Helplessness, Perceived Burdensomeness, Discomfort Avoidance, and Thwarted Belongingness, compared to the control group. Despite similar general attitudes toward pain in both clinical groups, the emotional responses associated with pain differed, particularly in the Perceived Burdensomeness scale values. The findings indicate that with a similar attitude to pain among the respondents of both clinical groups, the emotional attitude associated with this phenomenon may differ significantly, which is manifested in the values of the “Feeling of burden» scale.

Keywords: pain, fear of pain, non-suicidal self-harm, autoaggression, depression, pain perception, adolescents, young people

References

- Campbell L.C., Clauw D.J., Keefe F.J. Persistent pain and depression: A biopsychosocial perspective. *Biological Psychiatry*, 2003, 54(3), 399–409. doi:10.1016/s0006-3223(03)00545-6
- Che X., Cash R., Chung S., Fitzgerald P.B., Fitzgibbon B.M. Investigating the influence of social support on experimental pain and related physiological arousal: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2018, 92, 437–452. doi:10.1016/j.neubiorev.2018.05.024
- Dickens C., McGowan L., Dale S. Impact of depression on experimental pain perception: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 2003, 65(3), 369–375. doi:10.1097/01.PSY.0000041622.69462.06
- Fenton B.W., Shih E., Zolton J. The neurobiology of pain perception in normal and persistent pain. *Pain Management*, 2015, 5(4), 297–317. doi:10.2217/pmt.15.27
- Fillingim R.B. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*, 2017, 158, S11–S18. doi:10.1097/j.pain.0000000000000775
- Franqueiro A.R., Yoon J., Crago M.A., Curiel M., Wilson J.M. The Interconnection Between Social Support and Emotional Distress Among Individuals with Chronic Pain: A Narrative Review. *Psychol Res Behav Manag*, 2023, 16, 4389–4399. doi:10.2147/PRBM.S410606
- Gerdle B., Dragioti E., Rivano Fischer M., Ringqvist Å. Pain intensity and psychological distress show different associations with interference and lack of life control: A clinical registry-based cohort study of more than 40,000 chronic pain patients from SQRP. *Frontiers in Pain Research (Lausanne)*, 2023, 4, 1093002. doi:10.3389/fpain.2023.1093002
- Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press, 2005.
- Jollant F., Bellivier F., Leboyer M., Astruc B., Torres S., Verdier R., Castelnau D., Malafosse A., Courtet P. Impaired decision making in suicide attempters. *The American journal of psychiatry*, 2005, 162(2), 304–310. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.304
- Krahé C., Springer A., Weinman J.A., Fotopoulou A. The Social Modulation of Pain: Others as Predictive Signals of Salience – a Systematic Review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2013, 7, 1–21. doi:10.3389/fnhum.2013.00386
- Lévesque M., Potvin S., Marchand S., Stip E., Grignon S., Pierre L., Lipp O., Goffaux P. Pain perception in schizophrenia: evidence of a specific pain response profile. *Pain Medicine*, 2012, 13(12), 1571–1579. doi:10.1111/j.1526-4637.2012.01492.x
- Melzack R., Wall P.D. Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 1965, 150(3699), 971–979. doi:10.1126/science.150.3699.971
- Michaelides A., Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgraduate Medicine*, 2019, 131(7), 438–444. doi:10.1080/00325481.2019.1663705
- Menshikova A.A., Gersamiya A.G., Kanaeva L.S., Akzhigitov R.G. Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal, 2016, No. 2, 51–60. doi:10.24411/1560-957X-2016-1%25x (in Russian)
- Miller P.K., Van Der Zee S., Elliott D. Pain, Culture and Pedagogy: A Preliminary Investigation of Attitudes Towards “Reasonable” Pain Tolerance in the Grassroots Reproduction of a Culture of Risk. *Psychological Reports*, 2022, 125, 1086–1102. doi:10.1177/00332941211007189
- Mogil J.S. Sex differences in pain and pain inhibition: multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nature Reviews Neuroscience*, 2012, 13(12), 859–866. doi:10.1038/nrn3360
- Narayan M.C. Culture’s effects on pain assessment and management. *American Journal of Nursing*, 2010, 110(4), 38–47. doi:10.1097/01.NAJ.0000370157.33223.6d
- Rogers A.H., Farris S.G. A meta-analysis of the associations of elements of the fear-avoidance model of chronic pain with negative affect, depression, anxiety, pain-related disability and pain intensity. *European Journal of Pain*, 2022, 26(8), 1611–1635. doi:10.1002/ejp.1994
- Romualdo J.M., Borges E., Tavares I., Pozza D.H. The interplay of fear of pain, emotional states, and pain perception in medical and nursing students: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 2024, 19(11), e0314094. doi:10.1371/journal.pone.0314094
- Sadovnichaya V.S., Rasskazova E.I. Natsionalnyi psikhologicheskii zhurnal, 2023, No. 2, 29–45. doi:10.11621/npj.2023.0203 (in Russian)
- Scaini S., Davies S., De Francesco S., Pelucchi A., Rubino S., Battaglia M. Altered pain perception and nociceptive thresholds in major depression and anxiety disorders: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2025, 169, 106014. doi:10.1016/j.neubiorev.2025.106014
- Shen Q., Zhang Q., Liu Y., Cui Y., Shang J., Yuan X., Geng F., Sun L., Liu Z., Yang R., Zhang K., Liu H. Association of pain intensity and sensitivity with suicidal ideation in adolescents with depressive disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 2024, 17, 3121–3131. doi:10.2147/PRBM.S473074
- Shneidman E. Dusha samoubiysy. Moscow: Smysl, 2001. (in Russian)
- Sullivan M.J., Stanish W., Waite H., Sullivan M., Tripp D.A. Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*, 1998, 77(3), 253–260. doi:10.1016/S0304-3959(98)00076-2
- Tang W.C., Lin M.P., You J., Wu J.Y., Chen K.C. Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the COVID-19 outbreak. *Current Psychology*, 2021, 1, 1–10. doi:10.1007/s12144-021-01622-0
- Tanner J.J., Johnson A.J., Terry E.L. Resilience, pain,



