

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Научная статья
<https://doi.org/10.11621/npj.2023.0203>

УДК 159.9

Апробация методик отношения к физической боли у подростков и молодежи: психометрические характеристики, возможности и ограничения

В. С. Садовничая^{1, 2}, Е. И. Рассказова^{2, 3} ✉

¹ Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина, Москва, Российская Федерация

² Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация

³ Научный центр психического здоровья, Москва, Российская Федерация

✉ e.i.rasskazova@gmail.com

Резюме

Актуальность. В подростковом и юношеском возрасте отношение к физической боли связывают не только со склонностью к соматизации и ипохондризации, но и с признаками агрессивного и суицидального поведения.

Цель. Апробация русскоязычных версий шкал интолерантности к дискомфорту, катастрофизации боли и опросника страха боли у подростков и молодых людей.

Методы. Русскоязычные версии шкалы интолерантности к дискомфорту, шкалы катастрофизации боли, краткая форма опросника страха боли, опросник представлений о теле и здоровье. Дополнительно задавались вопросы о признаках девиантного поведения.

Выборка. 245 подростков и молодых людей (112 человек в возрасте 13–16 лет и 133 человека в возрасте 17–21 год).

Результаты. Продемонстрирована достаточная надежность-согласованность шкал опросника страха боли, опросника катастрофизации боли, а также субшкалы избегания дискомфорта шкалы интолерантности к дискомфорту при применении у подростков и молодых людей. Конфирматорный факторный анализ подтвердил факторную структуру методик, соответствующую оригинальной версии. Для девушек были более характерны руминации в отношении боли, чем для юношей; связи отношения к физической боли с возрастом выявлено не было. В подтверждение внешней валидности методик, различные аспекты страха, катастрофизации и интолерантности к физической боли положительно связаны между собой, а также с катастрофизацией телесных ощущений, выраженностью ощущений со стороны вегетативной нервной системы, представлениями о непереносимости телесных ощущений, соматосенсорной амплификацией. Катастрофизация в отношении физической боли была связана с признаками девиантного поведения — проявлениями агрессии, тревожными, навязчивыми, суицидальными мыслями, употреблением ПАВ (психоактивных веществ). Опыт самоповреждающего или суицидального поведения был связан с беспомощностью по отношению к боли, но более низкими показателями страха значительной боли и боли от инъекций.

Выводы. Опросники страха боли и катастрофизации боли являются достаточно надежными и валидными методиками психодиагностики отношения к физической боли у подростков и молодых людей.

Ключевые слова: отношение к физической боли, интолерантность к боли, катастрофизация, страх боли, подростки, девиантное поведение.

Информация о финансировании. Исследование выполнено при поддержке Российского научного фонда, проект 22–28–0152 «Психологические факторы риска девиантного поведения у подростков и молодежи: профили саморегуляции и совладания».

Для цитирования: 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. № 2 (50). С. 29–45. <https://doi.org/10.11621/npj.2023.0203>

CLINICAL PSYCHOLOGY

Scientific Article

<https://doi.org/10.11621/npj.2023.0203>

Validation for the scales of attitude to physical pain in adolescents and youth: psychometric characteristics, possibilities, and limitations

Veronika S. Sadovnichaya¹, Elena I. Rasskazova^{2, 3} ✉

¹ Psychiatric Clinical Hospital № 4 named after P. B. Gannushkin, Moscow, Russian Federation

² Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation

³ Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation

✉ e.i.rasskazova@gmail.com

Abstract

Background. In adolescence and youth, physical pain is associated not only with a tendency to somatization and hypochondrization but also with signs of aggressive and suicidal behaviour.

Objective. The study is aimed at approbation of Russian-language versions of the Discomfort Intolerance Scale, the Pain Catastrophization Scale and the Fear of Pain questionnaire in adolescents and young people.

Methods. The Russian-language versions of the Discomfort Intolerance Scale, the Pain Catastrophization Scale, the Fear of Pain Questionnaire (Short Form), the Body and Health Perceptions Inventory. Questions on the signs of deviant behaviours were also included.

Sample. 245 adolescents and young adults (112 people aged 13–16 and 133 people aged 17–21).

Results. Sufficient reliability-consistency of the Fear of Pain Questionnaire scales, the Pain Catastrophization Questionnaire scales, as well as the discomfort avoidance subscale of the Discomfort Intolerance Scale was demonstrated on the sample of adolescents and young people. Confirmatory factor analysis supported the factor structure of the methods, corresponding to the original version. Girls were more likely to ruminate about pain than boys; there was no correlation between physical pain and age. In confirmation of the external validity of the methods, various aspects of fear, catastrophization and intolerance to physical pain are positively related to each other, as well as to the catastrophization of bodily sensations, the severity of sensations from the autonomic nervous system, as well as with the ideas about intolerance to bodily sensations and somatosensory amplification. Catastrophization in relation to physical pain was associated with signs of deviant behaviour, including signs of aggression as well as anxious, obsessive, suicidal thoughts, and substances use. Experience of self-injurious or suicidal behaviour was associated not only with helpless attitude towards pain but also with lower rates of fear of significant pain and injection pain.

Conclusions. The Fear of Pain Questionnaire and the Pain Catastrophization Questionnaire scales are reliable and valid methods for psychodiagnostics of attitudes towards physical pain in adolescents and young people.

Keywords: attitude to physical pain, pain intolerance, catastrophizing, fear of pain, adolescents, deviant behaviour.

Funding. Research was supported by the Russian Science Foundation, project 22–28–0152 “Psychological risk factors for deviant behaviour in adolescents and youth: profiles of self-regulation and coping”.

For citation: Sadovnichaya, V.S., Rasskazova, E.I. (2023). Validation for the scales of attitude to physical pain in adolescents and youth: psychometric characteristics, possibilities, and limitations. *National psychological journal*, 2 (50), 29–45. <https://doi.org/10.11621/npj.2023.0203>

Введение

Проблема болевых порогов и отношения к физической боли (страха боли, интолерантности к боли,

катастрофизации в отношении боли) в подростковом и юношеском возрасте актуальна преимущественно в трех контекстах: в связи с риском ипохондризации и соматизации (в том числе у людей с соматическими

заболеваниями), агрессивного поведения и насилия, а также самоповреждающего поведения, суицидальных мыслей и действий.

Отношение к физической боли в контексте проблемы соматизации и ипохондризации. Соматические жалобы, не имеющие медицинских оснований, а также склонность к соматизации как в норме, так и у пациентов с соматоформными расстройствами неоднократно связывались со специфическими представлениями о теле и здоровье (Rief et al., 2003; Rief, Hiller, 2003), в частности, представлениями людей о непереносимости своих телесных ощущений, слабости и уязвимости своего тела, склонностью к катастрофизации телесных ощущений. В исследованиях пациентов с ипохондриями было предложено понятие соматосенсорной амплификации как чрезмерного внимания к ощущениям со склонностью отбирать слабые и редкие и интерпретировать их как опасные (Barsky, Wyshak, 1990). Для этих пациентов также характерно регулярное сканирование тела на предмет патологических ощущений (Rief et al., 2003). У детей и подростков представления о себе как больном могут определять тревогу о здоровье и выраженность соматических жалоб, не получивших достаточного медицинского обоснования (Jungman, Withoef, 2020), а функциональные расстройства сопряжены с акцентом на единственной физиологической причине болезни без возможности рассмотрения функциональной и психологической природы своего состояния (Hulgaard et al., 2020). В этом контексте закономерно предполагать, что катастрофизация по поводу боли, субъективная интолерантность, представления о непереносимости боли и уязвимости к ней тела, а также страх боли могут, с одной стороны, быть проявлениями общих убеждений о теле и здоровье, сопряженных с риском соматизации, а с другой стороны, усиливать поиск, отбор тревожащих болевых ощущений и регулярное сканирование тела, то есть провоцировать признаки ипохондрического поведения.

