

Исследование особенностей автоагрессивного поведения у лиц, переживших сексуальное злоупотребление в детском возрасте

С.О. Кузнецова, А.А. Абрамова, А.Г. Ефремов, С.Н. Ениколопов

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия

Поступила 13 августа 2019/ Принята к публикации: 10 сентября 2019

The study of the auto-aggressive behaviour in individuals who survived sexual abuse in childhood

Svetlana O. Kuznetsova*, Aida A. Abramova, Alexander G. Efremov, Sergey N. Enikolopov

Mental Health Research Center RAMS, Moscow, Russia

* Corresponding author E-mail: kash-kuznetsova@yandex.ru

Received August 13, 2019 / Accepted for publication: September 10, 2019

Актуальность тематики статьи. В современных психологических исследованиях тема аутоагрессии и самоповреждающего поведения занимает центральное место. Многие исследователи отмечают прямые корреляции перенесенного в детстве насилия с более поздним аутоагрессивным поведением и иными формами злоупотреблений.

Целью настоящего исследования является изучение взаимосвязи между пережитым в детстве сексуальным злоупотреблением (насилием) и последующими расстройствами пищевого поведения, наличием суицидальных мыслей и неудовлетворенностью имиджем тела в более старшем возрасте.

Описание хода исследования. В данном исследовании использовались следующие методики: краткая методика фиксации нарушений пищевого поведения (Morgan et al., 1999), шкала измерения степени неудовлетворенности имиджем тела (The Body Satisfaction Scale), шкала фиксации пережитых травм детства (короткая форма) (The Childhood Trauma Questionnaire) (Shortform, 2003), шкала оценки частоты появления суицидальных мыслей (The Positive and Negative Suicide Ideation) (Inventory, 1998). Выборку составили 113 человек. Средний возраст = 19,9 лет (стандартное отклонение = 5,2). Из них 104 девушки (средний возраст = 19,8 лет, стандартное отклонение = 5,1) и 9 юношей (средний возраст = 18,6, стандартное отклонение = 4,1).

Результаты исследования. Полученные нами результаты показали, что аутоагрессоры, пережившие сексуальное насилие в детстве, статистически существенно чаще ($p < 0.05$), чем аутоагрессоры без истории сексуального злоупотребления, сообщают и о других негативных моментах пережитого опыта: эмоциональное злоупотребление ребенком старшими, эмоциональное пренебрежение ребенком со стороны значимых взрослых, физическое (несексуальное) насилие со стороны более старших, физическое пренебрежение (заброшенность ребенка). Было также установлено, что аутоагрессоры, имеющие историю сексуального злоупотребления в детстве, статистически чаще сообщают о нарушениях пищевого поведения, чем аутоагрессоры без истории злоупотребления.

Выводы. Работа акцентирует непосредственное внимание на влиянии пережитого в детстве сексуального злоупотребления не только на возникновение поведения с самоповреждением в более старшем возрасте, но и рассматривает пережитое сексуальное злоупотребление как фактор риска возникновения целого ряда других негативных поведенческих проявлений, сопутствующих аутоагрессии. Полученные результаты могут быть использованы для психопрофилактической, психокоррекционной и психотерапевтической работы как с детьми и подростками, так и с людьми более старшего возраста.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, сексуальное злоупотребление, расстройства пищевого поведения, имидж тела.

Background. In modern psychological research, auto-aggression and self-harming behavior occupies the leading position. Many researchers point out direct correlations of childhood-related violence with later auto-aggressive behaviour and other forms of abuse.

The Objective of this research is an empirical study of the relationship between sexual abuse in childhood and subsequent eating disorders, suicidal thoughts and dissatisfaction with the body image in adulthood.

Design. The following methods have been used: the method of recording eating disorders (short form) (Morgan JF et al., 1999), The Body Satisfaction Scale, The Childhood Trauma Questionnaire: Short form (2003), The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (1998). The sample consisted of 113 people. Average age = 19.9 years (standard deviation = 5.2): 104 females (average age = 19.8 years, standard deviation = 5.1) and 9 males (average age = 18.6; standard deviation = 4.1).

Results. The auto-aggressors who rienceed sexual abuse in childhood tend to report on other negative aspects of their experience statistically much more often ($p < 0.05$) than auto-aggressors without sexual abuse: emotional abuse of a child by adults, emotional neglect of a child by significant adults, physical (non-sexual) violence by adults, physical neglect (abandonment of a child). The results showed that autoagressors with childhood sexual abuse more often report about eating disorders than autoagressors without sexual abuse.

Conclusions. The study focuses on the influence of childhood sexual abuse on the occurrence of self-harming behavior in adulthood, and also considers the sexual abuse as a risk factor for other negative behavioural manifestations associated with auto-aggression. The results can be used for prevention, correction and psychotherapeutic work both with children and adolescents, and also with adults.

Keywords: auto-aggressive behaviour, sexual abuse, eating disorders, body image.

Введение в проблему

В последнее время феномен аутоагрессивного поведения находится в фокусе внимания многочисленных исследователей (Горобец, 1995; Фурман, 2003; Хензелер, 2001; Dieserud et al., 2000; Fowler et al., 2001; Gleaves, Eberenz, 1994; Kernberg, 2001). В России отмечается устойчивое снижение среднего возраста аутоагрессоров при одновременном росте числа совершения повторных попыток. Разно-

образии форм и степеней аутоагрессии и рост тенденции к повторному совершению наиболее свойственны юношескому возрасту (Портнов, Смирнов, 2000).

Под аутоагрессией понимаются различные формы и степени агрессии, при которой «объект и субъект действия совпадают» (Ениколопов, 2002). Аутоагрессия осуществляется через действия, намерения, высказывания, угрозы, попытки и даже внешнее бездействие. Выделяют следующие типы аутоагрессивного поведения:

- 1) суицидальное поведение: осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни;
- 2) суицидальные эквиваленты и аутодеструктивное поведение: неосознанные действия (иногда преднамеренные поступки), целью которых не является добровольное лишение себя жизни, но которые ведут к физическому (психическому) саморазрушению или к самоуничтожению;
- 3) несуйцидальное аутоагрессивное поведение: различные формы умышленных самоповреждений, целью которых не является добровольная смерть (заведомо неопасные для жизни).

Существуют две принципиально разные формы аутоагрессии: самоповреждение и аутодеструкция. Длительное время самоповреждение рассматривалось как начальная форма или первая фаза аутодеструктивного, саморазрушающего поведения. Как самостоятельный феномен самоповреждение привлекло внимание психологии относительно недавно (Feldman, 1988; Kahan, Pattison, 1984). Первым на отличие этих двух феноменов указал К. Меннингер (Меннингер, 2000). Автор рекомендовал исследователям, особенно практикам, отличать членовредительство (self-mutilation) от самоуничтожения (self-destructive). Сегодня среди зарубежных психологов принято отличать аутодеструктивное поведение (self-destructive behavior – саморазрушающее, самоубийственное, суицидное поведение) и поведение с причинением себе самовреда (self-harm behavior) как две принципиально разные формы аутоагрессии (Human, 1999; Levenkron, 1998; Zila, Kiselica, 2001). Согласно статистическим данным, самоповреждение, в отличие от аутодеструкции, считается поведенческим актом с низкой вероятностью летального исхода (Zila, Kiselica, 2001).

