

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
имени М.В.ЛОМОНОСОВА

*На правах рукописи*

**Олейчик Михаил Игоревич**

**Психологические особенности пациентов юношеского  
возраста с несуйцидальным самоповреждением**

5.3.6. Медицинская психология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание учёной степени кандидата  
психологических наук

Москва — 2026

Работа подготовлена на кафедре нейро- и патопсихологии  
факультета психологии Московского государственного университета  
имени М.В.Ломоносова»

Научный руководитель: **Первичко Елена Ивановна**  
доктор психологических наук, доцент

Официальные оппоненты: **Булыгина Вера Геннадьевна**  
доктор психологических наук, доцент,  
Национальный медицинский исследовательский  
центр психиатрии и наркологии  
им. В.П. Сербского, главный научный сотрудник,  
руководитель отдела психопрофилактики;

**Защиринская Оксана Владимировна**  
доктор психологических наук, профессор,  
Санкт-Петербургский государственный  
университет, факультет психологии, профессор  
кафедры медицинской психологии и  
психофизиологии;

**Кулыгина Майя Александровна**  
кандидат психологических наук,  
Психиатрическая клиническая больница №1  
им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения  
города Москвы, Научно-клинический  
исследовательский центр нейрпсихиатрии,  
ведущий научный сотрудник отдела внешних  
научных связей.

Защита диссертации состоится «15» мая 2026 г. в 15 часов 00 минут на заседании диссертационного совета МГУ.053.2 Московского государственного университета имени М.В.Ломоносова по адресу: 125009, г. Москва, улица Моховая, дом 11, строение 9, аудитория 102.

E-mail: psy.dissovet@org.msu.ru

С диссертацией можно ознакомиться в отделе диссертаций Научной библиотеки МГУ имени М.В.Ломоносова (г. Москва, Ломоносовский проспект, д.27) и на портале <https://dissovet.msu.ru/dissertation/3852>.

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г.

Учёный секретарь  
диссертационного совета МГУ.053.2

А.И. Ковалёв

## I. Общая характеристика работы

**Актуальность** исследуемой темы обусловлена не только высокой распространенностью несуицидальных самоповреждений (далее НССП) среди пациентов с юношескими депрессиями, но и значительным влиянием этого явления на психологическое благополучие пациентов и молодёжи в целом.

Под юношескими депрессиями понимают психические расстройства в виде состояний патологически сниженного аффекта с манифестацией в юношеском возрасте, длительностью свыше двух недель, приводящие часто к выраженной социальной дезадаптации, обладающие рядом специфических возрастных и нозологических особенностей и характеризующиеся различными исходами<sup>1</sup>. НССП встречается в картине различных психических расстройств, однако именно в рамках юношеских депрессий они имеют самую широкую распространённость и тесную связь с риском суицидального поведения<sup>2</sup>.

Несмотря на сложность установления точных эпидемиологических показателей из-за существующей вариативности критериев и методов отбора участников исследований в разных странах, специалисты отмечают высокую распространенность актов самоповреждения среди молодежи: в диапазоне от 11,5% до 33,8%, по данным разных исследователей (Дарьин, Зайцева; Plener et al.; Lim et al.)<sup>3,4,5</sup>, подчеркивая при этом, что большая часть лиц, практиковавших НССП, страдала теми или иными психическими

---

<sup>1</sup>Олейчик И.В. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т.111. № 2. С.10-18.

<sup>2</sup>Крылова Е.С., Кулешов А.А., Каледа В.Г. Психопатологические корреляты депрессий с несуицидальными самоповреждениями при непсихотических психических заболеваниях юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023. Т. 123. № 11-2. С. 74-78.

<sup>3</sup>Дарьин Е.В., Зайцева О.Г. Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2023. Т. 57. № 2. С. 8-19.

<sup>4</sup>Plener P.L., Schumacher T.S., Munz L.M., Groschwitz R.C. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature // Borderline personality disorder and emotion dysregulation. 2015. Vol. 2. №. 1. Pp. 2.

<sup>5</sup>Lim K.S., Wong C.H., McIntyre R.S., Wang J., Zhang Z., Tran B.X., Tan W., Ho C.S., Ho R.C. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis // International journal of environmental research and public health. 2019. Vol. 16. №. 22. Pp. 4581.

расстройствами. К сожалению, сам факт роста распространенности несуицидальной аутоагрессии в последние годы является несомненным<sup>6,7,8</sup>, что объясняет растущий интерес специалистов различных научных областей к феномену НССП. НССП является серьезной психосоциальной и медицинской проблемой, поскольку связано с повышенным риском суицидального поведения и, кроме того, может приводить к значительной степени социальной дезадаптации тех лиц, которые его практикуют<sup>9</sup>. Сложности в диагностике НССП и разработке методов оказания психологической и медицинской помощи лицам, практикующим НССП, обусловлены прежде всего недостаточной изученностью механизмов возникновения НССП и их взаимосвязи с депрессивными расстройствами, в рамках которых оно нередко наблюдается<sup>10</sup>.

Известно, что в обществе существует как стигматизация лиц, совершающих НССП, так и, напротив, их «романтизация», а также недостаток осведомленности об этом явлении среди лиц юношеского возраста, что является существенным препятствием для своевременного получения пациентами профессиональной медицинской и психологической помощи<sup>11</sup>. Приведенные факты, в совокупности, свидетельствуют о значимости и актуальности дальнейших исследований этой проблемы.

**Степень разработанности проблемы.** Юношеский возраст является критическим этапом в развитии личности, когда наблюдаются значительные изменения во всех сферах психического и физиологического

---

<sup>6</sup>Mannekote T.S., Shankarapura N.M, Gude J.G, Voyiaziaki E., Pa S., Biru B., Pandurangi A. Non-suicidal self-injury in developing countries: a review // International journal of social psychiatry. 2021. Vol. 67. №. 5. Pp. 472-482.

<sup>7</sup>Luo J., Yang X., Li H., Fan L., Chen X., Li J., Song T. A bibliometric analysis and visualization of non-suicidal self-injury in adolescents // Frontiers in Psychiatry. 2024. Vol. 15. Pp. 145-191.

<sup>8</sup>Jiang Z., Cui Y., Xu H., Abbey C., Xu W., Guo W., Zhang D., Liu J., Jin J., Li Y. Prediction of non-suicidal self-injury (NSSI) among rural Chinese junior high school students: a machine learning approach // Annals of General Psychiatry. 2024. Vol. 23. №. 1. Pp. 48.

<sup>9</sup>Schwartz-Mette R.A, Lawrence H.R. Peer socialization of non-suicidal self-injury in adolescents' close friendships // Journal of abnormal child psychology. 2019. Vol. 47. №. 11. Pp. 1851-1862.

<sup>10</sup>Польская Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 140–152.

<sup>11</sup>Wang L., Zou H., Yang Y., Hong J. Adolescents' attitudes toward non-suicidal self-injury (NSSI) and their perspectives of barriers to seeking professional treatment for NSSI // Archives of psychiatric nursing. 2023. Vol. 45. Pp. 26-35.

функционирования. НССП в большинстве случаев имеет сложные причины, однако оно, как правило, ассоциировано с эмоциональным дискомфортом, который, с учётом психологических особенностей подросткового возраста, может быть вызван фрустрацией потребности в сопричастности и интеграции с близкими, при страхе отвержения и невозможности выражать агрессию другими способами. Предположительно, актуализация подобного паттерна поведения будет более вероятной при наличии определённых особенностей представлений о боли, например, при снижении страха боли. Однако специальных исследований, направленных на изучение взаимосвязи представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями, сопровождающимися НССП, ранее не проводилось. Следовательно, данная проблематика нуждается в изучении, поскольку является практически не разработанной.

**Цель исследования:** выявление психологических особенностей пациентов с юношескими депрессиями и несуицидальными самоповреждениями и обоснование «мишеней» оказания психологической помощи этим пациентам.

**Объект исследования:** психологические особенности пациентов с юношескими депрессиями с опытом несуицидальных самоповреждений.

**Предмет исследования:** представления о боли и признаки фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями и опытом несуицидальных самоповреждений.

**Общая гипотеза:** наличие специфических сочетаний представлений о боли и признаков фрустрации межличностных потребностей будет отличать пациентов с юношескими депрессиями с опытом несуицидальных самоповреждений от пациентов с юношескими депрессиями без несуицидальных самоповреждений.

**Частные гипотезы:**

1. Пациенты юношеского возраста, страдающие депрессиями, будут отличаться от условно здоровых лиц особенностями представлений о боли и

наличию таких признаков фрустрации межличностных потребностей, как переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы.

2. Пациенты юношеского возраста, страдающие депрессиями, сопровождающимися несуицидальными самоповреждениями, могут отличаться от пациентов юношеского возраста с депрессиями без несуицидальных самоповреждений особенностями представлений о боли (парадоксальное сочетание высокого уровня катастрофизации в отношении боли и низкого страха боли) и признаков фрустрации межличностных потребностей (переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы).