and the brain: Relationships differ by sociodemographics. *Journal of Neuroscience Research*, 2021, 99, 1207–1235. doi:10.1002/jnr.24856

Tesic I., Pigoni A., Moltrasio C., Brambilla P., Delvecchio G. How does feeling pain look like in depression: A review of functional neuroimaging studies. *Journal of Affective Disorders*, 2023, 339, 400–411. doi:10.1016/j.jad.2023.08.052

Urban-Kowalczyk M., Pigońska J., Śmigielski J. Pain perception in schizophrenia: Influence of neuropeptides, cognitive disorders, and negative symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2015, 11, 2023–2031. doi:10.2147/NDT.S85365

Zetterqvist M., Jonsson L.S., Landberg A., Svedin C.G. A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during COVID-19: A comparison of data from three different time points during 2011–2021. *Psychiatry Research*, 2021, 305, 114208. doi:10.1016/j.psychres.2021.114208

For citation:

Oleychik M.I., Kuznetsova S.O., Strogova S.E. Perception of pain in patients suffering from endogenous depressions accompanied by non-suicidal autoaggressive behavior. *Psikhologicheskie Issledovaniya*, 2025, Vol. 18, No. 103, p. 6. <https://psystudy.ru>

Information about authors

Oleychik Michail Igorevich. Junior Researcher at the Department of Medical Psychology at the Federal State Budgetary Institution Scientific Center for Mental Health, 34 Kashirskoe highway, Postgraduate student at the Department of Neuro- and Pathopsychology at Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia. E-mail: mr.oleychik@mail.ru

Kuznetsova Svetlana Olegovna. PhD, Associate Professor of the Department of Psychology, Department of Psychology, Institute of Social Sciences, Russian Presidential academy of national economy and public administration, 85 Vernadsky Avenue, building 3, Leading Researcher at the Department of Medical Psychology at the Federal State Budgetary Institution Scientific Center for Mental Health, 34 Kashirskoe highway, Moscow, Russia. E-mail: kash-kuznezova@yandex.ru

Strogova Svetlana Evgenievna. PhD, Senior Researcher at the Department of Medical Psychology at the Federal State Budgetary Institution Scientific Center for Mental Health, 34 Kashirskoe highway, Moscow, Russia. E-mail: svetlana.strogova0101@gmail.com