Самоповреждение отличается от аутодеструктивного несколькими параметрами. Главный из них – осознание результата. Совершая избранный акт аутоагрессии, суицидент сознательно стремится к прекращению своей жизни. При самоповреждении же человек, по крайней мере на осознанном уровне, избегает подобного результата. Следующее отличие заключается в социальной оценке и реакции окружения на избранную форму аутоагрессии.

**Светлана Олеговна Кузнецова** –

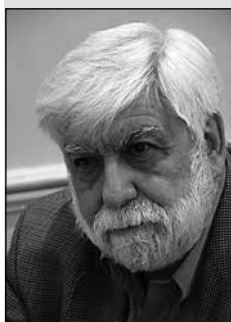
кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН
E-mail: kash-kuznezova@yandex.ru
<http://ncpz.ru/stat/35>

**Аида Алексеевна Абрамова** –

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН
E-mail: aida-abramova@yandex.ru
<http://ncpz.ru/stat/35>

**Александр Георгиевич Ефремов** –

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН
E-mail: efremovalexander@mail.ru
<http://ncpz.ru/stat/35>

**Сергей Николаевич Ениколопов** –

кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом медицинской психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН
E-mail: enikolopov@mail.ru
<http://ncpz.ru/stat/35>
<https://istina.msu.ru/profile/EnikolopovSN/>

Для цитирования: Кузнецова С.О., Абрамова А.А., Ефремов А.Г., Ениколопов С.Н. Исследование особенностей аутоагрессивного поведения у лиц, переживших сексуальное злоупотребление в детском возрасте // Национальный психологический журнал. – 2019. – № 3(35). – С. 88–100. doi: 10.11621/npj.2019.0310

For citation: Kuznetsova S.O., Abramova A.A., Efremov A.G., Enikolopov S.N. (2019). The study of the auto-aggressive behaviour in individuals who survived sexual abuse in childhood. National Psychological Journal, [Natsional'nyy psikhologicheskii zhurnal], (12)3, 88–100. doi: 10.11621/npj.2019.0310

ISSN 2079-6617 Print | 2309-9828 Online
© Lomonosov Moscow State University, 2019
© Russian Psychological Society, 2019

Попытка самоубийства часто вызывает активно сострадательный ответ со стороны ближайшего окружения суицидента. Ответная реакция близких направлена, в первую очередь, на недопущение последующих попыток суицида. В отличие от попытки суицида, обнаруженный акт самоповреждения вызывает, за редким исключением, со стороны ближайшего окружения реакцию враждебности и подчас отвращения по отношению к совершившему. Третье отличие аутодеструкции от самоповреждения – влияние стрессовой ситуации на повторность совершения аутоагрессивных попыток. Суициденты достаточно часто отказываются от своих повторных аутодеструктивных намерений, если стрессовая ситуация, окружавшая их, отдалится, сходит на нет или изменяется к лучшему. Совершающие самоповреждение обычно продолжают свое аутоагрессивное поведение, несмотря на заботу ближайшего окружения. Частота совершения повторных актов самоповреждения мало зависит от стрессогенности ситуации. Четвертый отличительный признак – изменение эмоционального состояния и когнитивного стиля. В отличие от аутодеструкции, совершенный акт самоповреждения сопровождается чувством временного эмоционального облегчения для аутоагрессора. Кроме этого, аутодеструктивное поведение разворачивается на фоне размышлений о смерти и умирании, а поведение с самоповреждением крайне редко имеет подобную когнитивную составляющую (Kahan, Pattison, 1984). Одна из пациенток так описывает свои мысли и чувства в момент нанесения самопорезов: «Цель состояла не в том, чтобы истечь кровью до смерти, а только лишь в том, чтобы дать возможность выйти из меня тем уродливым чувствам, которые держали меня, как заложницу и которые вышли из меня при виде крови» (Kahan, Pattison, 1984, С. 64).

Следует отметить, что тенденция к аутоагрессивному поведению дебютирует, как правило, в подростковом возрасте. Наряду с этим бывают случаи, когда самоповрежденческий комплекс складывается и в более старшем возрасте как реакция на потерю близкого или вследствие депрессии.

Значительное число научных работ посвящены изучению взаимосвязи пове-

дения с преднамеренным самоповреждением и психологических травм раннего детства. В первую очередь, данные работы затрагивают тему пережитого в раннем детстве насилия (Van der Kolk et al., 1991).

Попытка самоубийства часто вызывает активно сострадательный ответ со стороны ближайшего окружения суицидента. Ответная реакция близких направлена, в первую очередь, на недопущение последующих попыток суицида. В отличие от попытки суицида, обнаруженный акт самоповреждения вызывает, за редким исключением, со стороны ближайшего окружения реакцию враждебности и подчас отвращения по отношению к совершившему

Были найдены прямые корреляции перенесенного в детстве насилия с более поздним аутоагрессивным поведением (Low et al., 2000; Wiederman et al., 1999). По данным разных исследователей, от 62% до 79% аутоагрессоров, принявших участие в экспериментах, указывали на детские травматические переживания (Favazza, 1989; Van der Kolk et al., 1991; Yaryura-Tobias et al., 1995). При этом, основной фокус исследований был сконцентрирован на изучении последствий сексуального насилия в раннем детстве как одного из главных предикторов поведения с преднамеренным самоповреждением в более старшем возрасте (Ениколопов, 2002; Boudewyn, Liem, 1995; Crowe, Bunclarke, 2000; Lipschitz et al., 1999). В ряде работ показано, что, действительно, перенесенное в детстве насилие имеет прямую и статистически значимую связь и с аутоагрессивным поведением, и с иными формами злоупотреблений (Ениколопов, 2002; Van der Kolk et al., 1991).

Основные теоретические подходы к аутоагрессии.

В рамках когнитивно-ориентированного направления аутоагрессивное поведение понимается как следствие специфических искажений познавательной сферы – дихотомичное мышление, склонность к глобализации и иррациональности предопределяет возникновение ощущения безвыходности. Суицидальные пациенты описываются А. Бекком склонными преувеличивать размах и остроту проблем, которые оцениваются ими как неразрешимые и невыносимые (Бек, URL: [https://psyjournal.ru/articles/metody-](https://psyjournal.ru/articles/metody-raboty-s-suicidalnym-pacientom)

[raboty-s-suicidalnym-pacientom](https://psyjournal.ru/articles/metody-raboty-s-suicidalnym-pacientom)). Кроме того, такие пациенты считают себя неспособными справиться с трудностями и склонны проецировать собственное поражение в будущее. Другая отличительная

особенность суицидентов состоит в том, что смерть для них является приемлемым и единственно возможным способом избавления от трудностей. Мышление и восприятие депрессивного пациента с суицидальным риском, приводящие к чувству безысходности, основаны на предвзятых, не подвергаемых сомнению умозаключениях, негативных предубеждениях (Бек, URL: <https://psyjournal.ru/articles/metody-raboty-s-suicidalnym-pacientom>).