3. У пациентов с юношескими депрессиями несуицидальные самоповреждения могут закрепляться в качестве дезадаптивной стратегии совладания с негативными интенсивными эмоциональными переживаниями, что обусловлено специфическим сочетанием меньшего страха боли и таких признаков фрустрации межличностных потребностей, как переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы.

#### **Задачи исследования:**

1. Определить роль фрустрации межличностных потребностей и представлений о боли в развитии несуицидальных самоповреждений у пациентов с юношескими депрессиями на основании теоретического анализа проведенных ранее исследований психологических факторов и моделей несуицидальных самоповреждений в юношеском возрасте.

2. Выявить качественные особенности представлений о боли и наличие признаков фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями, в сравнении с группой здоровых лиц.

3. Выявить качественные особенности представлений о боли и наличие признаков фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями, по сравнению с группой пациентов с юношескими депрессиями без несуицидальных самоповреждений и группой здоровых лиц.

4. Выявить особенности представлений о боли и наличие признаков фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями с несуйцидальными самоповреждениями и без несуйцидальных самоповреждений, в зависимости от социодемографических характеристик, от наличия или отсутствия аттенуированной психотической симптоматики и опыта совершения суйцидальных попыток.

5. Выявить и проанализировать связи между особенностями представлений о боли и выявленными признаками фрустрации межличностных потребностей в группе пациентов с юношескими депрессиями с опытом несуйцидальных самоповреждений, в группе пациентов с юношескими депрессиями без несуйцидальных самоповреждений и в группе здоровых лиц.

**Методологические основы исследования:** положения теории деятельности А.Н. Леонтьева<sup>12</sup>, позволяющие рассматривать совершение несуйцидальных самоповреждений как действие в структуре деятельности, направленной на регуляцию своего эмоционального состояния; положения культурно-исторической теории развития Л.С. Выготского<sup>13</sup> применительно к психосоматической проблематике (А.Ш. Тхостов, В.В. Николаева и Г.А. Арина, Ю.П. Зинченко, Е.И. Первичко)<sup>14,15,16,17,18</sup> в контексте объяснения особенностей процесса восприятия боли влиянием социального и культурального опыта; положения биопсихосоциального подхода к пониманию многофакторной

---

<sup>12</sup>Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. М.: Политиздат, 1975. 304 с.

<sup>13</sup>Выготский Л.С. Проблема культурного развития ребенка (1928) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1991. № 4. С. 5-18.

<sup>14</sup>Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.

<sup>15</sup>Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 1. С. 119-126.

<sup>16</sup>Зинченко Ю.П. Теоретико-методологические основания психологических исследований: детерминация и социальное значение. Монография. М.: Изд-во Академии повышения квалификации и подготовки работников образования, 2011. 308 с.

<sup>17</sup>Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С.Выготского-А.Р.Лурия // Национальный психологический журнал. 2012. № 2(8). С. 32-45.

<sup>18</sup>Первичко Е.И. Регуляция эмоций: Клинико-психологический аспект. М.: Когито-Центр, 2020. 363 с.

природы психических расстройств (G. Engel)<sup>19</sup>, опираясь на которые становится возможным учитывать совокупное влияние факторов, отвечающих за процессы формирования и закрепления НССП; положения интерперсональной модели суицида, рассматривающей несуйцидальные самоповреждения как способ снижения страха и чувствительности к боли при формировании готовности к совершению суицида<sup>20</sup>; положения теории множественной модальности боли<sup>21</sup>, представляющей боль не как исключительно физическое явление, а как феномен, включающий также социальные и психологические компоненты<sup>22</sup>; концепция суицидального поведения как способа ухода от «душевной боли»<sup>23</sup>.

**Методы исследования.** Использован метод критического анализа исследований психологических аспектов НССП, их роли в контексте суицидальных тенденций, а также теоретических моделей, предлагающих описание взаимодействия эндогенных и экзогенных факторов при формировании несуйцидальных самоповреждений.

Для оценки особенностей представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей составлен методический комплекс, включающий психометрические инструменты: «Опросник межличностных потребностей» (Interpersonal Needs Questionnaire)<sup>24,25</sup>, «Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия»<sup>26</sup>, «Краткая форма опросника страха боли»

<sup>19</sup>Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196. № 4286. Pp. 129-136.

<sup>20</sup>Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. 288 pp.

<sup>21</sup>Melzack R., Wall P.D. Pain Mechanisms: A New Theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response // Science. 1965. Vol. 150. №. 3699. Pp. 971-979.

<sup>22</sup>Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред: А. Вейна. М.: МЕДпресс-информ, 2001. 368 с.

<sup>23</sup>Шнейдман Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 132 с.

<sup>24</sup>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. Vol. 24. №. 1. Pp. 197.

<sup>25</sup>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. №. 2. С. 51-60.

<sup>26</sup>Расказова Е.И., Садовнича В.С. Субъективная неудовлетворенность потребности в межличностном общении и признаки психологического неблагополучия у подростков и молодых людей с разным уровнем суицидального риска // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2023. Т. 46. № 4. С. 112–130.

(Fear of Pain Questionary — Short Form)<sup>27,28</sup>, «Шкала интолерантности к дискомфорту» (Discomfort Intolerance Scale)<sup>34,29</sup>, «Шкала катастрофизации боли» (The Pain Catastrophizing Scale)<sup>30,31</sup>. Для оценки соответствия критериям исключения, респондентами контрольной группы заполнялась «Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale)<sup>32,33</sup>.

Метод экспертной оценки группой специалистов (лечащий врач, врач-терапевт, заведующий клиническим отделением) применен для оценки степени тяжести НССП. Специалисты заполняли опросник «Оценка врачом степени тяжести несуицидального самоповреждения» (Clinician-rated severity of nonsuicidal self-injury)<sup>34,35</sup>. Кроме того, лечащим врачом определялись наличие и нозологическая принадлежность психического расстройства, наличие или отсутствие аттенуированной психотической симптоматики, а также осуществлялась дифференциация суицидального поведения от иных вариантов аутоагрессии.

Для оценки соответствия критериям включения и исключения со всеми респондентами клинических групп проведено полуструктурированное клиническое интервью и подробный анализ анамнестических сведений историй болезни.

---

<sup>27</sup>Sadovnichaja V., Rasskazova E., Tkhostov A. Relationship to pain and suicidal-related experience: Validation of Discomfort Intolerance Scale and The Pain Catastrophizing Scale in Russian female adolescents // *European Psychiatry*. 2021. Vol. 64. №1. S589-S590.

<sup>28</sup>Asmundson G.B., Bovell C.V., Carleton R.N., McWilliams L.A. The Fear of Pain Questionnaire—Short Form (FPQ-SF): factorial validity and psychometric properties // *Pain*. 2008. Vol. 134. №. 1-2. Pp. 51-58.

<sup>29</sup>Schmidt N.B., Richey J.A., Fitzpatrick K.K. Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder // *Journal of anxiety disorders*. 2006. Vol. 20. №. 3. Pp. 263-280.

<sup>30</sup>Sullivan M.J.L., Bishop S.R., Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation // *Psychological assessment*. 1995. Vol. 7. №. 4. Pp. 524.

<sup>31</sup>Радчикова Н.П., Адашинская Г.А., Саноян Т.Р., Шупта А.А. Шкала катастрофизации боли: адаптация опросника // *Клиническая и специальная психология*. 2020. Том 9. № 4. С. 169–187.

<sup>32</sup>Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. 67(6).

<sup>33</sup>Бевз И.А. Шкалы для оценки депрессии. Выпуск 1. М.: Пресса-1 по заказу Servier, 1999.

<sup>34</sup>American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. 2013. Pp. 804.

<sup>35</sup>Аведисова А.С., Зинчук М.С., Пашнин Е.В., Кустов Г.В., Войнова Н.И., Аркуша И.А., Несуицидальное самоповреждающее поведение в общемедицинской практике. Методические рекомендации / Под редакцией А.С. Аведисовой. Москва, 2019. С. 24.

Статистическая обработка данных проведена с помощью программы Statistica, версия 12.6. Для статистического сравнения 2-х независимых выборок использовался U-критерий Манна-Уитни (в случае неравенства дисперсий) или t-критерий Стьюдента (в случае однородности дисперсий). Для сравнения трёх групп применялся двухфакторный дисперсионный анализ при контроле возраста с апостериорным тестом Шеффе. Для сравнения номинативных переменных использовался критерий Хи-квадрат Пирсона. Для оценки связи анализируемых параметров использовался корреляционный анализ Спирмена.

**Характеристика выборки.** Респонденты в возрасте 16–25 лет (N = 351; средний возраст  $20,35 \pm 2,9$ ). 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 здоровых лиц. Нозологическое распределение пациентов общей клинической совокупности: биполярное аффективное расстройство; текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3); текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов (F31.4) - 70 пациентов (31%); циклотимия (F34.0) - 44 пациента (19%); шизотипическое расстройство с фазными биполярными аффективными колебаниями (F21.3-4+F31.3-4) - 49 пациентов (22%); специфические расстройства личности (кроме эмоционально неустойчивого расстройства личности пограничного типа) с фазными биполярными аффективными колебаниями, (F60.X (кроме F60.3)+F31.3-4) - 61 пациент (27%).