Отношение к физической боли и признаки агрессивного поведения. Отношение к физической боли — в первую очередь, повышенный болевой порог и пониженный страх перед болью — традиционно связывались с агрессивным поведением и психопатическими чертами (Miller et al., 2014; Patrick, Drislane, 2014; Brislin, Buchman-Schmitt, Joiner, Patrick, 2016). Одно из возможных объяснений связано с особенностями воспитания в семье — в частности попустительством, авторитарностью и/или наличием насилия в семье (Бакланова, 2018; Knafo, Plomin, 2006), что может не только влиять на повышение болевого порога, но и приводить к субъективной приемлемости агрессии и насилия для ребенка (Banzon-Lobrojo, Alampay, 2010).

Особенно ярко эта связь проявлялась у мужчин: так, мужчины и мальчики-подростки, стабильно проявляющие агрессию, имели более высокий болевой порог (Seguin et al., 1996; Neil et al., 2007). Однако в случае с женщинами связь между повышенным болевым порогом и повышенной агрессивностью не достигает принятого уровня значимости (Reidy, Dimmick, MacDonald, Zeichner, 2009). Ситуативное переживание боли, напротив, связано с более высокой вероятностью агрессивного поведения (Ring, Kavussanu, Willoughby, 2016). Один из обсуждаемых парадоксов в этой области состоит в том, что с одной стороны в случае повышенного болевого порога, человек может выдержать больше физической боли, следовательно, может дольше не поддаваться агрессии, ведь боль и дискомфорт являются одними из самых сильных триггеров к агрессии (Anderson, Bushman, 2002). С другой стороны, при повышенном болевом пороге агрессия может быть выше в некоторых случаях (например, в случае соперничества). Возможно, это можно объяснить тем, что пониженная чувствительность к боли также связана с поиском новых ощущений, однако данных по этому поводу не обнаружено.

Роль отношения к физической боли в теориях суицида. В межличностной теории суицида Томаса Джойнера (Joiner, 2005), а затем и в ряде других (Van Orden et al., 2010; Klonsky, May, 2015; O'Connor, Kirtley, 2018; Galynker, 2017) подчеркивалась роль восприятия, переживания и отношения к боли. Опыт насилия, травм и самоповреждений может повышать риск суицидального поведения, в частности, потому, что меняется чувствительность к боли и страх смерти (Butler, Malone, 2013; Paul et al., 2015). Болевой порог и интолерантность к боли у людей с самоповреждающим и суицидальным поведением, по некоторым данным, действительно повышены (Franklin, Hessel, Prinstein, 2011; Orbach et al., 1997), однако существует расхождение между объективно измеренным болевым порогом и самоотчетом респондентов на эту тему (Edwards, Fillingim, 2007). При этом несмотря на наличие данных о повышенном физическом болевом пороге, существуют также данные о пониженной толерантности к психологической боли (Meerwijk, Weiss, 2018). Тем не менее, исследования мозговой активности косвенно свидетельствуют в пользу предположения о единых основаниях переживания физической и психологической боли (DeWall, Baumeister, 2006; Hooley, Franklin, Nock, 2014; Kross et al., 2011).

Существенным ограничением исследований отношения к физической боли и его связи с риском соматизации и девиантного поведения выступает недостаточность русскоязычного методического инструментария; особенно данных о применении методик в подростковом и юношеском возрастах.

Цель исследования — апробация русскоязычных версий шкал интолерантности к дискомфорту, катастрофизации боли и опросника страха боли на выборке подростков и молодых людей в возрасте от 13 до 21 года.

Выдвигались следующие **задачи**:

1. Исследование надежности-согласованности и факторной структуры методик.
2. Выявление социодемографических факторов отношения к физической боли.
3. Выявление связи отношения к физической боли с отношением подростков и молодых людей к телу и здоровью.
4. Выявление связи отношения к физической боли с признаками девиантного поведения (агрессивное поведение, тревожные и навязчивые мысли, употребление психоактивных веществ, субъективная необходимость психологической помощи, суицидальные мысли и действия) подростков и молодых людей.

Выборка

К участию в исследовании приглашались подростки и молодые люди в возрасте от 12 до 21 года. Респонденты приглашались онлайн через тематические сайты и социальные группы, в которых они состояли. Методики предъявлялись онлайн; мотивацией к прохождению являлось вознаграждение в виде игры-памятки по девиантному поведению. Всего в исследовании приняли участие 245 человек в возрасте от 13 лет до 21 года (из них 72 человека в возрасте 13–15 лет — 29,4%, 78 человек в возрасте 16–17 лет — 31,8%, 95 человек 18 лет и старше — 38,8%; средний возраст $16,7 \pm 2,1$ лет), из них 204 девушки и 41 юноши.

Методы

Применялись следующие **методики**:

1. Три методики диагностики **отношения к физической боли** были переведены на русский язык; затем был выполнен обратный перевод и проведена проверка содержания пунктов.

а. **Шкала интолерантности к дискомфорту** (Discomfort Intolerance Scale, DIS) (Schmidt, Richey, Fitzpatrick, 2006) — отражает степень того, насколько люди, исходя из собственного самоощущения, могут переносить физический дискомфорт, и включает два фактора: избегание дискомфорта и интолерантность к боли/дискомфорту.

б. **Шкала катастрофизации боли** (The Pain Catastrophizing Scale, PCS) (Sullivan, Bishop, Pivik, 1995) измеряет тенденцию преувеличения опасности или серьезности боли. Состоит из 13 пунктов, имеет четыре категории ответов (0 = совсем нет, 4 = постоянно) и имеет три фактора: руминация, тревога усиления боли и беспомощность.

с. **Краткая форма опросника страха боли** (Fear of Pain Questionary — Short Form, FPQ_SF) (Asmundson, Bovell, Carleton, McWilliams, 2008) — это опросник из 20 пунктов, выведенный из более длинного опросника FPQ-III, измеряющий страх боли. Он имеет четырехфакторную структуру, где каждая субшкала описывает определенный тип боли: малая боль, значительная боль, боль от инъекций и зубная боль. Ответы даются по пятибалльной шкале от 1 (совсем нет) до 5 (экстремально).

2. **Опросник представлений о теле и здоровье** (Cognitions About Body and Health Questionnaire, САВАН) (Rief, Hiller, Margraf, 1998; Белокрылов, Семиков, Тхостов, Рассказова, 2021) состоит из 39 пунктов и оценивает тенденцию катастрофизировать телесные ощущения, интолерантность к физическому дискомфорту и склонность переоценивать телесные ощущения. Имеет четыре категории ответов (0 — совершенно не верно, 3 — совершенно верно). Состоит из шести субшкал: катастрофизация телесных ощущений, ощущения со стороны вегетативной нервной системы (ВНС), непереносимость телесных ощущений, телесная слабость, привычки, связанные со здоровьем, соматосенсорная амплификация.

3. **Анкета диагностики проявлений девиантного поведения** (Деменко и др., 2018) была предложена как скрининговый инструмент для самооценки признаков девиантного поведения у подростков. На основе факторного анализа в шкале было выделено пять согласованных шкал (табл. 1): агрессивное поведение, тревожные и навязчивые мысли, употребление психоактивных веществ (ПАВ), субъективная потребность в психологической помощи, суицидальные мысли. Следует отметить, что в группе подростков 13–16 лет согласованность шкал агрессивного поведения и употребления ПАВ была ниже допустимого уровня, что требует уточнения в дальнейших исследованиях. Однако в целом по выборке показатели были допустимыми.

4. В связи с тем, что в данном исследовании выдвигались предположения о связи отношения к физической боли с **суицидальными мыслями и действиями**, дополнительно респондентам задавались два вопроса: «Было ли в Вашей жизни такое, что Вы хотели

покончить с собой?» и «Пытались ли Вы покончить с собой?». 104 человека (42,4%) сообщили о том, что за свою жизнь сталкивались с суицидальными мыслями; 47 человек (19,2%) — о совершении соответствующих действий.

Обработка данных проводилась в программах SPSS Statistics 23.0 и Jamovi 2.0 и включала описательную статистику, анализ надежности-согласованности, методы сравнения групп, корреляционный анализ, конфирматорный факторный анализ.