Перечислим основные представления об аутоагрессии в рамках когнитивно-бихевиорального направления:

- 1) в теории репертуарных решеток Дж. Келли – предельное сжатие, узость системы конструкторов является фактором выбора единственного средства ухода от угрозы;
- 2) в теории социального научения – концепция выученной беспомощности М. Селигмана утверждает, что к аутоагрессии ведет депрессивное ожидание неуправляемых событий на основании повторных травматических ситуаций;
- 3) в социально-когнитивной теории Бандуры – к аутоагрессии приводит представление о низкой самооценочности, снижение возможностей саморегуляции, недостаток умения прогнозировать, задавать собственные стандарты поведения. В силу недоразвития когнитивных механизмов, недостаточной когнитивной и поведенческой компетентности у аутоагрессоров не развиты навыки отсроченного удовлетворения, умение себя подкреплять (Crowe, Bunclarke, 2000).

Поведенческий подход в рамках различных концепций стресса ограничивается рассмотрением аутоагрессии как одной из возможных, не самых удачных реак-

ций, когда индивид использует свое самоповреждение как адаптивный механизм. Например, Диатез-Стресс модель, рассматривает суицидальное поведение как результат взаимодействия между индивидуальным порогом суицидального акта и стрессором, который может привести к суициду (Вассерман, 2005). В целом, в концепциях стресс-уязвимости особое внимание уделяется личностным факторам в виде плохих, неэффективных механизмов совладания с тревогой, повышенной чувствительности к стрессу и объективной ситуации лишения, преград в удовлетворении потребностей.

Следует указать на уязвимость аутоагрессоров к фактору неопределенности ситуации, низкую способность переносить неизвестность и ожидания, а также на низкую способность к контролю над побуждениями и эмоциями, неспособность к их отсрочке. При невозможности мгновенного решения проблемы актуализируются чувства страха, бессилия и поражения, недостаток толерантности к которым ведет к желанию немедленно избавиться от невыносимых переживаний

В рамках когнитивно-ориентированных подходов изучается атрибутивный стиль, когнитивная гибкость/ригидность, стратегии саморегуляции, когнитивный стиль суицидентов (Beautrais et al., 1999; Dieserud et al., 2000; et al., 1999; Rickelman, Houfek, 1995). Неадаптивные, искажающие реальность когнитивные схемы, нарушение аффективной регуляции, когнитивная ригидность, дихотомичное мышление, по мнению авторов этого направления, являются основными характеристиками суицидальных пациентов (Вассерман, 2005). Среди факторов, предохраняющих от суицида выделяют такие характеристики когнитивного стиля, как способность к общению, поиску помощи при возникновении трудностей, открытость опыту и обучению (Вассерман, 2005). Многие эмпирические исследования в этом направлении подтверждают связь суицидального риска и перфекционизма (Гаранян и др., 2001). Нереалистично завышенный уровень це-

лей, идеалов, абсолютизм, ригидность и жестокость перфекционистских «утверждений» депрессивных пациентов были выявлены А. Беком и А. Эллисом в практике когнитивной психотерапии. Склонность к перфекционизму может сопровождаться мышлением в понятиях «все или ничего», которое предполагает либо абсолютный успех и полное соответствие идеалам, либо абсолютный крах, несостоятельность, а также избирательной концентрацией на ошибках и тотальной генерализацией высоких стандартов на все сферы жизни. Следует указать на уязвимость аутоагрессоров к факто-

ру неопределенности ситуации, низкую способность переносить неизвестность и ожидания, а также на низкую способность к контролю над побуждениями и эмоциями, неспособность к их отсрочке. При невозможности мгновенного решения проблемы актуализируются чувства страха, бессилия и поражения, недостаток толерантности к которым ведет к желанию немедленно избавиться от невыносимых переживаний (Бек, URL: <https://psyjournal.ru/articles/metody-raboty-s-suicidalnym-pacientom>). Данные представления можно сопоставить с психоаналитическими, в которых особое внимание уделяется примитивным защитным механизмам суицидентов, в частности, «отреагированию» как форме непосредственной разрядке импульсов и аффектов с целью бессознательной защиты.

В клинической психиатрии при исследовании суицидентов основной акцент делается на изучении аффективных, адап-

тационных, личностных факторов, повышающих суицидальный риск пациентов. Выделяют три основные клинические исследовательские направления:

- 1) эпидемиологическое, использующее методы статистики, позволяющее рассматривать суицидальный феномен как устойчивое явление, подчиняющееся определенным закономерностям;
- 2) нейробиологическое, направленное на выяснение физиологических, биохимических процессов, лежащих в основе суицидального поведения;
- 3) клиническое, базирующееся на психопатологическом анализе расстройств, выявляемых у большинства суицидентов (Смулевич и др., 2003).

В настоящее время проводятся многочисленные исследования, в которых устанавливаются корреляционные связи между стойкими психическими расстройствами, прежде всего, пограничными, и суицидальными попытками. Вопрос о типах личности, предрасположенных к суициду, является одним из основных в суицидологии. В связи с этим, представляет интерес точка зрения современной психоаналитически ориентированной психиатрии, в которой суицидальное и парасуицидальное поведение рассматривается как «визитная карточка» пограничного личностного расстройства на том основании, что, по разным данным, 75%–89% пограничных пациентов имеют в анамнезе суицидальные попытки (Портнов, Смирнов, 2000; Gunderson, 2001).

Следует отметить, что на настоящий момент отмечается выраженная тенденция к омоложению группы наибольшего риска (от 15 до 24 лет). В связи с этим, в фокусе внимания исследователей оказывается проблема детско-подросткового суицида, часто рассматриваемого как способ разрешения конфликта зависимости/автономии в семейном контексте (Пурич-Пейакович, Душан, 2000).