Респонденты разделены на три группы: основную клиническую группу (n = 148) составили пациенты с НССП в структуре юношеских депрессий (118 женщин, 30 мужчин); в клиническую группу сравнения (n = 76) включены больные с депрессиями без НССП (40 женщин, 36 мужчин); в контрольную группу (n = 127) вошли психически здоровые лица (81 женщина, 46 мужчин). У 49,3% пациентов с НССП зафиксированы суицидальные попытки; у пациентов без НССП они наблюдались значительно реже (11,8%). Аттенуированная психотическая симптоматика выявлена у 63,51% пациентов с НССП и у 60,52% пациентов без НССП. Наличие НССП определялось в соответствии с

критериями DSM-5. Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями невключения в исследование явились: наличие органической патологии центральной нервной системы, тяжелых хронических соматических заболеваний, алкоголизма и зависимостей от психоактивных веществ, умственной отсталости, верифицированный диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности (F60.3), наличие на момент обследования неконгруэнтной аффекту психотической симптоматики (за исключением аттенуированной психотической симптоматики).

Все пациенты проходили стационарное лечение в Отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, Отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний и Отделе юношеской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

В контрольную группу вошли респонденты в возрасте от 16 до 25 лет, без диагностированных психических расстройств и без жалоб на состояние психического здоровья на момент участия в исследовании. Критериями исключения из данной группы являлось наличие эпизодов НССП, суицидальных попыток или суицидальных мыслей в течении последних 5 лет (по данным самоотчета), а также более 7 баллов по одной из шкал «Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии».

**Научная новизна результатов исследования** состоит в том, что впервые представлена клинико-психологическая схема, описывающая факторы возникновения и закрепления НССП при юношеских депрессиях, что важно для определения направлений дальнейших исследований.

Впервые описаны качественные особенности представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей, характерные как для пациентов с юношескими депрессиями в целом, так и для пациентов с юношескими депрессиями и НССП, в частности, а также взаимосвязь данных факторов.

Впервые получены эмпирические данные, подтверждающие, что НССП можно рассматривать как дезадаптивную стратегию совладания, используемую

пациентами в качестве способа противостояния страху потери контроля над негативным эмоциональным состоянием.

Впервые установлена роль аттенуированной психотической симптоматики в патогенезе НССП, заключающаяся в искажении процесса восприятия боли и тем самым повышающая риск закрепления НССП.

Впервые проанализированы взаимосвязи представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношескими депрессиями с НССП в зависимости от наличия или отсутствия опыта совершения суицидальной попытки, что позволило выявить как их схожесть по параметрам фрустрации межличностных потребностей, так и различия в особенностях представлений о боли.

**Теоретическая значимость результатов исследования.** В результате критического анализа существующих моделей и теорий, объясняющих психологические механизмы возникновения и закрепления НССП, выделен, проанализирован и обобщен ряд ключевых факторов, важных для понимания внутренней психологической структуры НССП.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о двояком воздействии НССП на процесс формирования суицидальных тенденций: принося временное облегчение состояния, в долговременной перспективе НССП приводит к десенсибилизации восприятия боли, что увеличивает вероятность совершения суицидальной попытки.

**Практическая значимость результатов исследования** заключается в выявлении «мишеней» психотерапевтической и профилактической работы с пациентами с юношескими депрессиями, в том числе сопровождающимися НССП, что позволит не только предотвратить ухудшение их психического состояния, но и способствовать полноценной реинтеграции данного контингента в общество. Результаты исследования могут быть использованы для более точной клинико-психологической квалификации состояния пациентов с депрессий и решения задач реабилитации и профилактики.

Результаты исследования используются в практической работе с пациентами, страдающими юношескими депрессиями, в Отделе по изучению

эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; при преподавании курсов «Основы психиатрии и патопсихологии», «Психология здоровья» и «Психология аффективных процессов и эмоциональных состояний: междисциплинарный подход» на факультете психологии МГУ имени М.В.Ломоносова.

**Надежность и достоверность результатов исследования** обосновывается теоретическими и методологическими основаниями исследования; использованием комплекса методов, адекватных предмету, цели и задачам исследования; применением надежных, валидных и стандартизированных на российской выборке методик психологической диагностики; репрезентативностью выборки; использованием адекватных методов статистической обработки и качественного анализа данных.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Наличие специфического сочетания фрустрации межличностных потребностей, усиливающей убеждения о беспомощности и приводящей к социальной изоляции, и снижения страха боли, в том числе и вследствие осуществления НССП, отличает пациентов с юношескими депрессиями и несуйцидальными самоповреждениями от пациентов с юношескими депрессиями, но без опыта несуйцидальных самоповреждений, и может рассматриваться в качестве фактора риска возникновения несуйцидальных самоповреждений при юношеских депрессиях.

2. У пациентов с юношеской депрессией и опытом несуйцидальных самоповреждений при наличии аттенуированной психотической симптоматики менее выражен страх боли, в сравнении с пациентами с юношеской депрессией и аттенуированной психотической симптоматикой, но без несуйцидальных самоповреждений.

3. Для пациентов с несуйцидальными самоповреждениями и опытом совершения суйцидальных попыток характерен наименьший страх значительной боли, наибольшая степень выраженности признаков фрустрации межличностных потребностей, при отсутствии дифференциации этих

признаков, что отличает их от пациентов с несуицидальными самоповреждениями без опыта суицидальных попыток, от пациентов без несуицидальных самоповреждений и от здоровых лиц.

4. Несуицидальные самоповреждения при юношеских депрессиях как способ совладания с негативными интенсивными и субъективно непереносимыми эмоциональными переживаниями инициируются возникновением мыслей о возможной эффективности несуицидальных самоповреждений и сопровождаются переживанием чувства эмоционального облегчения.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования представлены на научных конференциях: XVII и XVIII Международные научно-практические конференции «Подросток в мегаполисе» (Москва, 2024, 2025); Всероссийская научная конференция молодых ученых, посвященная 120-летию со дня рождения академика А.В. Снежневского (Москва, 2024); Всероссийская конференция молодых ученых, посвященная памяти академика А.В. Снежневского (Москва, 2025).

Основное содержание диссертации отражено в 8 научных публикациях (общий объем – 10,92 п.л.; авторский вклад – 6,04 п.л.); из них 6 – в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных для защиты в диссертационном совете МГУ по специальности и отрасли науки (общий объем – 8,57 п.л.; авторский вклад – 4,75 п.л.).

**Структура диссертации.** Диссертационная работа содержит введение, три главы, заключение, выводы, список использованной литературы, 4 приложения. Работа иллюстрирована 31 рисунком, 10 таблицами. Список литературы включает в себя 234 источника, из которых 133 на иностранных языках. Диссертация изложена на 231 странице.

## II. Основное содержание работы

Во **Введении** обосновывается актуальность, научная новизна; определяются цели, предмет, задачи и гипотезы исследования; раскрывается его теоретическая и практическая значимость; описываются методологические основания исследования; указываются положения, выносимые на защиту.

**Глава 1 «Анализ современных исследований несуицидальных самоповреждений».**

**В параграфе 1.1.** «Определение и классификация несуицидальных самоповреждений» уточняется определение изучаемого феномена, приводятся критерии его оценки, распространенные формы, признаки, общая классификация аутоагрессии, ее место в существующих классификациях болезней.

**В параграфе 1.2.** «Соотношение суицидального поведения и несуицидальных самоповреждений» описываются отличия суицидальных и несуицидальных вариантов самоповреждения, их эпидемиология, возможность сочетания.

**В параграфе 1.3.** «Модели суицидального поведения» описываются основные клинико-психологические модели, объясняющие процесс формирования суицидального поведения. Среди них: «Интерперсональная модель суицидального поведения»<sup>36</sup>; «Трехступенчатая теория» (3ST)<sup>37</sup>; «Интегрированная мотивационно-волевая модель»<sup>38</sup>; Теория «текучей уязвимости»<sup>39</sup>. Авторы сходятся во мнении, что роль НССП неоднозначна: оно может временно снижать страдание, но в долгосрочной перспективе повышать риск суицидальной попытки.

**В параграфе 1.4.** «Психологические модели несуицидальных самоповреждений» описываются существующие модели формирования НССП

<sup>36</sup>Joiner T. Why people die by suicide / Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. 276 pp.

<sup>37</sup>Klonsky E.D., Saffer B.Y., Bryan C.J. Ideation-to-Action theories of suicide: a conceptual and empirical update // Current Opinion in Psychology. 2018. Vol. 22. Pp. 38-43.

<sup>38</sup>O'Connor R.C, Kirtley O.J. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour // Philosophical transactions of the royal society B: Biological sciences. 2018. Vol. 373. Pp. 1754. doi:10.1098/rstb.2017.0268.