Результаты

Надежность-согласованность, факторная валидность и связи между методиками отношения к физической боли

Надежность-согласованность шкал опросника страха боли варьирует от хорошей до высокой как

в группе подростков 13–16 лет, так и в группе молодых людей 17–21 года (табл. 1). Шкалы опросника катастрофизации боли также продемонстрировали достаточную согласованность, за исключением пограничного по величине показателя по шкале тревоги усиления боли в группе подростков 13–16 лет. Показатели по субшкале избегания дискомфорта и общему баллу шкалы интолерантности к дискомфорту были достаточными (хотя и довольно низкими в группе подростков 13–16 лет), тогда как согласованность шкалы интолерантности была низка в обеих группах.

В отношении физической боли девушки чаще проявляли признаки руминаций, чем юноши ($t = -2,62$, $p < 0,01$, $d = 0,45$). У них также был выше общий показатель катастрофизации в отношении физической боли ($t = -2,23$, $p < 0,05$, $d = 0,38$).

Отношение к физической боли у подростков и молодых людей не связано с возрастом.

Таблица 1. Описательная статистика и надежность-согласованность шкал отношения к физической боли и признаков девиантного поведения

Шкалы отношения к физической боли	Альфа Кронбаха (N = 245)	Альфа Кронбаха в группе 13–16 лет (N = 112)	Альфа Кронбаха в группе 17–21 год (N = 133)	Среднее	Ст. откл.
Шкала интолерантности к дискомфорту — Избегание дискомфорта	0,71	0,64	0,76	2,75	1,36
Шкала интолерантности к дискомфорту — Интолерантность	0,60	0,63	0,57	2,97	1,31
Шкала интолерантности к дискомфорту — Общий балл	0,72	0,61	0,78	2,88	1,12
Шкала катастрофизации боли — Руминации	0,89	0,86	0,91	1,68	1,30
Шкала катастрофизации боли — Беспомощность	0,90	0,87	0,92	1,36	1,14
Шкала катастрофизации боли — Тревога усиления боли	0,72	0,65	0,76	1,41	1,12
Шкала катастрофизации боли — Общий балл	0,94	0,91	0,95	1,48	1,07
Опросник страха боли — Малая боль	0,78	0,79	0,78	1,56	0,50
Опросник страха боли — Значительная боль	0,83	0,83	0,84	3,16	0,82
Опросник страха боли — Боль от инъекций	0,87	0,87	0,87	1,71	0,93
Опросник страха боли — Зубная боль	0,74	0,73	0,76	2,51	1,01
Опросник страха боли — Общий балл	0,89	0,90	0,87	2,20	0,55
Агрессивное поведение	0,64	0,51	0,74	2,19	0,89
Тревожные и навязчивые мысли	0,77	0,75	0,79	2,45	0,85
Употребление ПАВ	0,83	0,55	0,85	1,23	0,46
Субъективная потребность в психологической помощи	0,84	0,83	0,86	2,68	0,81
Суицидальные мысли	0,84	0,84	0,84	2,42	1,08

Table 1. Descriptive statistics and reliability-consistency of scales of attitude to physical pain and signs of deviant behaviour

Scales of attitude to physical pain	Cronbach's alpha (N = 245)	Cronbach's alpha in the group of 13-16 years old (N = 112)	Cronbach's alpha in the group of 17-21 years old (N = 133)	Mean	Standard deviation
Discomfort Intolerance Scale — Discomfort Avoidance	0.71	0.64	0.76	2.75	1.36
Discomfort Intolerance Scale — Intolerance	0.60	0.63	0.57	2.97	1.31
Discomfort Intolerance Scale — Total Score	0.72	0.61	0.78	2.88	1.12
Pain Catastrophizing Scale — Ruminations	0.89	0.86	0.91	1.68	1.30
Pain Catastrophizing Scale — Helplessness	0.90	0.87	0.92	1.36	1.14
Pain Catastrophizing Scale — Pain Worsening Anxiety	0.72	0.65	0.76	1.41	1.12
Pain Catastrophizing scale — Total score	0.94	0.91	0.95	1.48	1.07
Fear of Pain Questionnaire — Minor Pain	0.78	0.79	0.78	1.56	0.50
Fear of Pain Questionnaire — Significant Pain	0.83	0.83	0.84	3.16	0.82
Fear of Pain Questionnaire — Injection Pain	0.87	0.87	0.87	1.71	0.93
Fear of Pain Questionnaire — Toothache	0.74	0.73	0.76	2.51	1.01
Fear of Pain Questionnaire — Total Score	0.89	0.90	0.87	2.20	0.55
Aggressive behaviour	0.64	0.51	0.74	2.19	0.89
Anxious and intrusive thoughts	0.77	0.75	0.79	2.45	0.85
Use of psychoactive substances	0.83	0.55	0.85	1.23	0.46
Subjective need for psychological help	0.84	0.83	0.86	2.68	0.81
Suicidal thoughts	0.84	0.84	0.84	2.42	1.08

Для проверки факторной валидности методик проводился конфирматорный факторный анализ. В модель для шкалы интолерантности к дискомфорту на основе индексов модификации были добавлены корреляции остатков пунктов 3 «Я могу пойти на крайности, чтобы избежать чувства физического дискомфорта» и 5 «Я более чувствителен к физическому дискомфорту, чем большинство других людей» с пунктом 1 «Я могу вытерпеть сильный физический дискомфорт», поскольку во всех пунктах речь идет о терпении к физическому дискомфорту. Показатели полученной модели свидетельствуют в пользу факторной валидности шкалы интолерантности к дискомфорту ($\chi^2 = 2,38$, $df = 2$, $p = 0,31$, $CFI = 0,998$, $TLI = 0,992$, $SRMR = 0,016$, $RMSEA = 0,028$, $90\%CI [0,00; 0,13]$). Факторные нагрузки пунктов на «свои» факторы составляют 0,62–0,72; корреляция факторов между собой $r = -0,57$ ($p < 0,01$).

При проведении конфирматорного факторного анализа шкалы катастрофизации боли в модель были добавлены корреляции между остатками семи пар пунктов, которые содержательно были признаны обоснованными¹. Показатели полученной моде-

¹ Во-первых, речь идет о пунктах с темой завершения / не завершения боли: корреляции остатков пунктов 1 «Я все время беспокоюсь о том, закончится ли эта боль» с пунктами 6 «Мне становится страшно, что боль усилится еще больше», 8 «Я с нетерпением и тревогой жду, когда боль пройдет», 11 «Я постоянно думаю о том, как я ужасно хочу, чтобы боль прекратилась», 13 «Я задумываюсь, не значит ли это, то со мной случится что-то серьезное». Во-вторых, это пункты об общей «ужасности» состояния: корреляции пункта 7 «Я постоянно думаю о других болезненных событиях» с пунктами 3 «Это ужасно и, мне кажется, что никогда не станет лучше» и 11 «Я постоянно думаю о том, как я ужасно хочу, чтобы боль прекратилась». В-третьих, была добавлена корреляция остатков пунктов 9 «Я не могу себе представить, как выкинуть это из головы» и 11 «Я постоянно думаю о том, как я ужасно хочу, чтобы боль прекратилась», объединенных темой навязчивости мыслей о боли.

ли свидетельствуют в пользу факторной валидности шкалы ($\chi^2 = 104$, $df = 55$, $p < 0,01$, $CFI = 0,978$, $TLI = 0,969$, $SRMR = 0,032$, $RMSEA = 0,060$, $90\%CI [0,04; 0,08]$). Факторные нагрузки пунктов на «свои» факторы составляют 0,51–0,87; корреляция факторов между собой $r = 0,79$ – $0,83$ ($p < 0,01$).

Результаты конфирматорного факторного анализа пунктов опросника страха боли были допустимы¹ ($\chi^2 = 281$, $df = 151$, $p < 0,01$, $CFI = 0,935$, $TLI = 0,918$, $SRMR = 0,061$, $RMSEA = 0,059$, $90\%CI [0,05; 0,07]$). Факторные

нагрузки пунктов на «свои» факторы составляют 0,43–0,79; корреляция факторов между собой $r = 0,35$ – $0,74$ ($p < 0,01$).