В отечественной суицидологии принято рассмотрение аутоагрессивного поведения как средства выхода из психологического кризиса, вызывающего социальную дезадаптацию личности. Аутоагрессия, таким образом, рассматривается как проявление одной из крайних моделей психологического стресса. При оценке тяжести дезадаптации выделяют следующие компоненты: серьезность нарушения привычных условий жизни, их индивидуаль-

В настоящее время проводятся многочисленные исследования, в которых устанавливаются корреляционные связи между стойкими психическими расстройствами, прежде всего, пограничными, и суицидальными попытками. Вопрос о типах личности, предрасположенных к суициду, является одним из основных в суицидологии. В связи с этим, представляет интерес точка зрения современной психоаналитически ориентированной психиатрии, в которой суицидальное и парасуицидальное поведение рассматривается как «визитная карточка» пограничного личностного расстройства

ная интерпретация, ресурсы преодоления ситуации для адаптации к новым условиям. Депрессия в состоянии ситуационно обусловленного кризиса описывается как эмоциональное расстройство с доминированием чувств тревоги, тоски, опустошенности и отчаяния, а также переживания отчужденности от других людей и собственной неполноценности. Суицидоопасные кризисные состояния возникают при невозможности преодоления препятствий при достижении жизненно важных целей и потребностей способом, сформированным на основе предыдущего опыта. В структуре суицидоопасных состояний выделяют аффективный и когнитивный компоненты. В аффективный входят переживания отчужденности, тревоги, обиды, ощущение бессилия, в когнитивный – представление о собственной ненужности, несостоятельности, бессельности и вывод о невозможности разрешить кризис (Старшенбаум, 1987). Наиболее распространенным мотивом суицида признается одиночество в его разнообразных формах: неутоленная потребность в родительской любви, ревность в ситуации покинутости, смерть близких, личностный неуспех. Отмечается полимотивированность суицида. Кроме этого, существуют возрастные различия в мотивах суицида: у пациентов в возрасте от 18 до 30 лет преобладают протест и призыв, в более позднем возрасте – чаще встречаются мотивы отказа и самонаказания.

Подобное понимание приближает отечественную суицидологию к теориям психологического стресса и «совладания» с ним. Совокупность суицидентов, по данным отечественных исследователей, представлена тремя основными категориями:

1. больные психическими заболеваниями;
2. больные пограничными нервно-психическими расстройствами;
3. практически здоровые.

В современной отечественной клинической суицидологии и медицинской психологии делается акцент на исследованиях клинко-психологических особенностей суицидентов, призванных выявить личностные predispositions суицидальных попыток (Голуб, 1993; Горобец, 1995; Ениколопов, 2002; Слущкий, Занадворов, 1992; Степанченко, 1999). Можно выделить следующие индивидуально-психологические характеристики, способствующие

рисуку совершения аутоагрессивных попыток:

- психологическая ригидность и повышенная тревожность;
- эмоциональная лабильность, отсутствие комформности, патологическая чувствительность и уязвимость к эмоциональному стрессу, склонность к острым ощущениям, противоречивый стиль разрешения конфликтов, сочетающий ригидность целевых установок и импульсивность, пассивность, бегство в ситуации фрустрации и недоверие к другим;
- снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам, неполноценность коммуникативных навыков, неадекватно заниженная самооценка, неустойчивое и неразвитое представление о себе, слабость психологической защиты, утрата ценности жизни, смысловых ориентиров;
- эгоцентризм, проявляющийся, с одной стороны, как фиксация на себе, с другой – как манипулятивная позиция в общении;
- пессимистическая личностная установка на перспективы выхода из кризиса, склонность к аутоагрессии, самообвинениям, паранойальность, сверхценный характер какой-либо ценности, психологическая зависимость, заключающаяся в сочетании чувства личностной неполноценности с эмоциональной незрелостью, недостаточной ответственностью за свое поведение, нестойкостью самооценки;
- восприятие окружающего мира как равнодушного, непредсказуемого и другого человека как условия собственной жизни;
- наличие сензитивного, истероидного, эмоционально-лабильного радикалов в структуре личности суицидентов.

Полученные данные говорят о том, что на первом плане в системе ценностей аутоагрессоров стоят любовные отношения,

«поиск тепла вне дома» с гиперболизацией роли Другого. Также выявлен противоречивый стиль адаптации – с одной стороны, ригидность и стереотипность (механичность) целевых установок, с другой – импульсивность, тормозящая достижение целей. Острая суицидальная реакция признается способом патологического отреагирования аффекта, что связано с особенностью личности суицидентов, в частности, с неэффективным стилем разрешения ситуаций фрустрации. Отмечается, что стратегия гиперконтроля со стороны родителей сочетается с выраженным эмоциональным отвержением. Детство суицидальных пациентов описывается, прежде всего, как «холодное», обрекающее на постоянный инфантильный поиск заботы и опеки во взрослом состоянии, навязчивое стремление к зависимости, отражающее «эмоциональный голод», недостаток тепла в семье, ощущение собственной «ненужности». Классики суицидологии Э. Шнейдман и Н. Фарберу подчеркивали, что суицидальное поведение – это своеобразный «крик о помощи», который вызван невыносимой «душевной болью» от неудовлетворенности значимых нужд, потребностей в любви, принадлежности, автономии, достижении, понимании (Fombonne, 1998). Однако до сих пор актуальным остается вопрос, почему «крик о помощи» совершается именно таким, потенциально смертоносным путем. Речь идет, по всей видимости, о своеобразных, нарушенных формах диалога по типу шантажно-манипулятивного, деструктивного способа вызывать эмоциональный отклик у значимых других.

С развитием психоанализа распространился взгляд на суицид как на проявление нарциссического кризиса. На первый план выдвинулось изучение чувства самоуважения и самопринятия, а также успешной и неуспешной саморегуляции. Исходя из гипотезы, что при недостаточной эффективности зрелых компенсаторных ме-

Такие факторы, как гендерная и расовая принадлежность, культуральные особенности, склонность к алкогольной и наркотической зависимостям, пережитое в детстве сексуальное насилие и физическое запугивание, имеют существенное значение в качестве предикторов аутоагрессивного поведения. От ощущения своей беспомощности и неспособности понять болезненные переживания и справиться с ними ребенок, спустя определенный период времени, может перейти к аутоагрессии, замещающей эмоциональные переживания

ханизмов вновь активируются защитные механизмы предыдущих ступеней, выводится модель нарциссически неустойчивой личности. Человек, склонный к аутоагрессии, описывается как неуверенный в себе, с нестабильной самооценкой, чувством неполноценности, использующий для защиты от обиды и разочарований инфантильные механизмы, в частности, регрессию к гармоничному состоянию, отрицание, идеализацию реальности и др.

Стоит отметить, что такие факторы, как гендерная и расовая принадлежность, культуральные особенности, склонность к алкогольной и наркотической зависимостям, пережитое в детстве сексуальное насилие и физическое запугивание, имеют существенное значение в качестве предикторов аутоагрессивного поведения. От ощущения своей беспомощности и неспо-

детстве не обязательно является переходным этапом к последующей аутоагрессии, но может таковым стать, особенно на фоне отсутствия эффективных форм эмоциональной родительской поддержки (Linehan, 1993; Yeo, Yeo, 1993).

В нашей работе мы будем использовать уже устоявшийся термин «преднамеренное самоповреждение». Использование данного термина удобно тем, что он широко охватывает все разнообразие возможных аутоагрессивных актов как суицидального, так и не суицидального спектра, включая непосредственное участие в суицидальном поведении. Сюда можно отнести передозировку медицинскими препаратами, самоудушение, самоповешивание, утопление, порезы острыми предметами и пр. (Ениколопов, 2002). Наиболее часто совершаемым видом преднамеренного са-

Hastings, Kern, 1994). Однако связь эти двух параметров с промежуточной переменной – неудовольствием имиджем собственного тела на сегодняшний день является мало изученной и не носит характера статистически достоверной (Calam et al., 1997). Кроме того, есть данные, что низкий уровень чувства собственного достоинства как результат неудовлетворенности телом может служить связующим фактором между пережитым насилием в детстве и последующей аутоагрессией в старшем возрасте (Low et al., 2000).