<sup>39</sup>Rudd M.D., Berman A.L., Joiner T.E. Jr., Nock M.K., Silverman M.M., Mandrusiak M., Van Orden K., Witte T. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2006. Vol. 36. №. 3. Pp. 255-262.

и анализируются основные механизмы, факторы провокации, функции, аспекты закрепления. Рассматриваются Четырёхфункциональная модель<sup>40</sup>, Семифункциональная модель<sup>41</sup>, Функционально-генетическая модель НССП<sup>42</sup>. Анализируется психодинамический подход, в котором НССП рассматривается как способ разрушения «Я», используемый при фрустрации потребности в сопричастности и интеграции с близкими, при страхе отвержения и невозможности выражать агрессию и негативные чувства, которые накапливаются и, в итоге, «разряжаются» через НССП<sup>43</sup>. Рассматриваются четыре модели в рамках когнитивно-поведенческого подхода: Модель социального научения А. Бандуры<sup>44</sup>, Модель избегания опыта<sup>45</sup>, Модель эмоционального каскада<sup>46</sup> и Когнитивно-эмоциональная модель<sup>47</sup>. Последняя, объединяя элементы различных подходов, показывает, что склонность к НССП формируется под влиянием множества факторов, таких как высокая эмоциональная реактивность, негативное самоощущение, восприятие НССП как средства регуляции эмоций, а также отсутствие адаптивных стратегий саморегуляции.

**В параграфе 1.5. «Факторы риска формирования и закрепления несуицидальных самоповреждений»** описываются основные элементы predispositions и закрепления НССП, выделяемые в качестве таковых в большинстве исследований. Среди ключевых факторов риска выделяются

---

<sup>40</sup>Nock M.K, Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior // Journal of consulting and clinical psychology. 2004. Vol. 72. № 5. Pp. 885–890.

<sup>41</sup>Klonsky E.D. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence // Clinical psychology review. 2007. Vol. 27. № 2. Pp. 226–239.

<sup>42</sup>Польская Н. А., Разваляева А. Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. №. 4. С. 71-93.

<sup>43</sup>Cassels M., Baetens I., Wilkinson P., Hoppenbrouwers K., Wiersema J.R., Van Leeuwen K., Kiekens G. Attachment and Non-Suicidal Self-Injury among Young Adolescents: The Indirect Role of Behavioral Problems // Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research. 2019. Vol. 23. № 4. Pp. 688–696.

<sup>44</sup>Bandura A. Social-learning theory of identificatory processes // Handbook of socialization theory and research. 1969. Vol. 213. Pp. 262.

<sup>45</sup>Chapman A.L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model // Behaviour research and therapy. 2006. Vol. 44. №. 3. Pp. 371-394.

<sup>46</sup>Selby E.A., Anestis M.D., Joiner T.E. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades // Behaviour research and therapy. 2008. Vol. 46. №. 5. Pp. 593-611.

<sup>47</sup>Hasking P., Whitlock J., Voon D., Rose A.A cognitive-emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure // Cognition and Emotion. 2017. Vol. 31. №. 8. P. 1543-1556.

гендерные и возрастные характеристики, нарушения межличностных взаимодействий, психопатологические детерминанты, личностные особенности, когнитивные нарушения и специфика представлений о боли. К факторам риска относятся конфликтные семейные отношения и буллинг; личностные особенности (шизоидные и зависимые черты, застенчивость и усиленная эмоциональная реактивность). Одним из наиболее значимых факторов является юношеская депрессия. Показано, что НССП при юношеской депрессии могут становиться устойчивой формой поведения при длительном течении заболевания. Установлено, что наличие аттенуированной психотической симптоматики (далее АПС) усложняет психотерапию при юношеских депрессиях и НССП и обычно требует применения психофармакотерапии. В закреплении НССП играют важную роль высокая импульсивность, снижение способности к долгосрочному планированию и когнитивная ригидность. Также обсуждается фактор представлений о боли, являющийся значимым при закреплении НССП. Теория множественной модальности боли<sup>48</sup> подчёркивает роль сенсорных, эмоциональных и когнитивных компонентов в формировании болевого опыта. В контексте НССП важна дифференциация «физической» и «психической» боли: многие пациенты используют НССП как способ облегчения «эмоциональной боли» (Э. Шнейдман)<sup>49</sup>. В целом, взаимосвязь боли и аффективных состояний сложна и требует учёта целого ряда психологических и клинических факторов.

**В параграфе 1.6.** «Клинико-психологическая схема формирования и закрепления несуйцидальных самоповреждений в структуре юношеских депрессий» представлена оригинальная клинико-психологическая схема, описывающая формирование и закрепление НССП (рисунок 1), составленная нами по результатам обобщения существующих эмпирических исследований, теоретических концепций и моделей НССП.

---

<sup>48</sup>Melzack R., Wall P.D. Pain Mechanisms: A New Theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response // Science. 1965. Vol. 150. № 3699. Pp. 971-979.

<sup>49</sup>Шнейдман Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 132 с.

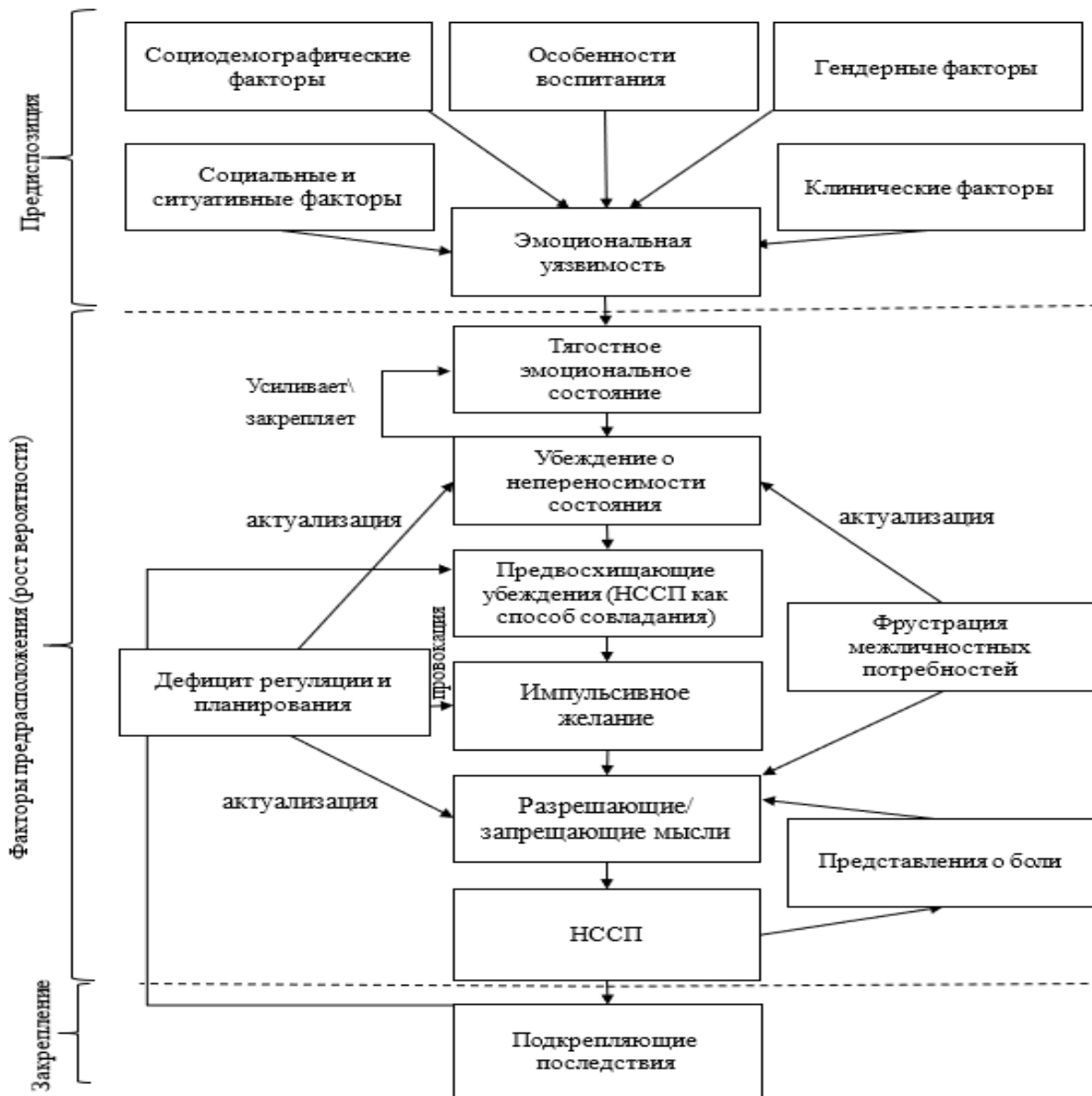


Рисунок 1. Клинико-психологическая схема формирования и закрепления НССП в структуре юношеской депрессии

Примечание:

- Взаимодействие факторов при формировании и закреплении НССП  
 - - - - - Разделение этапов формирования и закрепления НССП

В выводах по первой главе обобщаются результаты обзора литературы и констатируется, что в настоящее время не существует единой психологической модели, объясняющей все аспекты НССП, поэтому требуются комплексные исследования, направленные на изучение клинико-психологических факторов, связанных с проявлением аутоагрессии в структуре юношеских депрессий.