Шкалы методик отношения к физической боли коррелируют между собой, подтверждая, что различные аспекты эмоциональных и поведенческих реакций связаны (табл. 2). В отличие от этого, страх боли от инъекций связан с другими вариантами страха боли, но не ее избеганием, беспомощностью и тревогой усиления.

Таблица 2. Связь шкал отношения к физической боли у подростков и молодежи

	Избегание дискомфорта	Интолерантность	Руминации	Беспомощность	Тревога усиления боли	Малая боль	Значительная боль	Боль от инъекций	Зубная боль
Шкала интолерантности к дискомфорту — Избегание дискомфорта	1	0,40**	0,37**	0,30**	0,18**	0,26**	0,26**	0,11	0,15*
Шкала интолерантности к дискомфорту — Интолерантность		1	0,45**	0,44**	0,38**	0,24**	0,27**	0,19**	0,24**
Шкала катастрофизации боли — Руминации			1	0,78**	0,62**	0,37**	0,35**	0,16*	0,26**
Шкала катастрофизации боли — Беспомощность				1	0,66**	0,34**	0,19**	0,10	0,18**
Шкала катастрофизации боли — Тревога усиления боли					1	0,42**	0,31**	0,11	0,23**
Опросник страха боли — Малая боль						1	0,46**	0,29**	0,54**
Опросник страха боли — Значительная боль							1	0,26**	0,36**
Опросник страха боли — Боль от инъекций								1	0,50**
Опросник страха боли — Зубная боль									1

* — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$.

¹ Как и в отношении первых двух шкал, разрешались корреляции остатков по пунктам, связи между которыми можно было объяснить содержательно. Всего было добавлено 13 пар таких корреляций.

Table 2. Relationship between the scales of attitudes towards physical pain in adolescents and youth

	Avoidance of discomfort	Intolerance	Rumination	Helplessness	Anxiety of worsening pain	Minor pain	Major pain	Injection pain	Toothache
Discomfort Intolerance Scale — Discomfort Avoidance	1	0.40**	0.37**	0.30**	0.18**	0.26**	0.26**	0.11	0.15*
Discomfort Intolerance Scale — Intolerance		1	0.45**	0.44**	0.38**	0.24**	0.27**	0.19**	0.24**
Pain Catastrophizing Scale — Ruminations			1	0.78**	0.62**	0.37**	0.35**	0.16*	0.26**
Pain Catastrophizing Scale — Helplessness				1	0.66**	0.34**	0.19**	0.10	0.18**
Pain Catastrophizing Scale — Pain Worsening Anxiety					1	0.42**	0.31**	0.11	0.23**
Fear of Pain Questionnaire — Minor Pain						1	0.46**	0.29**	0.54**
Fear of Pain Questionnaire — Significant Pain							1	0.26**	0.36**
Fear of Pain Questionnaire — Injection Pain								1	0.50**
Fear of Pain Questionnaire — Toothache									1

* — $p < 0.05$, ** — $p < 0.01$.

Связь отношения к физической боли с отношением к телу и здоровью

Интолерантность к физическому дискомфорту, катастрофизация боли и страх различных видов боли были связаны с катастрофизацией телесных ощущений в целом, представлениями о слабости своего тела, признаками соматосенсорной амплификации и ощущениями со стороны вегетативной нервной

системы — иными словами, со склонностью к представлениям, характерным для соматизации и ипохондризации (табл. 3). Подростки и молодые люди с высоким уровнем интолерантности к дискомфорту и страхом значительной боли также чаще считали свои телесные ощущения и симптомы непереносимыми.

Таблица 3. Связь шкал отношения к физической боли с представлениями о теле и здоровье у подростков и молодежи

	САВАН — Катастрофизация телесных ощущений	САВАН — Ощущения со стороны ВНС	САВАН — Телесная слабость	САВАН — Непереносимость телесных симптомов	САВАН — Здоровые привычки	САВАН — Соматосенсорная амплификация
Шкала интолерантности к дискомфорту — Избегание дискомфорта	0,22**	0,10	0,18**	0,21**	0,13*	0,27**
Шкала интолерантности к дискомфорту — Интолерантность	0,27**	0,23**	0,27**	0,24**	0,18**	0,39**
Шкала интолерантности к дискомфорту — Общий балл	0,30**	0,21**	0,28**	0,27**	0,19**	0,41**
Шкала катастрофизации боли — Руминации	0,21**	0,27**	0,32**	0,11	-0,02	0,42**
Шкала катастрофизации боли — Беспомощность	0,13*	0,40**	0,35**	0,04	-0,02	0,43**
Шкала катастрофизации боли — Тревога усиления боли	0,24**	0,39**	0,36**	0,15*	-0,02	0,42**
Шкала катастрофизации боли — Общий балл	0,20**	0,39**	0,38**	0,10	-0,02	0,47**
Опросник страха боли — Малая боль	0,22**	0,18**	0,26**	0,14*	-0,01	0,33**
Опросник страха боли — Значительная боль	0,22**	0,03	0,17**	0,33**	0,30**	0,35**
Опросник страха боли — Боль от инъекций	0,19**	0,14*	0,20**	0,03	0,02	0,22**
Опросник страха боли — Зубная боль	0,22**	0,04	0,20**	0,12	0,05	0,22**
Опросник страха боли — Общий балл	0,29**	0,13*	0,28**	0,24**	0,15*	0,39**

* — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$.

Table 3. Association of scales of attitude to physical pain with ideas about the body and health in adolescents and young people

	Catastrophizing Body Sensations	ANS Sensations	Body Weakness	Intolerance to Body Symptoms	Healthy Habits	Somatosensory Amplification
Discomfort Intolerance Scale — Discomfort Avoidance	0.22**	0.10	0.18**	0.21**	0.13*	0.27**
Discomfort Intolerance Scale — Intolerance	0.27**	0.23**	0.27**	0.24**	0.18**	0.39**
Discomfort Intolerance Scale — Total	0.30**	0.21**	0.28**	0.27**	0.19**	0.41**
Pain Catastrophizing Scale — Ruminations	0.21**	0.27**	0.32**	0.11	-0.02	0.42**
Pain Catastrophizing Scale — Helplessness	0.13*	0.40**	0.35**	0.04	-0.02	0.43**
Pain Catastrophizing Scale — Pain Worsening Anxiety	0.24**	0.39**	0.36**	0.15*	-0.02	0.42**
Pain Catastrophizing Scale — Total	0.20**	0.39**	0.38**	0.10	-0.02	0.47**
Fear of Pain Questionnaire — Minor Pain	0.22**	0.18**	0.26**	0.14*	-0.01	0.33**
Fear of Pain Questionnaire — Significant Pain	0.22**	0.03	0.17**	0.33**	0.30**	0.35**
Fear of Pain Questionnaire — Injection Pain	0.19**	0.14*	0.20**	0.03	0.02	0.22**
Fear of Pain Questionnaire — Toothache	0.22**	0.04	0.20**	0.12	0.05	0.22**
Fear of Pain Questionnaire — Total	0.29**	0.13*	0.28**	0.24**	0.15*	0.39**

* — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$.

**Отношение к физической боли и признаки
девиантного поведения у подростков и молодежи**

Единственное различие между юношами и девушками в отношении признаков девиантного поведения касалось признания потребности в психологической помощи, которое было более характерно для девушек, чем для юношей ($t = -2,57, p < 0,05, d = 0,44$). Подростки 17–21 года чаще сообщают об употреблении психоактивных веществ, по сравнению с подростками 13–16 лет ($t = -4,38, p < 0,01, d = 0,36$; корреляция с возрастом $r = 0,30, p < 0,01$). Кроме того, более старшие подростки несколько реже проявляют агрессию, хотя эти различия выявлены лишь в корреляционном анализе и не подтверждаются при

сравнении двух возрастных групп ($r = -0,13, p < 0,05$). Опыт суицидальных мыслей и действий не был связан с полом и возрастом респондентов.