Выборка испытуемых. Всего в исследовании приняли участие 113 человек. Средний возраст 19,9 лет (ст. откл. = 5,2). Из них 104 девушки, средний возраст 19,8 лет (ст. откл. = 5,1) и 9 юношей, средний возраст = 18,6 лет (ст. откл.=4,1). Отбор участников проходил в рамках плановой диспансеризации абитуриентов и студентов нескольких вузов г. Москва, в рамках которой студенты заполняли в электронном виде анонимные опросники, где указывали необходимые демографические данные, а также информацию, связанную с частотой, датой начала и способами аутоагрессивного поведения и другими сопутствующими данными.

Методики исследования. В исследовании применялись методы тестирования, опроса, субъективного шкалирования. Участие в опросе было добровольным. Для сбора первичной информации была написана соответствующая компьютерная программа на языке программирования Visual Basic (версия 6.0). Сначала фиксировались демографические параметры: пол, возраст, регион постоянного проживания, возраст начала поведения с преднамеренным самоповреждением, частота его использования, конкретный вид или виды самоповреждения и т.п. Затем начиналось последовательное предъявление пунктов методик. Исследователи следили, чтобы испытуемые не пропускали утверждения. Математически обработка сравнительных результатов велась с помощью основных базовых статистических процедур, а также процедуры анализа дисперсий one-way ANOVA.

Были использованы следующие методики:

1. Краткая методика фиксации нарушений пищевого поведения (The SCOFF Questionnaire). Опросник был разра-

Цель нашего исследования – выявление взаимосвязи между показателями пережитого в детстве сексуального злоупотребления (abuse), расстройствами пищевого поведения и неудовлетворенностью имиджем тела у лиц, сообщивших о фактах преднамеренного самоповреждения

способности понять болезненные переживания и справиться с ними ребенок, спустя определенный период времени, может перейти к аутоагрессии, замещающей эмоциональные переживания. В то время как сексуальное насилие в раннем детстве, безусловно, является важным фактором, провоцирующим преднамеренное самоповреждение. Тем не менее, факт насилия может быть не связан с аутоагрессией. Кроме пережитого в детстве насилия указываются и другие факторы риска развития преднамеренного самоповреждения. В частности, самонанесение вреда связывается с расстройством пищевого поведения, злоупотреблениями психически активными веществами, степенью удовлетворения формой своего тела и чувством собственного достоинства, суицидальными мыслями (Feldman, 1988; Low et al., 2000; Van der Kolk et al., 1991).

На сегодняшний день есть две основные линии исследования поведения с преднамеренным самоповреждением у лиц, переживших в детстве насилие. Одна часть исследователей уверена в прямой связи пережитого в детстве насилия с аутоагрессивным поведением в более позднем возрасте, другая – не подтверждает это положение, указывая, что насилие в

моповреждение является эпизодическое самоповреждение: самопорезы (72% из числа опрошенных членовредителей), прижигание собственного тела огнем (35%), прокалывание мягких тканей острым предметом (30%), препятствование излечиванию раны (22%), выдирание волос (10%), повреждение костей (8%). Около 78% опрошенных применяют комплексные методы из нескольких способов самоповреждения, а 57% – на фоне приема алкоголя или наркотиков (Favazza, 1989).

Проведение исследования

Цель нашего исследования – выявление взаимосвязи между показателями пережитого в детстве сексуального злоупотребления (abuse), расстройствами пищевого поведения и неудовлетворенностью имиджем тела у лиц, сообщивших о фактах преднамеренного самоповреждения.

Мы исходим из того, что достоверная и прямая связь между пережитым в детстве насилием и расстройствами пищевого поведения в более старшем возрасте неоднократно показывалась в ряде зарубежных исследований (Gleaves, Eberenz, 1994;

ботан Morgan с соавторами в процессе создания ими наиболее короткой и простой скрининговой методики фиксации нарушений пищевого поведения (Morgan et al., 1999). Авторы отобрали пять наиболее общих вопросов, ответы на которые связаны с основными признаками булимии и нервной анорексии. Например, «Вы волнуетесь, что потеряли контроль над количеством съеденной еды?». Шкала ответов бинарная «да» – «нет». Ответ «да» дает один балл, ответ «нет» – ноль. Таким образом, вариация шкалы составляет от 0 до 5 баллов. Набранные два и более балла считаются индикаторами наличия нарушений пищевого поведения.

2. Шкала измерения степени неудовлетворенности имиджем тела (The Body Satisfaction Scale). Данная шкала была разработана Slade и предназначена для определения степени удовлетворения или неудовлетворения определенными частями тела. В опросе рассматривается отношение испытуемого к шестнадцати частям тела (голова, живот, ноги и т.д.). Используя семишкальную лакертовскую шкалу, испытуемый оценивает степень своей удовлетворенности или неудовлетворенности формами конкретных частей своего тела. Градации вариантов ответов от 1 – «вполне удовлетворен», до 7 – «совсем неудовлетворен». Возможное количество набранных баллов варьируется от 16 до 112 (Slade et al., 1990).
3. Шкала фиксации пережитых травм детства (короткая форма) (The Childhood Trauma Questionnaire: Short form). Опросник создан и валидизирован Bernstein с соавторами в рамках разработки ими скрининговой методики фиксации негативных переживаний детства среди испытуемых (как клинических, так и неклинических групп) (Bernstein et al., 2003). Краткая форма была получена как производная от большого варианта, насчитывающего 70 пунктов оценки разных злоупотреблений или родительских пренебрежений (Bernstein et al., 2003). Большой вариант методики учитывал негативный опыт детства и ранней юности и оценивал по пятибалльной лакертовской шкале от «никогда не было» (1 балл) до

«довольно часто» (5 баллов). Данный вариант имел пять шкал:

- 1) пережитое в детстве физическое насилие (нападение со стороны взрослого или более старшего, которое несло риск или непосредственно причиняло телесные повреждения);
 - 2) сексуальные злоупотребления (сексуальный контакт или его попытка, или соответствующего рода поведение взрослого или более старшего в отношении лица младше 18 лет);
 - 3) эмоциональные злоупотребления (вербальные нападения на чувства или эмоциональные ценности ребенка, его душевное состояние или любое унижающее ребенка поведение со стороны взрослого или более старшего);
 - 4) физическое пренебрежение со стороны родителей или опекунов (отказ или ненадлежащий уход за физическими потребностями ребенка в еде, одежде, жилье, личной безопасности, здравоохранении и т.п.);
 - 5) эмоциональное пренебрежение со стороны родителей или опекунов (отказ или ненадлежащие обеспечение ребенка основными эмоциональными и психологическими потребностями (в любви, эмоциональной поддержке и заботе).
- В коротком варианте методики каждый из перечисленных выше негативных опытов представлен пятью пунктами. Существенно сократив размер опросника, короткий вариант методики показал не только лучшую экономичность, но при этом и вполне адекватную надежность пунктов (альфа Кронбаха находится в рамках 0,6-0,75, в зависимости от шкалы). По каждой шкале можно было набрать от 5 до 25 баллов.
4. Шкала оценки частоты появления суицидальных мыслей (The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory). Дан-