НССП может быть рассмотрено в качестве дисфункциональной стратегии совладания с субъективно непереносимой «душевной болью». Поведение в

этом случае получает подкрепление через быстрое изменение физиологического состояния, переключение внимания, чувство облегчения, иллюзорный контроль и получение внимания или помощи от других. Триггером НССП становится тягостное эмоциональное переживание; частота и выраженность таких состояний зависят от эмоциональной уязвимости, сформированной клиническими, социодемографическими, социальными и генетическими факторами, а также факторами воспитания.

**Глава 2 «Постановка проблемы исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями».**

**В параграфе 2.1.** «Подход к проблеме исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями» содержательно обосновывается проблематика исследования. Показывается, что для определения роли НССП в структуре юношеской депрессии и обобщения его психологических аспектов возможно рассмотрение данного феномена в контексте анализа внутренней картины болезни (ВКБ) (В.В. Николаева; А.Ш. Тхостов)<sup>50,51</sup>. «Чувственная ткань» депрессии может быть представлена как характеризующаяся общим неблагоприятным изменением самочувствия («недомогание») и не имеющая четких проявлений. Допустимо предположить, что НССП и возникающая при этом боль могут способствовать «дистраиванию» ВКБ, структурируя её «чувственную ткань». Наличие НССП у пациента «означивает» больному и окружающим его людям степень значимости проблемы, выполняя функции «призыва о помощи».

Кроме того, в процессе возникновения и закрепления НССП значимую роль играет его культуральный образ, по сути дела миф, транслируемый средствами массовой информации и существующий в молодежной среде. В

<sup>50</sup>Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. 166 с.

<sup>51</sup>Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.

социальных представлениях не только «драматизируется», но и «романтизируется» НССП, задавая представления о том, что нанесение самоповреждений эффективно и приемлемо для снятия эмоционального напряжения и уменьшения переживания «душевной боли».

Допустимо предположить, что когда субъект не обладает достаточным количеством психологических ресурсов для совладания с интенсивным аффектом, он может прибегать к воздействию на тело как на наиболее доступный материальный объект. Тело человека оказывается вовлеченным в процесс отреагирования эмоций еще на этапе их возникновения в силу «двойственной» специфики эмоций как психической функции: они возникают по психологическим причинам, но всегда имеют телесное выражение. Именно поэтому тело способно становиться тем внешним «полем», где возможно создавать и размещать знаки, позволяющие «опредметить» невыносимую «душевную боль», переведя её из психического плана в физический, который легче представлять и контролировать.

При интерпретации с позиций теории деятельности А.Н. Леонтьева<sup>52</sup>, самоповреждение может быть рассмотрено в качестве действия в структуре деятельности, направленной на решение задачи по купированию аффекта и снятию эмоционального напряжения. Если такое действие приносит временное облегчение, оно может фиксироваться в индивидуальном опыте субъекта, приобретая личностный смысл «спасительного» акта, что может приводить к формированию устойчивого, хотя и деструктивного паттерна поведения.

С этих позиций, закономерным будет в клинико-психологической схеме формирования НССП в структуре юношеской депрессии выделить две группы факторов, роль которых в процессе формирования и закрепления НССП требует пристального изучения:

1. Фрустрация межличностных потребностей, усиливающая убеждения о беспомощности, препятствующая возникновению «запрещающих» мыслей относительно нанесения НССП и приводящая к социальной изоляции, не позволяя при этом обратиться за поддержкой к значимым близким людям.

---

<sup>52</sup>Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: Изд. АПН РСФСР, 1959. 496 с.

2. Снижение страха боли, в том числе вследствие продолжительного осуществления НССП, которое может увеличивать вероятность его закрепления и, потенциально, приводить к увеличению частоты и степени тяжести НССП.

Исходя из этих теоретических положений, формулируется цель исследования; выделяются его предмет и объект; выдвигаются и обосновываются гипотезы исследования и методический подход к исследованию особенностей представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся НССП.

**В параграфе 2.2.** «Дизайн исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями» описывается последовательность этапов исследования; методическое обеспечение исследования; приводится обоснование выбранных методов в соответствии с задачами исследования; дается описание эмпирической базы исследования.

**Глава 3 «Эмпирическое исследование фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуицидальными самоповреждениями».**

**В параграфе 3.1.1.** «Фрустрация межличностных потребностей и особенности представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с юношеской депрессией и у здоровых лиц: сравнительный анализ» представлены результаты обследования пациентов с юношеской депрессией в целом (n=224) и здоровых лиц (n=127), показывающие, что у пациентов выявлены более высокие значения по всем субшкалам опросников «Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия»; «Шкала катастрофизации боли»; «Опросник межличностных потребностей», по сравнению с группой здоровых лиц (таблица 1).

Таблица 1 - Признаки фрустрации межличностных потребностей и особенности представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с депрессией в целом и в группе здоровых лиц

Параметры оценки	Пациенты с депрессией в целом, n=224	Здоровые лица, n=127	p-значение
	M±SD	M±SD	
<i>Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия</i>			
Агрессивное поведение	2,11±1,03	1,56±0,67	<b>p&lt;0,001</b>
Тревожные и навязчивые мысли	2,47±0,75	1,91±0,74	<b>p&lt;0,001</b>
Эпизодическое употребление ПАВ	1,57±0,7	1,26±0,42	<b>p&lt;0,001</b>
Эпизодическое употребление только наркотиков	1,75±1,16	1,31±0,72	<b>p&lt;0,001</b>
Эпизодическое употребление только алкоголя	1,61±0,79	1,34±0,53	<b>p&lt;0,001</b>
Декларируемая потреб. в пси. помощи	2,89±0,74	1,96±0,69	<b>p&lt;0,001</b>
Суицидальные мысли	2,49±1,07	1,65±0,79	<b>p&lt;0,001</b>
<i>Опросник межличностных потребностей</i>			
Восприятие себя как обузы	3,07±1,75	1,4±0,74	<b>p&lt;0,001</b>
Чувство «брошенности»	3,49±1,29	2,5±1,01	<b>p&lt;0,001</b>
<i>Шкала катастрофизации боли</i>			
Руминации по поводу боли	2,09±1,22	1,53±0,99	<b>p&lt;0,001</b>
Беспомощность перед болью	1,76±1,05	1,35±0,93	<b>p&lt;0,001</b>
Тревога усиления боли	1,77±1,02	1,23±0,84	<b>p&lt;0,001</b>
Общий балл катастрофизации боли	1,86±0,97	1,35±0,82	<b>p&lt;0,001</b>
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>			
Страх малой боли	1,61±0,58	1,51±0,53	p>0,05
Страх значительной боли	3,2±0,88	3,27±0,82	p>0,05
Страх боли от инъекций	1,57±0,81	1,52±0,83	p>0,05
Страх зубной боли	2,51±1,01	2,48±0,95	p>0,05
Общий балл страха боли	2,22±0,57	2,18±0,54	p>0,05
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>			
Интолерантность к боли	2,55±1,43	2,35±1,36	p>0,05
Избегание боли	3,18±1,24	2,96±1,29	p>0,05
Общая шкала интол-ти к дискомфорту	2,87±1,1	2,66±1,11	p>0,05

Как видно из данных в таблице 1, пациенты с депрессией также имеют более выраженные признаки фрустрации межличностных потребностей и испытывают больший объём негативных переживаний, в сравнении со здоровыми лицами. Страх боли и стремление к избеганию боли не показали значимых отличий от таковых у здоровых лиц.

**В параграфе 3.1.2.** «Гендерные и возрастные факторы фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с депрессией и у здоровых лиц» представлены эмпирические данные обследования пациентов с НССП (n=148), без НССП (n=76) и здоровых лиц (n=127), показывающие, что 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;  $p < 0,05$ ).

У пациентов с депрессией и НССП 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;  $p < 0,05$ ). У пациентов без НССП различия имели место только по выраженности страха малой боли: женщины испытывали больший страх малой боли ( $1,79 \pm 0,69$  и  $1,46 \pm 0,41$ , соответственно;  $p < 0,05$ ).

Гендерных различий в степени выраженности признаков, свидетельствующих о наличии фрустрации межличностных потребностей, ни в одной из исследуемых групп не выявлено.

**В параграфе 3.1.3.** «Фрустрация межличностных потребностей и особенности представлений о боли и о своём самочувствии в группах пациентов с НССП, без НССП и в группе здоровых лиц» представлены результаты обследования пациентов с НССП (n=148), без НССП (n=76) и здоровых лиц (n=127), полученные с использованием процедуры двухфакторного дисперсионного анализа (таблица 2).