Подростки и молодые люди с более выраженными тревожной усиления боли, руминациями и беспомощностью чаще отмечают свое агрессивное поведение, тревожные, навязчивые и суицидальные мысли, употребление ПАВ, а также чаще признают собственную потребность в психологической помощи (табл. 4). Интолерантность к физическому дискомфорту была слабо связана лишь с жалобами на тревожные и навязчивые мысли, а страх малой боли — с тревожными и навязчивыми мыслями, а также признанием своей потребности в психологической помощи.

Таблица 4. Связь шкал отношения к физической боли с признаками девиантного поведения у подростков и молодежи

Шкалы отношения к физической боли	Агрессивное поведение	Тревожные и навязчивые мысли	Употребление ПАВ	Субъективная потребность в психологической помощи	Суицидальные мысли
Шкала интолерантности к дискомфорту — Избегание дискомфорта	0,00	0,08	0,05	0,04	0,09
Шкала интолерантности к дискомфорту — Интолерантность	0,10	0,13*	0,04	0,03	0,03
Шкала интолерантности к дискомфорту — Общий балл	0,07	0,13*	0,05	0,04	0,07
Шкала катастрофизации боли — Руминации	0,29**	0,38**	0,10	0,32**	0,21**
Шкала катастрофизации боли — Беспомощность	0,29**	0,43**	0,20**	0,4**	0,34**
Шкала катастрофизации боли — Тревога усиления боли	0,29**	0,41**	0,15*	0,35**	0,25**
Шкала катастрофизации боли — Общий балл	0,32**	0,45**	0,17**	0,41**	0,30**
Опросник страха боли — Малая боль	0,09	0,20**	0,00	0,23**	0,11
Опросник страха боли — Значительная боль	-0,05	0,10	-0,15*	0,01	-0,11
Опросник страха боли — Боль от инъекций	0,02	0,15*	0,02	0,11	0,09
Опросник страха боли — Зубная боль	0,01	0,13	-0,04	0,26**	0,06
Опросник страха боли — Общий балл	0,02	0,19**	-0,08	0,19**	0,03

* — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$.

Table 4. Association of scales of attitude to physical pain with signs of deviant behaviour in adolescents and youth

Scales of attitude to physical pain	Aggressive behaviour	Anxious and obsessive thoughts	Substance use	Subjective need for psychological help	Suicidal thoughts
Discomfort Intolerance Scale — Discomfort Avoidance	0.00	0.08	0.05	0.04	0.09
Discomfort Intolerance Scale — Intolerance	0.10	0.13*	0.04	0.03	0.03
Discomfort Intolerance Scale — Total	0.07	0.13*	0.05	0.04	0.07
Pain Catastrophizing Scale — Ruminations	0.29**	0.38**	0.10	0.32**	0.21**
Pain Catastrophizing Scale — Helplessness	0.29**	0.43**	0.20**	0.43**	0.34**
Pain Catastrophizing Scale — Pain Worsening Anxiety	0.29**	0.41**	0.15*	0.35**	0.25**
Pain Catastrophizing Scale — Total	0.32**	0.45**	0.17**	0.41**	0.30**
Fear of Pain Questionnaire — Minor Pain	0.09	0.20**	0.00	0.23**	0.11
Fear of Pain Questionnaire — Significant Pain	-0.05	0.10	-0.15*	0.01	-0.11
Fear of Pain Questionnaire — Injection Pain	0.02	0.15*	0.02	0.11	0.09
Fear of Pain Questionnaire — Toothache	0.01	0.13	-0.04	0.26**	0.06
Fear of Pain Questionnaire — Total	0.02	0.19**	-0.08	0.19**	0.03

* — $p < 0.05$, ** — $p < 0.01$.

Для подростков и молодых людей, сообщающих об опыте суицидальных мыслей и особенно — действий, характерны более выраженные признаки других форм девиантного поведения (агрессивное поведение, тревожные и навязчивые мысли, употребление ПАВ, субъективная потребность в психологической помощи; $F = 13,48-44,15$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,10-0,27$). Очевидно, что наиболее велики различия между группами по шкале суицидальных мыслей ($F = 93,52$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,44$). Согласно результатам попарного сравнения по критерию Шеффе, все три группы (без опыта суицидальных мыслей, с опытом мыслей и действий) значимо различаются ($p < 0,05$) между собой по выраженности жалоб на тревожные и навязчивые мысли, субъективной потребности в психологической помощи и выраженности суицидальных мыслей. Признаки агрессивного поведения и употребления ПАВ более выражены у подростков с суицидальными действиями ($p < 0,05$), тогда как подростки и молодые

люди без и с опытом суицидальных мыслей не различаются по этим показателям.

Подростки и молодые люди с опытом суицидальных мыслей (рис.) испытывают более выраженную беспомощность в отношении физической боли ($F = 6,65$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,05$); у них также более выражен общий показатель катастрофизации боли ($F = 4,72$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,04$). При этом более выраженная склонность к суицидальности связана с меньшим страхом значительной боли ($F = 5,95$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,05$); подростки, сообщившие об опыте суицидальных действий, меньше боятся боли от инъекций ($F = 3,54$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,03$) и боли в целом ($F = 3,38$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,03$). Попарное сравнение групп по критерию Шеффе показывает, что во всех случаях различия касаются группы подростков и молодых людей, сообщивших о суицидальных действиях ($p < 0,05$), тогда как различий между подростками с и без опыта суицидальных мыслей по этим показателям не выявлено.

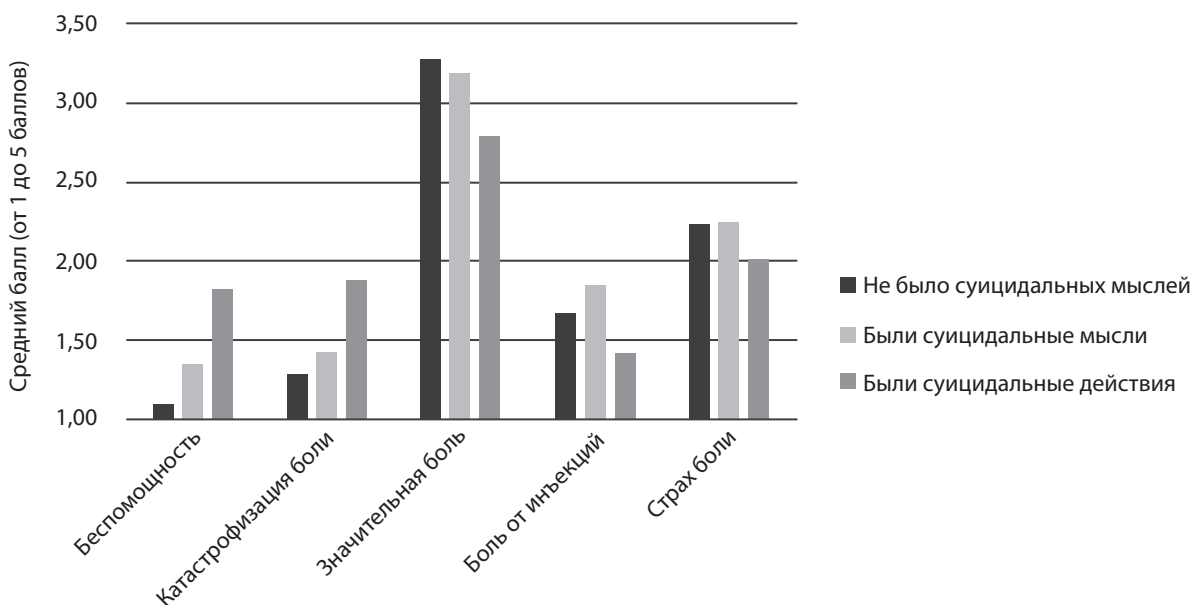


Рисунок. Отношение к физической боли у подростков и молодых людей без и с опытом суицидальных мыслей и действий