ная методика была разработана и валидизирована Коррег и соавторами как инструмент быстрой оценки частоты появления мыслей, связанных с суицидальным поведением. Представленная в виде самооценочной шкалы насчитывает 14 пунктов, 8 из которых – негативные утверждения (например, «Мое будущее представляется мне бессмысленным и бесперспективным» или «Меня посещали мысли, чтобы убить себя») и 6 позитивных утверждений (например, «Я чувствую себя уверенным в планах на будущее»). Участников просили оценить предложенные пункты применительно ко времени двухнедельной давности от начала эксперимента. Для оценки предлагалась пятиступенчатая лакертовская шкала с вариантами ответов от «никогда» до «большую часть времени». При подсчете окончательного индекса баллы ответов на положительные пункты инвертировались и суммировались с баллами негативных утверждений. Таким образом, более высокое итоговое значение указывает на более высокий уровень наличия суицидальных мыслей. Колебание итоговых баллов находится в диапазоне от 14 до 70 (Kopper et al., 1998).

Результаты исследования

Результаты настоящей работы вписываются в общий строй работ, поддерживающих тезис о том, что аутоагрессоры, пережившие сексуальное злоупотребление в детстве, статистически существенно чаще, чем аутоагрессоры без истории сексуального злоупотребления, сообщают и о других пережитых негативных опытах. В таблице 1 представлены результаты исследования по частоте встречаемости тех или иных видов самоповреждения в группе испытуемых.

Табл. 1. Характеристика испытуемых по видам самоповреждений

Виды самоповреждений	Количество испытуемых
Порезы	100% (n=113)
Прижигания	50,4% (n=57)
Удары	64,6% (n=73)
Расцарапывания	77% (n=87)
Ошпаривание	13,3% (n=15)
Другие виды	36,3% (n=41)

Table 1. Type of Self-Harm

Self-harm	N
Cuts	100% (n=113)
Scorch	50,4% (n=57)
Kicks	64,6% (n=73)
Scratching	77% (n=87)
Scalding	13,3% (n=15)
Other	36,3% (n=41)

Как видно из таблицы 1, самыми частыми являются такие виды самоповреждений, как порезы, прижигания и удары.

В таблице 2 представлены полученные нами результаты по частоте применения самоповреждения в исследуемой выборке.

ев (82,3%) аутоагрессоры избирают для исполнения не один, а сразу несколько видов физических самоповреждений.

Статистически значимые результаты были выявлены при анализе взаимных связей самого факта сексуального злоупотре-

Табл. 2. Характеристика испытуемых по частоте применения самоповреждения

Частота применения	Количество испытуемых
Ежедневно	22,1% (n=25)
Еженедельно	46,9% (n=53)
Ежемесячно	16,8% (n=19)
Реже 1 раза в месяц	14,4% (n=16)
Число видов самоповреждений, используемых 1 испытуемым	
Один	17,7% (n=20)
Два	19,5% (n=22)
Три	24,8% (n=28)
Четыре	12,4% (n=14)
Пять	19,5% (n=22)
Шесть	6,2% (n=7)

Table 2. Frequency of Self-Harm

Frequency of Self-Harm	N
Daily	22.1% (n=25)
Weekly	46.9% (n=53)
Monthly	16.8% (n=19)
Less than once per month	14.4% (n=16)
N of types of self-harm used by 1 subject	
One	17.7% (n=20)
Two	19.5% (n=22)
Three	24.8% (n=28)
Four	12.4% (n=14)
Five	19.5% (n=22)
Six	6.2% (n=7)

Как видно из таблицы 2, наиболее распространенная частота причинения самоповреждений – еженедельно (46,9% ответивших). Кроме этого, анализ первичных данных выявил, что в большинстве случа-

требления в детстве с другими формами злоупотреблений: эмоциональное злоупотребление ребенком старшими, эмоциональное пренебрежение ребенком со стороны значимых взрослых, физическое

(несексуальное) насилие со стороны более старших, физическое пренебрежение (заброшенность ребенка) (см. таблицу 3). Полученные данные согласуются с результатами других исследований, которые утверждают, что многие виды аутоагрессии происходят параллельно, и это, вероятно, связано с общей этиологией аутоагрессивного поведения (Low et al., 2000; Van der Kolk et al., 1991).

1. Как видно, наиболее значимые результаты в данной работе были выявлены при анализе взаимных связей самого факта сексуального насилия в детстве с другими формами злоупотреблений. Из всех форм злоупотреблений результаты по шкале эмоционального пренебрежения продемонстрировали наименьшую разницу в показателях между группами аутоагрессоров. Тем не менее, полученная разница является статистически значимой ($p < 0.022$). Как подтверждают и другие работы, хотя корреляция между поведением с преднамеренным самоповреждением и эмоциональным пренебрежением ребенка со стороны значимого взрослого действительно существует, но наиболее сильные ассоциации проявляются не с эмоциональным пренебрежением, а с различного рода другими злоупотреблениями. Это может объясняться тем, что эмоциональное пренебрежение имеет малый градиент направленности на какого-то конкретного члена семьи и довольно равномерно распределено между младшими членами семьи в силу специфики детско-родительских отношений. А негативные переживания от сексуального насилия связаны с процессом поиска и подбора замещающей жертвы, на которую изливается гнев. Поэтому переживание истории сексуального насилия в детстве ведет к наибольшему усилению риска развития у жертвы поведения с преднамеренным самоповреждением в старшем возрасте. Соединение нескольких видов самоповреждения может еще больше усиливать тенденцию аутоагрессора к повторению роли жертвы, увеличивая тем самым степень совершенной аутоагрессии. И хотя эмоциональное пренебрежение также может вызывать травматические переживания, оно обычно не столь сильно и не вызывает такой же степени виктим-

Статистически значимые результаты были выявлены при анализе взаимных связей самого факта сексуального злоупотребления в детстве с другими формами злоупотреблений: эмоциональное злоупотребление ребенком старшими, эмоциональное пренебрежение ребенком со стороны значимых взрослых, физическое (несексуальное) насилие со стороны более старших, физическое пренебрежение (заброшенность ребенка)

Табл. 3. Средние значения по исследуемым шкалам в группе аутоагрессоров, переживших сексуальное насилие в детстве, и аутоагрессоров без истории насилия в детстве