Таблица 2 - Признаки фрустрации межличностных потребностей и особенности представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с юношеской депрессией с НССП, без НССП и в группе здоровых лиц

Параметры оценки	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127
	M±SD	M±SD	M±SD
<i>Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия</i>			
Агрессивное поведение	2,21±1,07	1,93±0,92	<b>1,56±0,67*</b>
Тревожные и навязчивые мысли	2,51±0,76	2,40±0,72	<b>1,91±0,74*</b>
Эпизодическое употребление ПАВ	1,57±0,72	1,57±0,67	<b>1,26±0,42*</b>
Декларируемая потреб. в пси. помощи	3,01±0,75	<b>2,67±0,66*</b>	<b>1,96±0,69*</b>
Суицидальные мысли	2,70±1,08	<b>2,10±0,96*</b>	<b>1,65±0,79*</b>
<i>Опросник межличностных потребностей</i>			
Восприятие себя как обузы	3,34±1,87	<b>2,57±1,38*</b>	<b>1,40±0,74*</b>
Чувство «брошенности»	3,54±1,40	3,39±1,08	<b>2,50±1,01*</b>
<i>Шкала катастрофизации боли</i>			
Руминации по поводу боли	2,17±1,31	1,94±1,03	<b>1,53±1,00*</b>
Беспомощность перед болью	1,80±1,13	1,48±0,91	<b>1,14±0,87*</b>
Тревога усиления боли	1,77±1,09	1,75±0,97	<b>1,35±0,94*</b>
Общий балл катастрофизации боли	1,92±1,04	1,70±0,85	1,32±0,83
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>			
Страх малой боли	1,61±0,58	1,63±0,59	1,51±0,53
Страх значительной боли	3,10±0,91	<b>3,40±0,79*</b>	3,28±0,83
Страх боли от инъекций	1,54±0,83	1,66±0,78	1,52±0,83
Страх зубной боли	2,53±1,02	2,47±0,99	2,49±0,96
Общий балл страха боли	2,18±0,59	2,29±0,53	2,19±0,55
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>			
Интолерантность к боли	2,56±1,43	2,59±1,48	2,35±1,37
Избегание боли	3,09±1,28	3,37±1,16	2,97±1,29
Общая шкала интол-ти к дискомфорту	2,88±1,08	3,06±1,11	2,72±1,12

Примечание:

отмечены значимые различия от пациентов с юношеской депрессией и НССП: \* -  $p < 0,05$ .

После статистического контроля фактора пола при выполнении двухфакторного дисперсионного анализа показано, что пациенты с депрессией и НССП, в сравнении со здоровыми лицами, достоверно более часто признавали у себя: факт наличия склонности к агрессивному поведению, наличие тревожных и навязчивых мыслей, суицидальных мыслей; эпизодическое употребление ПАВ; они чаще декларировали наличие потребности в получении психологической помощи и больше

катастрофизировали боль; чаще чувствовали себя «брошенными» и обузой. (таблица 2). Значимых различий между группами пациентов с НССП и здоровыми лицами по показателям страха боли и интолерантности к дискомфорту не выявлено. Пациенты с НССП в большей степени, чем пациенты без НССП, признавали наличие у себя суицидальных мыслей и декларировали наличие потребности в психологической помощи; в меньшей степени испытывали страх значительной боли; чаще воспринимали себя как обузу. По показателям катастрофизации боли и интолерантности к дискомфорту значимых различий между группами не получено (таблица 2).

**В параграфе 3.1.4.** «Роль аттенуированной психотической симптоматики в выраженности фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своем самочувствии в группах пациентов с НССП и без НССП» представлены эмпирические данные обследования пациентов с НССП (n=148) и без НССП (n=76). Показано, что при наличии АПС пациенты реже признают у себя наличие склонности к агрессивному поведению ( $2,03 \pm 1,02$  и  $2,25 \pm 1,03$ , соответственно;  $p < 0,05$ ), меньшее число суицидальных мыслей ( $2,35 \pm 1,05$  и  $2,73 \pm 1,08$ , соответственно;  $p < 0,01$ ); они меньше говорили о эпизодическом употреблении ПАВ ( $1,47 \pm 0,62$  и  $1,73 \pm 0,79$ , соответственно;  $p < 0,05$ ) и реже выражали потребность в психологической помощи ( $2,80 \pm 0,78$  и  $3,05 \pm 0,64$ , соответственно;  $p < 0,05$ ). При этом при наличии АПС страх значительной боли менее выражен у пациентов с НССП, по сравнению с пациентами без НССП (эффект взаимодействия факторов группы и АПС:  $F=5,42$ ;  $p < 0,05$ ). Значимых различий в степени выраженности признаков, свидетельствующих о наличии фрустрации межличностных потребностей, катастрофизации боли и интолерантности к дискомфорту, между сравниваемыми группами не выявлено.

**В параграфе 3.1.5.** «Исследование фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии у пациентов с юношеской депрессией и НССП в связи с опытом совершения суицидальной попытки и в зависимости от степени тяжести НССП»

представлены данные обследования пациентов с НССП (n=148), разделенных на подгруппы исходя из наличия суицидальных попыток в анамнезе. У пациентов с депрессией и НССП с суицидальными попытками (n=73), при сравнении с пациентами без суицидальных попыток (n=75), выявлены более высокие показатели по шкале «Суицидальные мысли» ( $2,9 \pm 1,08$  и  $1,97 \pm 0,95$ , соответственно;  $p < 0,05$ ) и более низкие по параметрам «Страх малой боли» ( $1,51 \pm 0,55$  и  $1,7 \pm 0,58$ , соответственно;  $p < 0,05$ ), «Страх значительной боли» ( $2,85 \pm 0,9$  и  $3,33 \pm 0,86$ , соответственно;  $p < 0,05$ ), «Общий балл страха боли» ( $2,04 \pm 0,59$  и  $2,32 \pm 0,55$ , соответственно;  $p < 0,05$ ), «Интолерантность к боли» ( $2,21 \pm 1,43$  и  $2,89 \pm 1,33$ , соответственно;  $p < 0,05$ ), «Избегание боли» ( $2,85 \pm 1,28$  и  $3,32 \pm 1,24$ , соответственно;  $p < 0,05$ ), «Интолерантность к дискомфорту общий балл» ( $2,53 \pm 1,09$  и  $3,1 \pm 1,01$ , соответственно;  $p < 0,05$ ), нежели у респондентов с депрессией с НССП и без суицидальных попыток. Значимых различий в степени выраженности признаков, свидетельствующих о наличии фрустрации межличностных потребностей и о катастрофизации боли, между сравниваемыми группами не выявлено.

При оценке различий между пациентами с депрессией и НССП (без деления на подгруппы; n=148) в зависимости от степени тяжести самоповреждений, получены данные, показывающие отсутствие значимых различий по всем анализируемым параметрам особенностей представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей.

**В параграфе 3.1.6.** «Анализ связи фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли и о своём самочувствии: сравнение пациентов с НССП, без НССП и здоровых лиц» представлены эмпирические данные обследования пациентов с НССП (n=148), без НССП (n=76) и здоровых лиц (n=127), показывающие, что выраженная фрустрация межличностных потребностей положительно коррелирует с уровнем катастрофизации боли во всех обследованных группах (таблица 3).

Таблица 3 - Связь представлений о боли и представлений о своём самочувствии с фрустрацией межличностных потребностей у пациентов с НССП, без НССП и у здоровых лиц

Параметры оценки	Пациенты с НССП, n=147		Пациенты без НССП, n=76		Здоровые лица, n=127	
	Восприятие себя как обузы	Чувство «брошенности»	Восприятие себя как обузы	Чувство «брошенности»	Восприятие себя как обузы	Чувство «брошенности»
<i>Шкала катастрофизации боли</i>						
Руминации по поводу боли	<b>,300**</b>	<b>,273**</b>	,106	-,019	,132	,161
Беспомощность перед болью	<b>,451**</b>	<b>,365**</b>	<b>,239*</b>	,182	<b>,236**</b>	,162
Тревога усиления боли	<b>,338**</b>	<b>,233**</b>	,193	-,034	<b>,263**</b>	<b>,262**</b>
Общий балл катастрофизации боли	<b>,419**</b>	<b>,341**</b>	,205	,064	<b>,231**</b>	<b>,210*</b>
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>						
Страх малой боли	,019	-,090	,064	-,115	,100	,096
Страх значительной боли	-,034	-,051	-,157	<b>-,307**</b>	-,068	-,166
Страх боли от инъекций	,025	,003	,211	-,004	,076	,110
Страх зубной боли	-,057	-,110	<b>,227*</b>	,034	,214*	<b>,198*</b>
Общий балл страха боли	-,018	-,086	,068	-,177	,081	,039
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>						
Интолерантность к боли	-,063	,033	-,043	-,171	,019	-,062
Избегание боли	,013	-,019	-,052	<b>-,246*</b>	,163	,149
Общая шкала интолерантности к дискомфорту	-,024	,004	-,056	<b>-,246*</b>	,123	,073

Примечание: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ .