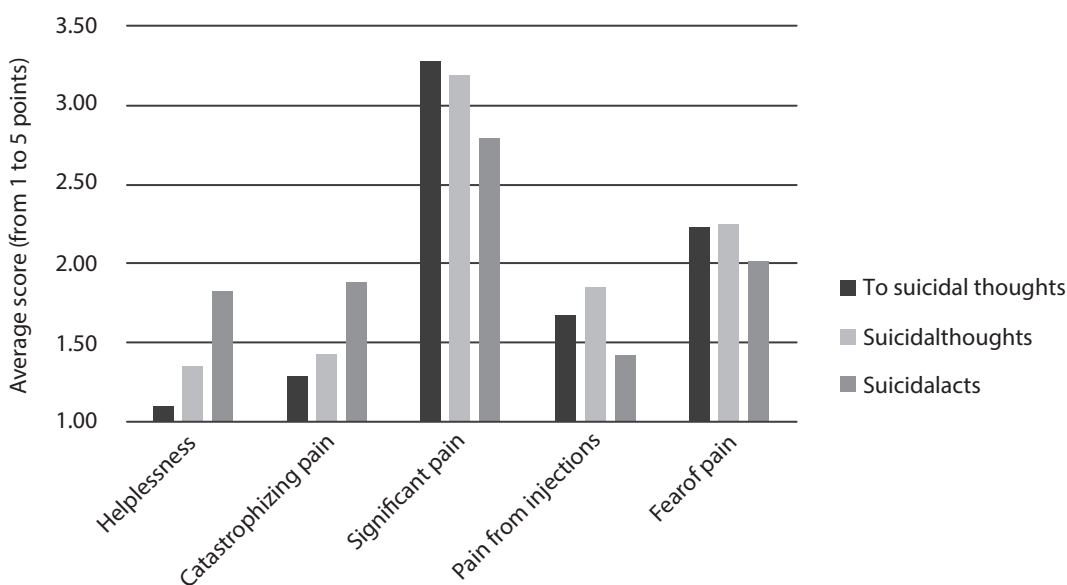


Figure. Attitudes toward physical pain in adolescents and young adults with and without experience of suicidal thoughts and actions

Обсуждение результатов

Психометрические характеристики методик отношения к физической боли при применении у подростков и молодых людей

Результаты позволяют обосновать достаточную факторную валидность и надежность-согласованность шкал опросника страха боли, опросника катастрофизации боли, а также субшкалы избегания дискомфорта шкалы интолерантности к дискомфорту при применении у подростков и молодых

людей. В подтверждение внешней валидности методики, все шкалы методик отношения к физической боли были положительно связаны между собой. Исключение составляла шкала боли от инъекций, показатели которой были связаны со страхом боли, но не были связаны с избеганием дискомфорта, беспомощностью и тревогой усиления боли. С нашей точки зрения, это закономерный результат, поскольку боль от инъекций, как правило, терпят, а не избегают, и долгосрочных негативных последствий она не вызывает (как и опасений за эти последствия).

Для практического использования методик важно отметить несколько моментов. Во-первых, по результатам конфирматорного факторного анализа опросника катастрофизации боли, шкалы этой методики в значительной степени коррелируют между собой ($r = 0,79-0,83$), что позволяет предполагать, что более эвристичным будет рассмотрение конструкта катастрофизации боли как единого. Дальнейшие исследования могут уточнить это предположение. Во-вторых, субшкала интолерантности к дискомфорту показала низкую согласованность в группах подростков и молодых людей, что, с нашей точки зрения, объясняется скрининговым характером методики — вся методика состоит из пяти пунктов, чего может быть недостаточно для обеспечения согласованности по двум субшкалам. Можно рекомендовать применять общий показатель интолерантности к дискомфорту или исключительно субшкалу избегания дискомфорта. В-третьих, у подростков 13–16 лет согласованность по ряду субшкал (субшкалам шкалы интолерантности к дискомфорту, шкал тревоги усиления боли) достигала лишь пограничных значений, что требует дальнейших исследований понимания подростками этой группы соответствующих пунктов.

Социодемографические факторы отношения к физической боли при применении у подростков и молодых людей

Практически не выявлено различий в отношении к физической боли у респондентов разного пола и возраста. Иными словами, речь, по-видимому, идет об универсальных особенностях, не претерпевающих существенных трансформаций в подростковом и юношеском возрасте. Единственное исключение касалось более высокого показателя руминаций в отношении физической боли у девушек, чем у юношей, что также отразилось на их более высоких общих баллах по шкале катастрофизации боли. Можно предполагать, что эмоциональные (страх) и поведенческие (готовность к избеганию) реакции на физическую боль не зависят от пола респондентов, но девушки чаще сталкиваются с навязчивыми мыслями о боли, которые им трудно избегать. Следует, однако, отметить, что ввиду неравномерного распределения респондентов по полу в нашей выборке, данные о различиях между юношами и девушками следует считать предварительными.

Связь отношения к физической боли со склонностью соматизации и признаками девиантного поведения

В полном соответствии с исходными предположениями, результаты свидетельствуют о том, что

интолерантность к физическому дискомфорту, катастрофизация боли и страх различных видов боли у подростков и молодых людей связаны, с одной стороны, со склонностью к соматизации, а с другой стороны, с некоторыми признаками девиантного поведения. В частности, подростки и молодые люди с более высоким уровнем интолерантности к физической боли, страха боли и катастрофизации склонны к катастрофизации по поводу своих телесных ощущений, считают тело слабым и уязвимым, жалуются на большее число ощущений со стороны ВНС и проявляют более высокие показатели соматосенсорной ампликации. В подтверждение внешней валидности шкалы интолерантности к дискомфорту, ее показатели связаны с представлениями о непереносимости телесных симптомов. Обсуждение вопроса о том, идет ли речь о проявлении общей склонности к соматизации в особом чувствительном отношении к физической боли или о том, что такое отношение создает «почву» для развития склонности к соматизации, выходит за рамки данного корреляционного исследования.

Склонность к катастрофизации в отношении физической боли (тревога усиления, руминации, беспомощность) была более выражена у подростков и молодых людей, признающих у себя различные аспекты девиантного поведения — агрессивное поведение, тревожные, навязчивые и суицидальные мысли, употребление ПАВ. Напротив, интолерантность к физическому дискомфорту и страх боли, по-видимому, связаны исключительно с жалобами на тревожные и навязчивые мысли и признанием необходимости психологической помощи. Для подростков, сообщивших о суицидальных действиях, характерны более высокие показатели беспомощности и общей катастрофизации боли, но более низкие показатели страха значительной боли и боли от инъекций. Эти данные согласуются с другими исследованиями, установившими связь между самоповреждающим поведением и повышенным болевым порогом (Franklin, Hessel, Prinstein, 2011; Orbach et al., 1997).

Ограничения

Можно выделить несколько ограничений данной работы, требующих дальнейших исследований. Во-первых, в данной выборке было неравномерным распределение по полу; в связи с большей готовностью девушек участвовать в исследовании, в выборке было небольшое количество молодых людей. В связи с этим данные о роли пола следует считать предварительными. Во-вторых, дальнейшего исследования требуют вопросы о ретестовой надежности методик,

их связи с субъективной физической болью и реакцией на нее (при травмах, соматических заболеваниях, болезненном лечении), а также уточнение вопроса о согласованности субшкалы интолерантности к дискомфорту шкалы интолерантности. В-третьих, в данном исследовании диагностика признаков девиантного поведения проводилась на основе субъективного самоотчета респондентов, и важным является дополнение этих данных другими способами диагностики (оценками других людей, поведенческими проявлениями).

Выводы

Таким образом, продемонстрирована достаточная надежность-согласованность шкал опросника страха боли, опросника катастрофизации боли, а также субшкалы избегания дискомфорта шкалы интолерантности к дискомфорту при применении у подростков и молодых людей. Конфирматорный факторный анализ подтвердил факторную структуру

методик, соответствующую оригинальной версии. Для девушек были более характерны руминации в отношении боли, чем для юношей; связи отношения к физической боли с возрастом выявлено не было. В подтверждение внешней валидности методик, различные аспекты страха, катастрофизации и интолерантности к физической боли положительно связаны между собой, а также с катастрофизацией телесных ощущений, выраженностью ощущений со стороны вегетативной нервной системы, представлениями о непереносимости телесных ощущений, соматосенсорной амплификацией. Катастрофизация в отношении физической боли была связана с признаками девиантного поведения — проявлениями агрессии, тревожными, навязчивыми, суицидальными мыслями, употреблением ПАВ. Опыт самоповреждающего или суицидального поведения был связан с беспомощностью по отношению к боли, но более низкими показателями страха значительной боли и боли от инъекций. В целом, методики отношения к физической боли могут применяться в психологических исследованиях детей и подростков.