Показатель	Аутоагрессоры, пережившие сексуальное насилие в детстве		Аутоагрессоры без истории сексуального насилия в детстве		Уровень значимости
	Среднее	Станд.откл.	Среднее	Станд.откл.	
Неудовлетворенность имиджем тела	79,64	20,87	67,40	16,18	0,022
Пищевые нарушения	2,95	1,73	2,01	1,48	0,017
Эмоциональное пренебрежение	16,55	4,43	14,25	4,49	0,022
Эмоциональное насилие	19	4,26	13,08	5,29	0,001
Физическое пренебрежение	12,59	3,55	9,03	3,31	0,001
Физическое насилие	13,14	6,78	7,57	4,01	<0,001

Table 3. Mean value on the studied scales in autoaggressors who survived sexual abuse in childhood and autoaggressors without sexual abuse in childhood

Indicator	Autoaggressors who survived sexual abuse in childhood		Autoaggressors without sexual abuse in childhood		Value
	Mean	St.Dev.	Mean	St.Dev.	
Dissatisfaction with the image of the body	79.64	20.87	67.40	16.18	0.022
Eating Disorders	2.95	1.73	2.01	1.48	0.017
Emotional Neglect	16.55	4.43	14.25	4.49	0.022
Emotional Abuse	19	4.26	13.08	5.29	0.001
Physical neglect	12.59	3.55	9.03	3.31	0.001
Physical Violence	13.14	6.78	7.57	4.01	<0.001

ности, как сексуальное насилие, чтобы направить жертву на путь преднамеренного самоповреждения.

2. Также статистически значимые различия были получены по шкале нарушений пищевого поведения между двумя группами аутоагрессоров, которые подтверждают данные других исследований, свидетельствующих о наличии взаимных корреляций между пережитым в детстве насилием и нарушениями пищевого поведения в более старшем возрасте (Ениколопов, 2002; Gleaves, Eberenz, 1994; Hastings, Kern, 1994). Полученные нами результаты показали, что аутоагрессоры, имеющие историю сексуального насилия в детстве, статистически чаще сообщают о нарушениях пищевого поведения, чем аутоагрессоры без истории злоупотребления. Травмирующий опыт пережитого сексуального насилия может привести индивидуума к чувству неудовлетворения имиджем своего тела как в целом, так и какой-либо его части. Подобная травмирующая ассоциация пережитого насилия с образом тела или его части приводит к нарушениям пищевого поведения или к преднамеренному самоповреждению, имеющему своей целью изменение формы тела или какой-то его части. Тем самым уменьшается сила травматического переживания от пережитого насилия. В данном случае

перенесенное из-за насилия травматическое переживание может проявиться в будущем через негативное восприятие своего тела, а преднамеренное поведение и причинение себе физической боли становится путем редукации отрицательных эмоциональных переживаний.

3. Кроме этого, аутоагрессоры с исто-

детства, связанная с пережитым насилием, приводит к большому количеству негативных эмоциональных переживаний, с которыми индивидууму крайне тяжело справиться, что как следствие приводит его к мыслям суицидной тематики, а затем и к аутоагрессивному поведению. Здесь необходимо отметить, что на сегодняшний

Полученные нами результаты показали, что аутоагрессоры, имеющие историю сексуального насилия в детстве, статистически чаще сообщают о нарушениях пищевого поведения, чем аутоагрессоры без истории злоупотребления. Травмирующий опыт пережитого сексуального насилия может привести индивидуума к чувству неудовлетворения имиджем своего тела как в целом, так и какой-либо его части

рией сексуального насилия показали существенно более высокую степень наличия суицидальных мыслей, чем аутоагрессоры без такой истории, что подтверждает результаты ранее проведенного исследования (Hawton, Fagg, 1992). Несмотря на обозначенное в теоретической части принципиальное различие двух форм аутоагрессии – суицидного поведения и несуицидного поведения с преднамеренным самоповреждением, существует корреляционная связь между несуицидным поведением с преднамеренным самоповреждением и суицидными мыслями (Low et al., 2000). Видимо, травма

день остаются невыясненными дифференцирующие критерии, согласно которым одни из индивидуумов, пережившие злоупотребление, на фоне суицидных мыслей идут по пути суицидных попыток, а другие – на таком же фоне суицидных мыслей склонны к несуицидальному поведению с преднамеренным самоповреждением. В нашем случае можно лишь сделать предположение, что поведение с преднамеренным самоповреждением может рассматриваться как альтернатива суицидного поведения в деле совладания с травмирующей стрессовой ситуацией от пережитого наси-

Полученные в работе данные характеризуют сам факт сексуального насилия, пережитого в детстве, как мощный травмирующий фактор, который может иметь для жертвы серьезные последствия в плане развития в более старшем возрасте не только преднамеренного самоповреждающего поведения, но и целого ряда других видов неадекватного поведения, ассоциированных с аутоагрессией

лия. Испытанное в детстве сексуальное насилие рассматривается как стресс, ведущий к образованию посттравматического синдрома застревания на пережитой ситуации, что в старшем возрасте может привести либо к полному отказу от любых сексуальных отношений, либо к выбору аутоагрессивных оскорбляющих и унижительных для себя сексуальных контактов.

Полученные в работе данные характеризуют сам факт сексуального насилия, пережитого в детстве, как мощный травмирующий фактор, который может иметь для жертвы серьезные последствия в плане развития в более старшем возрасте не только преднамеренного самоповреждающего поведения, но и целого ряда других видов неадекватного поведения, ассоциированных с аутоагрессией.

Выводы

1. Полученные результаты указывают на непосредственное и прямое влияние пережитого в детстве сексуального насилия на возникновение в более старшем возрасте не только поведения

с аутоагрессивным самоповреждением, но целого ряда других негативных поведенческих проявлений, сопутствующих аутоагрессии.

2. Аутоагрессоры, пережившие в детстве сексуальное насилие, сообщают о более высоком уровне суицидальных мыслей и о неудовлетворенности собственной фигурой, чем аутоагрессоры без истории насилия. Таким образом, получил подтверждение тезис о том, что пережитое сексуальное злоупотребление является сильным фактором риска провоцирования именно суицидального поведения, начиная от его идеаторной разработки и до конкретных попыток исполнения.

3. Наиболее значимые результаты ($p < 0.05$) были выявлены при анализе взаимных связей самого факта сексуального злоупотребления в детстве с другими формами злоупотреблений такими, как эмоциональное злоупотребление ребенком старшими, эмоциональное пренебрежение ребенком со стороны значимых взрослых, физическое (несексуальное) насилие со стороны более старших, физическое пренебрежение (заброшенность ребенка).

4. Была установлена зависимость между показателями пережитого в детстве сексуального насилия с последующими расстройствами пищевого поведения и неудовлетворенностью имиджем тела в более старшем возрасте у лиц с аутоагрессивным поведением.

В заключение стоит отметить возможные пути дальнейшего изучения поведения с преднамеренным самоповреждением среди лиц, переживших в детстве сексуальное злоупотребление. Очевидно, стоит сместить возрастные границы выборки и провести повторные измерения с помощью методик, представленных в данной работе, на индивидах из других возрастных периодов и сравнить полученные результаты.