Как видно из представленных в таблице 3 данных, чем сильнее выражены переживания, связанные с фрустрацией межличностных потребностей, тем выше показатели катастрофизации боли, однако в группе пациентов с НССП эти связи имеют наибольшую выраженность, а в группе пациентов без НССП – наименьшую. Группа условно здоровых лиц занимает срединное положение. Большая степень чувства «брошенности» связана с меньшим страхом значительной боли, меньшим стремлением её избегать и меньшей интолерантностью к дискомфорту в целом у пациентов без НССП.

Как видно из представленных в таблице 4 данных, признание пациентами факта наличия склонности к агрессивному поведению связана с более высокой катастрофизацией боли у пациентов с НССП и без НССП

(однако у пациентов с НССП эта связь отличается особенной выраженностью); а также с большей склонностью избегать боль только у пациентов с НССП.

Таблица 4 - Связь представлений о боли и фрустрации межличностных потребностей с признанием факта наличия склонности к агрессивному поведению, тревожных и навязчивых мыслей и эпизодическому употреблению ПАВ у пациентов с НССП, без НССП и у здоровых лиц

Параметры оценки	Агрессивное поведение			Тревожные и навязчивые мысли			Эпизодическое употр. ПАВ		
	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127
<i>Шкала катастрофизации боли</i>									
Руминации по поводу боли	<b>,2*</b>	<b>,25*</b>	,13	<b>,39**</b>	<b>,35**</b>	<b>,38**</b>	,00	-,11	,09
Беспом-ть перед болью	<b>,2*</b>	,15	,16	<b>,38**</b>	<b>,28*</b>	<b>,43**</b>	,09	-,04	,05
Тревога усиления боли	<b>,31**</b>	<b>,26*</b>	,13	<b>,47**</b>	<b>,41**</b>	<b>,56**</b>	0,1	-,1	,11
Общий балл катастр. боли	<b>,25**</b>	<b>,24*</b>	,16	<b>,46**</b>	<b>,38**</b>	<b>,49**</b>	,07	-,09	,09
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>									
Страх малой боли	,11	-,04	,13	<b>,17*</b>	-,05	<b>,38**</b>	-,15	-,08	,05
Страх значительной боли	-,05	-,01	,04	,13	,05	<b>,25**</b>	-,15	-,09	-,02
Страх боли от инъекций	,11	,07	,03	<b>,17*</b>	-,14	<b>,18*</b>	-,16	-,03	,14
Страх зубной боли	,05	-,02	<b>,2*</b>	,1	-,11	<b>,34**</b>	-,13	,05	,13
Общий балл страха боли	,06	-,01	,13	<b>,19*</b>	-,06	<b>,39**</b>	<b>-,19*</b>	-,07	,08
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>									
Интолерантность к боли	-,02	,02	-,02	-,05	,1	,01	-,11	<b>-,33**</b>	-,08
Избегание боли	<b>,24**</b>	,15	,09	,12	,17	<b>,21*</b>	,04	<b>-,23*</b>	,08
Общая шкала инт. к диск.	,15	,1	,05	,06	,16	,15	-,03	<b>-,32**</b>	,02
<i>Опросник межличностных потребностей</i>									
Воспри-ие себя как обузы	<b>,25**</b>	,03	<b>,21*</b>	<b>,48**</b>	,05	<b>,31**</b>	<b>,23**</b>	,03	,1
Чувство «брошенности»	0,11	-,09	<b>,21*</b>	<b>,27**</b>	,07	<b>,34**</b>	,12	,11	<b>,28**</b>

Примечание: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ .

Признание факта наличия тревожных и навязчивых мыслей связано с более высокой катастрофизацией боли у всех участников исследования; с большим страхом малой боли, с большим страхом боли от инъекций, с более высоким показателем общего балла страха боли у пациентов с НССП и у здоровых лиц; и с большим страхом значительной боли, зубной боли, большим избеганием боли – только у здоровых лиц (таблица 4).

Признание пациентами факта наличия склонности к агрессивному поведению связана с большим показателем восприятия себя как обузы у пациентов с НССП и здоровых лиц; и с большим чувством «брошенности» – только у здоровых лиц. Признание факта наличия тревожных и навязчивых мыслей связано с большим показателем восприятия себя как обузы и с большим чувством «брошенности» у пациентов с НССП и у здоровых лиц (таблица 4).

Декларируемая потребность в психологической помощи связана с большими значениями по всем шкалам опросника «Катастрофизации боли» во всех группах; с большими страхом малой и зубной боли и большим стремлением избегать боль – только в группе здоровых лиц (таблица 5).

Таблица 5 - Связь представлений о боли и признаков фрустрации межличностных потребностей с декларированием потребности в психологической помощи и наличием суицидальных мыслей у пациентов с НССП, без НССП и у здоровых лиц

Параметры оценки	Декларируемая потребность в психологической помощи			Суицидальные мысли		
	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127	Пациенты с НССП, n=148	Пациенты без НССП, n=76	Здоровые лица, n=127
<i>Шкала катастрофизации боли</i>						
Руминации по поводу боли	,44**	,43**	,3**	,27**	,14	,21*
Беспомощность перед болью	,46**	,42**	,43**	,33**	,29*	,35**
Тревога усиления боли	,43**	,39**	,37**	,25**	,15	,23*
Общий балл катастрофизации боли	,5**	,47**	,41**	,33**	,23*	,3**
<i>Краткая форма опросника страха боли</i>						
Страх малой боли	-,04	,11	,25**	-,09	,09	,13
Страх значительной боли	,01	-,09	,17	-,12	-,13	,05
Страх боли от инъекций	-,03	-,07	,08	-,05	,04	,07
Страх зубной боли	-,00	,04	,33**	-,06	,02	,13
Общий балл страха боли	-,02	,01	,28**	-,11	,001	,12
<i>Шкала интолерантности к дискомфорту</i>						
Интолерантность к боли	-,11	,11	,04	-,19*	,13	-,07
Избегание боли	,03	,07	,22*	-,13	-,02	,14
Общая шкала интол-ти к дискомфорту	-,04	,11	,18*	-,19*	,06	,06
<i>Опросник межличностных потребностей</i>						
Восприятие себя как обузы	,61**	,45**	,5**	,5**	,35**	,32**
Чувство «брошенности»	,44**	,31**	,56**	,31**	,24*	,42**

Примечание: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ .

Декларируемая потребность в психологической помощи и признание факта наличия суицидальных мыслей связано с большими значениями по всем компонентам фрустрации межличностных потребностей во всех группах. Большая степень признания факта наличия суицидальных мыслей связана с большим значением всех компонентов катастрофизации боли у пациентов с НССП и у здоровых лиц, и с некоторыми компонентами (беспомощность перед болью и общий балл катастрофизации) у пациентов без НССП, а также с меньшей интолерантностью к боли у пациентов с НССП (таблица 5).

**В параграфе 3.1.7.** «Специфика межличностных потребностей, представлений о боли и представлений о собственном самочувствии в исследованных группах пациентов и здоровых лиц: внутригрупповой анализ» представлены данные обследования пациентов с НССП (n=148), без НССП (n=76) и здоровых лиц (n=127). Пациенты с НССП дополнительно делятся на подгруппы в зависимости от наличия опыта совершения суицидальных попыток (с попытками n=73; без попыток n=75). Декларация потребности в психологической помощи является ведущим компонентом представлений о собственном психологическом неблагополучии у пациентов с НССП с попыткой суицида, с НССП без суицида, без НССП, значительно превышая по степени выраженности остальные параметры ( $p < 0,05$ ). При этом у пациентов с НССП и суицидальными попытками наличие суицидальных мыслей занимает вторую ранговую позицию. У пациентов данной группы степень выраженности признаков фрустрации межличностных потребностей (чувство «брошенности» и восприятие себя как обузы) является максимальной, при сравнении с другими группами, при отсутствии значимых различий по выраженности этих признаков в этой группе. У пациентов с НССП и суицидальными попытками нет значимых различий в степени выраженности компонентов катастрофизации боли ( $p > 0,05$ ).

Показано, что страх значительной боли – ведущий компонент страха боли во всех группах ( $p < 0,001$ ), однако в группе пациентов без НССП он максимален

( $3,4 \pm 0,78$ ); а в подгруппе пациентов с НССП и суицидальными попытками – минимален ( $2,86 \pm 0,9$ ), по сравнению с другими группами.

**В параграфе 3.2.** «Обсуждение результатов исследования фрустрации межличностных потребностей и особенностей представлений о боли у пациентов с юношеской депрессией, сопровождающейся несуйцидальными самоповреждениями» анализируются и интерпретируются полученные результаты; выполняется их сопоставление с данными, полученными в проводимых ранее исследованиях. Обосновывается, что у пациентов с НССП может формироваться стремление причинять себе физическую боль как более контролируемую, замещая ею воображаемую неконтролируемую боль, поскольку страх, вызываемый воображаемой болью как более абстрактной, является более непереносимым чувством, нежели страх боли реальной. В случае, если страх физической боли является невысоким, осуществление самоповреждений является менее пугающим и способно привести ощущение контроля над своим состоянием, зачастую недостаточное у пациентов с юношескими депрессиями. В целом, полученные результаты, их анализ и интерпретация, в совокупности, могут рассматриваться в качестве доказательства возможной защитной (совладающей) функции НССП при юношеских депрессиях.