Литература

- Бакланова Н.П., Потапов Д.А., Бакланов К.В. Девиантное поведение подростков: основы профилактики // Наука и Школа. 2018. № 4. С. 82–86.
- Белокрылов И.В., Семиков С.В., Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Ипохондрические убеждения и поведение пациентов с соматоформными расстройствами: связь с соматическими жалобами и субъективной оценкой благополучия // Психиатрия. 2021. Т. 19, № 3. С. 58–67. doi: 10.30629/2618-6667-2021-19-3-58-67
- Деменко Е.Г., Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Брюн Е.А., Аршинова В.В. Психологическая диагностика факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ: разработка методического комплекса. Часть 1. Структура шкал и психометрические характеристики // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018. № 3. С. 32–39. doi: 10.31363/2313-7053-2018-3-32-39
- Anderson, C.A., Bushman, B.J. (2002). Human Agression. *Annual Reviews of Psychology*, 53, 27–51.
- Asmundson, G.J., Bovell, C.V., Carleton, R.N., McWilliams, L.A. (2008). The Fear of Pain Questionnaire — Short Form (FPQ-SF): factorial validity and psychometric properties. *Pain*, 134 (1–2), 51–58. doi: 10.1016/j.pain.2007.03.033
- Banzon-Lobrojo, L.A., Alampay, L.P. (2010). Parent and Peer Influences on Adolescent Delinquent Behavior and the Mediating Role of Self-Regulation. *Philippine Journal of Psychology*, 43 (2), 115–131.
- Barsky, A.J., Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *The British Journal of Psychiatry*, 157 (3), 404–409. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.3.404>
- Brislin, S.J., Buchman-Schmitt, J.M., Joiner, T.E., Patrick, C.J. (2016). “Do unto others”? Distinct psychopathy facets predict reduced perception and tolerance of pain. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7 (3), 240–246. doi: 10.1037/per0000180
- Butler, A.M., Malone, K. (2013). Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? *The British Journal of Psychiatry*, 202 (5), 324–325. doi: 10.1192/bjp.bp.112.113506
- DeWall, C.N., Baumeister, R.F. (2006). Alone but feeling no pain: Effects of social exclusion on physical pain tolerance and pain threshold, affective forecasting, and interpersonal empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91 (1), 1–15. doi: 10.1037/0022-3514.91.1.1
- Edwards, R.R., Fillingim, R.B. (2007). Self-reported pain sensitivity: Lack of correlation with pain threshold and tolerance. *European Journal of Pain*, 11 (5), 594–598. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.09.008
- Franklin, J.C., Hessel, E.T., Prinstein, M.J. (2011). Clarifying the role of pain tolerance in suicidal capability. *Psychiatry Research*, 189 (3), 362–367. doi: 10.1016/j.psychres.2011.08.001
- Galynker, I. (2017). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. New York: Oxford University Press.
- Hooley, J., Franklin, J., Nock, M. (2014). Chronic Pain and Suicide: Understanding the Association. *Current Pain and Headache Reports*, 18 (8), 434–440. doi: 10.1007/s11916-014-0435-2

- Hulgaard, D.R., Rask, C.U., Risor, M.B., Dehlholm, G. (2020). Illness perceptions of youths with functional disorders and their parents: An interpretative phenomenological analysis study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25 (1), 45–61. doi: 10.1177/1359104519846194.
- Joiner, T.E. (2005). Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press.
- Jungmann, S.M., Witthoef, M. (2020). Medically unexplained symptoms in children and adolescents: Illness-related self-concept and parental symptom evaluations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 68, 101565. doi: 10.1016/j.jbtep.2020.101565.
- Klonsky, E.D., May, A.M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8 (2), 114–129. doi: 10.1521/ijct.2015.8.2.114
- Knafo, A., Plomin, R. (2006). Parental discipline and affection and children's prosocial behavior: Genetic and environmental links. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90 (1), 147–164. doi: 10.1037/0022–3514.90.1.147
- Kross, E., Berman, M., Mischel, W., Smith, E., Wager, T. (2011). Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108 (15), 6270–6275. doi: 10.1073/pnas.1102693108
- Meerwijk, E.L., Weiss, S.J. (2018). Tolerance for psychological pain and capability for suicide: Contributions to suicidal ideation and behavior. *Psychiatry Research*, 262, 203–208. doi: 10.1016/j.psychres.2018.02.005
- Miller, J.D., Rausher, S., Hyatt, C.S., Maples, J., Zeichner, A. (2014). Examining the Relations Among Pain Tolerance, Psychopathic Traits, and Violent and Nonviolent Antisocial Behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (1), 205–213. doi: 10.1037/a0035072
- Neil, K.A., Hunnicutt-Ferguson, K., Reidy, D.E., Martinez, M.A., Zeichner, A. (2007). Relationship of Pain Tolerance with Human Aggression. *Psychological Reports*, 101, 141–144. doi: 10.2466/pr0.101.1.141–144
- O'Connor, R.C., Kirtley, O.J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 373 (1754), 20170268. doi: 10.1098/rstb.2017.0268
- Orbach, I., Milulincer, M., King, R., Coher, D., Stein, D. (1997). Thresholds and Tolerance of Physical Pain in Suicidal and Nonsuicidal Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 646–652. doi: 10.1037/0022–006X.65.4.646
- Patrick, C.J., Drislane, L.E. (2014). Triarchic Model of Psychopathy: Origins, Operationalizations, and Observed Linkages with Personality and General Psychopathology. *Journal of Personality*, 83 (6), 627–643. doi: 10.1111/jopy.12119
- Paul, E., Tsydes, A., Eidlitz, L., Ernout, C., Whitlock, J. (2015). Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Research*, 225 (3), 276–282. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.026
- Reidy, D.E., Dimmick, K., MacDonald, K., Zeichner, A. (2009). The Relationship Between Pain Tolerance and Trait Aggression: Effects of Sex and Gender Role. *Aggressive Behavior*, 35 (5), 422–429. doi: 10.1002/ab.20315
- Rief, W., Hiller, W. (2003). A New Approach to the Assessment of the Treatment Effects of Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 44 (6), 492–498. doi: 10.1176/appi.psy.44.6.492
- Rief, W., Hiller, W., Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal Of Abnormal Psychology*, 107 (4), 587–595. doi: 10.1037//0021–843x.107.4.587
- Rief, W., Ihle, D., Pilger, F. (2003). A new approach to assess illness behaviour. *Journal of Psychosomatic research*, 54 (5), 405–414. doi: 10.1016/S0022–3999(02)00401–4
- Ring, C., Kavussanu, M., Willoughby, A. (2016). Pain thresholds, pain-induced frontal alpha activity and pain-related evoked potentials are associated with antisocial behavior and aggressiveness in athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 22, 303–311. doi: 10.1016/j.psychsport.2015.09.003
- Schmidt, N., Richey, J., Fitzpatrick, K. (2006). Discomfort Intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20 (3), 263–280. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.02.002
- Seguin, J.R., Pihl, R.O., Boulerice, B., Tremblay, R.E., Harden, P.W. (1996). Pain Sensitivity and Stability of Physical Aggression in Boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (7), 823–834. doi: 10.1111/j.1469–7610.1996.tb01478.x
- Sullivan, M., Bishop, S., Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7 (4), 524–532. doi: 10.1037/1040–3590.7.4.524
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A., Joiner, T.E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117 (2), 575–600. doi: 10.1037/a0018697

References

- Anderson, C.A., Bushman, B.J. (2002). Human Aggression. *Annual Reviews of Psychology*, 53, 27–51.
- Asmundson, G.J., Bovell, C.V., Carleton, R.N., McWilliams, L.A. (2008). The Fear of Pain Questionnaire-Short Form (FPQ-SF): factorial validity and psychometric properties. *Pain*, 134 (1–2), 51–58. doi: 10.1016/j.pain.2007.03.033
- Baklanova, N.K., Potapov, D.A., Baklanov, K.V. (2018). Teenagers' deviant behaviour: prevention bases. *Nauka i Shkola (Science and School)*, 4, 82–86. (In Russ.).
- Banzon-Lobrojo, L.A., Alampay, L.P. (2010). Parent and Peer Influences on Adolescent Delinquent Behavior and the Mediating Role of Self-Regulation. *Philippine Journal of Psychology*, 43 (2), 115–131.
- Barsky, A.J., Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *The British Journal of Psychiatry*, 157 (3), 404–409. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.3.404>
- Belokrylov, I.V., Semikov, S.V., Tkhostov, A.S., Rasskazova, E.I. (2021). Hypochondriac Beliefs and Behavior in Patients with Somatoform Disorders: Relationship to Somatic Complaints and Subjective Well-Being. *Psikhiatriya (Psychiatry)*, 19 (3), 58–67. doi: 10.30629/2618–6667–2021–19–3–58–67 (In Russ.).