Обсуждается, что признаки фрустрации межличностных потребностей у пациентов с НССП имеют высокую степень выраженности и при этом образуют специфическое сочетание с минимальным значением выраженности страха значительной боли, отличающее их от других участников исследования, и на этом основании могут рассматриваться в качестве фактора риска возникновения несуйцидальных самоповреждений при юношеских депрессиях.

### **III. Заключение**

В Заключении подводятся общие итоги работы; обосновывается выделение в качестве «мишеней» психотерапевтического воздействия представления пациентов с юношеской депрессией и НССП о боли и переживания в связи с фрустрацией межличностных потребностей; анализируются ограничения проведённого исследования; обозначаются перспективы дальнейшего изучения проблематики несуйцидальных самоповреждений при депрессиях юношеского возраста в клинко-психологическом аспекте; формулируются практические рекомендации.

#### **Выводы**

1. Группа пациентов с юношеской депрессией в целом отличается от здоровых участников исследования более частыми сообщениями о наличии тревожных и навязчивых мыслей, суйцидальных мыслей, эпизодического употребления ПАВ; более частым признанием у себя склонности к агрессивному поведению; большей декларацией потребности в получении психологической помощи; наличием таких признаков фрустрации межличностных потребностей, как выраженное переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы; большей степенью катастрофизации боли и отсутствием гендерных различий в представлениях о боли.

2. Пациенты с юношеской депрессией и опытом несуйцидальных самоповреждений отличаются от пациентов с юношеской депрессией без несуйцидальных самоповреждений меньшим страхом значительной боли, большим декларированием наличия потребности в психологической помощи и большей констатацией факта наличия суйцидальных мыслей, также они более склонны воспринимать себя в качестве обузы для других; и от группы здоровых лиц – большей катастрофизацией боли (руминации по поводу боли,

беспомощность перед болью и тревога усиления боли), более частым признанием факта наличия склонности к агрессивному поведению, наличия тревожных и навязчивых мыслей, суицидальных мыслей, эпизодического употребления ПАВ, а также большим декларированием потребности в получении психологической помощи. Они, в отличие от здоровых лиц, в большей степени чувствуют себя обузой и «брошенными».

3. При наличии аттенуированной психотической симптоматики пациенты с юношеской депрессией реже сообщают об эпизодическом употреблении ПАВ, о наличии суицидальных мыслей; реже декларируют наличие потребности в психологической помощи, по сравнению с пациентами без аттенуированной психотической симптоматики в картине болезни, при общем снижении критичности к своему состоянию.

4. Пациенты с юношеской депрессией и опытом несуицидальных самоповреждений при наличии аттенуированной психотической симптоматики имеют менее выраженный страх боли, в сравнении с пациентами с юношеской депрессией и аттенуированной психотической симптоматикой, но без несуицидальных самоповреждений.

5. Пациенты с юношеской депрессией с опытом несуицидальных самоповреждений, но без опыта совершения суицидальных попыток, отличаются от пациентов с юношеской депрессией и опытом суицидальных попыток наличием более выраженного страха боли, более низкой переносимостью дискомфорта и большей склонностью к его избеганию.

6. Во всех группах участников исследования фрустрация межличностных потребностей (переживание чувства «брошенности» и восприятие себя как обузы) связана с катастрофизацией боли, однако именно при депрессиях с несуицидальными самоповреждениями эта связь носит глобальный характер, охватывая все компоненты катастрофизации боли (руминации по поводу боли, и беспомощность перед болью, тревога усиления боли), что на фоне выявленного сочетания наибольшей степени фрустрации

межличностных потребностей и наименьшего страха значительной боли может свидетельствовать о формировании специфической психологической готовности причинять себе физическую боль с целью компенсации вызванной глубокой социальной дезадаптацией «душевной боли» и может рассматриваться в качестве фактора риска возникновения несуицидальных самоповреждений при юношеских депрессиях.

7. Несуицидальные самоповреждения при юношеских депрессиях могут рассматриваться в качестве дисфункциональной стратегии совладания с негативными интенсивными и субъективно непереносимыми эмоциональными переживаниями, которая инициируется мыслями о возможной эффективности самоповреждений и закрепляется переживанием чувства эмоционального облегчения, а также возможной социальной выгодой и иллюзией обретения контроля над собственным состоянием.

#### IV. ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Публикации в рецензируемых научных изданиях, утвержденных для защиты в диссертационном совете МГУ имени М.В.Ломоносова по специальности и отрасли наук (общий объем – 8,57 п.л.; авторский вклад – 4,75 п.л.)**

1. Олейчик, М.И. Когнитивный профиль и личностные особенности пациентов юношеского возраста, страдающих депрессиями с несуицидальными самоповреждениями / М.И. Олейчик, О.П. Шевченко, А.С. Морева, И.В. Олейчик, А.Ш. Тхостов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2025. – Т. 15. – № 3. – С. 432-454. (1,88 п.л. / 1,3 п.л.) (EDN: LTYVTV) **Импакт-фактор 1,609 (РИНЦ).**

2. Олейчик, М.И. Восприятие боли у пациентов, страдающих эндогенной депрессией, сопровождающейся несуицидальным аутоагрессивным поведением / М.И. Олейчик, С.О. Кузнецова, С.Е. Строгова // Психологические исследования. – 2025. - Т. 18. – № 103. – С. 6. - DOI: 10.54359/ps.v18i103.1981 (1,28 п.л. / 0,75 п.л. п.л.) (EDN: HVDWFZ) **Импакт-фактор 0,506 (РИНЦ).**

3. Олейчик, М.И. Индивидуальное и воспринимаемое общественное отношение к самоубийству и их взаимосвязь с суицидальным риском / С.А. Говоров, В.К. Солондаев, М.И. Олейчик, Е.М. Иванова // Консультативная психология и психотерапия. – 2025. – Т. 33. – № 3. – С. 81-104. (1,35 п.л. / 0,55 п.л.) (EDN: UTELEN) **Импакт-фактор 0,233 (SJR).**

4. Олейчик, М.И. Когнитивные особенности как факторы риска несуицидальных самоповреждений у пациенток юношеского возраста, страдающих депрессиями с аттенуированной психотической симптоматикой и без нее / М.И. Олейчик, О.П. Шевченко, А.К. Баранова, Е.Р. Кафаров, Д.И. Шульгина, Т.И. Шишковская, Г.Е. Рупчев, А.Ш. Тхостов // Психиатрия. – 2025. – Т. 23. – № 6. – С. 80-91 (1,48 п.л. / 0,95 п.л.) (EDN: WLWXSG) **Импакт-фактор 0,134 (SJR).**

5. Олейчик, М.И. Особенности восприятия интернет-мемов суицидально-депрессивной тематики при клинической депрессии / С.А. Говоров, В.К. Солондаев, Д.А. Суворова, М.И. Олейчик, М.А. Омельченко, Е.М. Иванова,

Е.И. Первичко, Ю.А. Чайка // Психиатрия. – 2026. – Т. 24. - № 1. – С. 64-77. - (1,63 п.л. / 0,75 п.л.) (EDN: LHVCOP) **Импакт-фактор 0,134 (SJR).**

6. Олейчик, М.И. Нейропсихологический профиль пациенток юношеского возраста, страдающих депрессиями различной нозологической принадлежности / А.С. Морева, О.П. Шевченко, М.И. Олейчик, П.А. Баранов, И.В. Олейчик // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2026. – Т. 28. – № 1. – С. 54-60. (0,95 п.л. / 0,45 п.л.) (EDN: BTVYXH) **Импакт-фактор 0,617 (РИНЦ).**

### **Научные публикации в других изданиях**

7. Олейчик, М.И. Нейропсихологические и личностные особенности пациенток подростково-юношеского возраста с депрессивными состояниями, сопровождающимися несуйцидальным аутоагрессивным поведением, как основа для психотерапевтических и нейрореабилитационных стратегий / М.И. Олейчик, О.П. Шевченко, И.В. Олейчик, П.А. Баранов, А.С. Морева // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2024. – Т. 6. – № 4. – С. 324-335. (1,27 п.л. / 0,69 п.л.) (EDN: JLUEAD) **Импакт-фактор 0,720 (РИНЦ).**

8. Олейчик, М.И. Особенности отношения к физической и душевной боли у пациентов юношеского возраста, страдающих депрессиями, сопровождающимися несуйцидальными самоповреждениями, в качестве критериев определения целевых реабилитационных групп / М.И. Олейчик, О.П. Шевченко, Д.А. Александрова, А.С. Морева, И.В. Олейчик, Е.И. Первичко // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2026. – Т. 8. – № 1. – С. 34-43. (1,08 п.л. / 0,6 п.л.) (EDN: VZMXXE) **Импакт-фактор 0,720 (РИНЦ).**