- Brislin, S.J., Buchman-Schmitt, J.M., Joiner, T.E., Patrick, C.J. (2016). "Do unto others"? Distinct psychopathy facets predict reduced perception and tolerance of pain. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7 (3), 240–246. doi: 10.1037/per0000180
- Butler, A.M., Malone, K. (2013). Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? *The British Journal of Psychiatry*, 202 (5), 324–325. doi: 10.1192/bjp.bp.112.113506
- Demchenko, E.G., Rasskazova, E.I., Tkhostov, A.S., Brun, E.A., Arshinova, B.V. (2018). Psychological diagnostic of risk factors for involving adolescents in the use of narcotic substances: the development of a methodical complex. Part 1. Scale structure and psychometric characteristics. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva (V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology)*, (3), 32–39. doi: 10.31363/2313-7053-2018-3-32-39 (In Russ.).
- DeWall, C.N., Baumeister, R.F. (2006). Alone but feeling no pain: Effects of social exclusion on physical pain tolerance and pain threshold, affective forecasting, and interpersonal empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91 (1), 1–15. doi: 10.1037/0022-3514.91.1.1
- Edwards, R.R., Fillingim, R.B. (2007). Self-reported pain sensitivity: Lack of correlation with pain threshold and tolerance. *European Journal of Pain*, 11 (5), 594–598. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.09.008
- Franklin, J.C., Hessel, E.T., Prinstein, M.J. (2011). Clarifying the role of pain tolerance in suicidal capability. *Psychiatry Research*, 189 (3), 362–367. doi: 10.1016/j.psychres.2011.08.001
- Galynker, I. (2017). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. New York: Oxford University Press.
- Hooley, J., Franklin, J., Nock, M. (2014). Chronic Pain and Suicide: Understanding the Association. *Current Pain and Headache Reports*, 18 (8), 434–440. doi: 10.1007/s11916-014-0435-2
- Hulgaard, D.R., Rask, C.U., Risor, M.B., Dehlholm, G. (2020). Illness perceptions of youths with functional disorders and their parents: An interpretative phenomenological analysis study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25 (1), 45–61. doi: 10.1177/1359104519846194.
- Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Jungmann, S.M., Witthoef, M. (2020). Medically unexplained symptoms in children and adolescents: Illness-related self-concept and parental symptom evaluations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 68, 101565. doi: 10.1016/j.jbtep.2020.101565.
- Klonsky, E.D., May, A.M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8 (2), 114–129. doi: 10.1521/ijct.2015.8.2.114
- Knafo, A., Plomin, R. (2006). Parental discipline and affection and children's prosocial behavior: Genetic and environmental links. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90 (1), 147–164. doi: 10.1037/0022-3514.90.1.147
- Kross, E., Berman, M., Mischel, W., Smith, E., Wager, T. (2011). Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108 (15), 6270–6275. doi: 10.1073/pnas.1102693108
- Meerwijk, E.L., Weiss, S.J. (2018). Tolerance for psychological pain and capability for suicide: Contributions to suicidal ideation and behavior. *Psychiatry Research*, 262, 203–208. doi: 10.1016/j.psychres.2018.02.005
- Miller, J.D., Rausher, S., Hyatt, C.S., Maples, J., Zeichner, A. (2014). Examining the Relations Among Pain Tolerance, Psychopathic Traits, and Violent and Nonviolent Antisocial Behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (1), 205–213. doi: 10.1037/a0035072
- Neil, K.A., Hunnicutt-Ferguson, K., Reidy, D.E., Martinez, M.A., Zeichner, A. (2007). Relationship of Pain Tolerance with Human Aggression. *Psychological Reports*, 101, 141–144. doi: 10.2466/pr0.101.1.141-144
- O'Connor, R.C., Kirtley, O.J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 373 (1754), 20170268. doi: 10.1098/rstb.2017.0268
- Orbach, I., Milulincer, M., King, R., Coher, D., Stein, D. (1997). Thresholds and Tolerance of Physical Pain in Suicidal and Nonsuicidal Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 646–652. doi: 10.1037/0022-006X.65.4.646
- Patrick, C.J., Drislane, L.E. (2014). Triarchic Model of Psychopathy: Origins, Operationalizations, and Observed Linkages with Personality and General Psychopathology. *Journal of Personality*, 83 (6), 627–643. doi: 10.1111/jopy.12119
- Paul, E., Tsypes, A., Eidlitz, L., Ernhout, C., Whitlock, J. (2015). Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Research*, 225 (3), 276–282. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.026
- Reidy, D.E., Dimmick, K., MacDonald, K., Zeichner, A. (2009). The Relationship Between Pain Tolerance and Trait Aggression: Effects of Sex and Gender Role. *Aggressive Behavior*, 35 (5), 422–429. doi: 10.1002/ab.20315
- Rief, W., Hiller, W. (2003). A New Approach to the Assessment of the Treatment Effects of Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 44 (6), 492–498. doi: 10.1176/appi.psy.44.6.492
- Rief, W., Hiller, W., Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal Of Abnormal Psychology*, 107 (4), 587–595. doi: 10.1037//0021-843x.107.4.587
- Rief, W., Ihle, D., Pilger, F. (2003). A new approach to assess illness behaviour. *Journal of Psychosomatic research*, 54 (5), 405–414. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00401-4
- Ring, C., Kavussanu, M., Willoughby, A. (2016). Pain thresholds, pain-induced frontal alpha activity and pain-related evoked potentials are associated with antisocial behavior and aggressiveness in athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 22, 303–311. doi: 10.1016/j.psychsport.2015.09.003
- Schmidt, N., Richey, J., Fitzpatrick, K. (2006). Discomfort Intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20 (3), 263–280. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.02.002

- Seguin, J.R., Pihl, R.O., Boulerice, B., Tremblay, R.E., Harden, P.W. (1996). Pain Sensitivity and Stability of Physical Aggression in Boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (7), 823–834. doi: 10.1111/j.1469–7610.1996.tb01478.x
- Sullivan, M., Bishop, S., Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7 (4), 524–532. doi: 10.1037/1040–3590.7.4.524
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A., Joiner, T.E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117 (2), 575–600. doi: 10.1037/a0018697

Поступила: 24.08.2022

Получена после доработки: 15.03.2023

Принята в печать: 23.04.2023

Received: 24.08.2022

Revised: 15.03.2023

Accepted: 23.04.2023

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT AUTHORS



Вероника Сергеевна Садовничая — аспирант кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, медицинский психолог Психиатрической клинической больницы № 4 им. П. Б. Ганнушкина, veronika.sadovnichaya13@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3244-658X>

Veronika S. Sadovnichaya — Postgraduate, the Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University; medical psychologist, Psychiatric Clinical Hospital № 4 named after P. B. Gannushkin, veronika.sadovnichaya13@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3244-658X>



Елена Игоревна Рассказова — кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, старший научный сотрудник Научного центра психического здоровья, e.i.rasskazova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>

Elena I. Rasskazova — Cand. Sci. (Psychology), Associate Professor, the Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University; Senior Researcher, Mental Health Research Center, e.i.rasskazova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>