Как показывают зарубежные данные, аутоагрессивное поведение довольно широко распространено в школах и вузах. Около 12%–14% студентов и школьников практикуют преднамеренное самоповреждение (Favazza, 1989). Результаты, полученные на подобных выборках, можно сопоставить с данными экспериментов из выборок специализированных интернет-форумов («досок общения») по соответствующей тематике. Использование интернета придаст результатам существенно большую репрезентативность, поскольку позволяет охватить самую разнообразную аудиторию и гарантирует полную анонимность. Также следует расширить мужскую часть выборки, чтобы создать возможность сравнения результатов по гендерному признаку.

Литература:

- Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом (Электронный ресурс) // Журнал практической психологии и психоанализа. – № 1. – 2003 : (сайт). URL: <https://psjjournal.ru/articles/metody-raboty-s-suicidalnym-pacientom> – (дата обращения 13.09.2019).
- Вассерман Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / ред. Д. Вассерман. – Москва : Смысл, 2005. – 310 с.
- Гарянин Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 18–49.
- Голуб М. Взаимовлияние патологического влечения к алкоголю и суицидального поведения : дис. ... канд. психол. наук. – Санкт-Петербург, 1993.
- Горобец Т.Н. Социально-психологические и биологические факторы аутодеструктивного поведения : дис. ... канд. психол. наук. – Москва, 1995.
- Ениколопов С.Н. Некоторые проблемы психологии агрессивного поведения детей и подростков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 2. – С. 40–45.
- Каплан Б.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Т. 1. – Москва, 1998. – 672 с.
- Меннингер К. Война с самим собой / пер. с англ. Ю. Бондарева. – Москва : ЭКСМО-Пресс, 2000. – 480 с.
- Портнов В.А., Смирнов П.В. Антиципация возраста совершения повторных суицидальных попыток : материалы XIII съезда психиатров России. – Москва, 2000.
- Пурич-Пейякович Й., Душан Й.Д. Самоубийство подростков. – Москва : Медицина, 2000. – 168 с.
- Слуцкий А.С., Занадворов М.С. Некоторые психологические и клинические аспекты поведения суицидентов // Психологический журнал. – 1992. – № 1. – С. 77–85.
- Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Козырев В.Н. Депрессии и суицидальное поведение // А.Б. Смулевич Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – Москва : МИА, 2003. – С. 191–211.

- Старшенбаум Г.В. Формы и методы кризисной психотерапии : метод. рекомендации. – Москва, 1987. – 20 с.
- Степанченко О.Ю. Психическая ригидность и тревожность как индивидуальные факторы суицидального риска : дис. ... канд. психол. наук. – Томск, 1999. – 160 с.
- Фурман Э. Некоторые трудности диагностики депрессии и суицидальных тенденций у детей (Электронный ресурс) // Журнал практической психологии и психоанализа. – № 1. – 2003 : (сайт). URL: <https://psyjournal.ru/articles/nekotorye-trudnosti-diagnostiki-depressii-i-suicidalnyh-tendenciya-u-detej> – (дата обращения 13.09.2019).
- Хензлер Х. Вклад психоанализа в проблему суицида // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 2. – Москва : Когито-центр, 2001. – С. 88–103.
- Beautrais, A.L., Joyce P.R., & Mulder, R.T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav.* Spring, 29(1), 37–47.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., & Ahluvalia, T., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27, 169–190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Boudewyn, A.C., & Liem, J.H. (1995). Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behaviour in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 445–459. doi: 10.1002/jts.2490080307
- Calam, R.M., Griffiths, R., & Slade, P.D. (1997). Eating disorders, body satisfaction and unwanted sexual experience: U.K., Australian and U.S. data. *European Eating Disorders Review*, 5(3), 158–170. doi: 10.1002/(SICI)1099-0968(199709)5:3<158::AID-ERV197>3.0.CO;2-L
- Crowe, M., & Bunclark, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12, 48–53. doi: 10.1080/09540260074120
- Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, O., & Kraft, P. (2000). Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide Life Threat Behav. Summer*, 31(2), 153–68. doi: 10.1521/suli.31.2.153.21511
- Favazza, A. R. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-threatening Behaviours*, 19(4), 352–362.
- Feldman M.D. (1988). The challenge of self-mutilation, a review. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 252–269. doi: 10.1016/0010-440X(88)90048-X
- Fichman L., Koestner R., Zuroff D.C., & Gordon L. (1999). Depressive styles and the regulation of negative affect: A daily experience study. *Cognitive Therapy & Research*, 23(5), 483–495. doi: 10.1023/A:1018768320680
- Fombonne E. (1998). Suicidal behaviours in vulnerable adolescents: Time trends and their correlates. *British Journal of Psychiatry*, 173, 154–159. doi: 10.1192/bjp.173.2.154
- Fowler J.C., Hilsenroth M.J., & Piers C. (2001). An empirical study of seriously disturbed suicidal patients. *JAPA*, 49(1), 161–186. doi: 10.1177/00030651010490010901
- Gleaves, D.H., & Eberenz, K.P. (1994). Sexual abuse histories among treatment resistant bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 227–231. doi: 10.1002/1098-108X(199404)15:3<227::AID-EAT2260150305>3.0.CO;2-B
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A clinical Guide*. Washington DC: American Psychiatric.
- Hastings, T., & Kern, J.M. (1994). Relationships between bulimia, childhood sexual abuse and family environment. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 103–111. doi: 10.1002/1098-108X(199403)15:2<103::AID-EAT2260150202>3.0.CO;2-1
- Hawton K., & Fagg J. (1992). Trends in deliberate self-poisoning and self-injury in Oxford, 1976–1992. *British Medical Journal*, 304, 1409–1411. doi: 10.1136/bmj.304.6839.1409
- Hyman J.W. (1999). *Women living with self-injury*. Philadelphia: Temple University.
- Kahan J., & Pattison E. (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: The deliberate self-harm syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14, 17–35. doi: 10.1111/j.1943-278X.1984.tb00334.x
- Kernberg O. J. The suicidal risk in severe personality disorders: differential diagnosis and treatment. *Personal. Disord.* Jun. 15(3), 195–208.
- Kopper, B.A., Barrios, F.X., & Chiros, C.E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological Reports*, 82, 783–793. doi: 10.2466/pr0.1998.82.3.783
- Levenkron S. (1998). *Cutting: Understanding and overcoming self-mutilation*. New York: W.W. Norton.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. N.Y.: Guilford Press.
- Lipschitz, D.S., Bernstein, D.P., Winegar, R.K., & Southwick, S.M. (1999). Hospitalized adolescents' reports of sexual and physical abuse: A comparison of two self-report measures. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 510–537. doi: 10.1023/A:1024717117960
- Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M., & Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 269–278. doi: 10.1348/000711200160363
- Morgan, J.F., Reid, F., & Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467–1468. doi: 10.1136/bmj.319.7223.1467
- Rickelman B.L., & Houfek J.F. (1995). Toward an interactional model of suicidal behaviors: cognitive rigidity, attributional style, stress, hopelessness, and depression. *Psychiatr. Nurs.*, Jun. 9(3), 158–168. doi: 10.1016/S0883-9417(95)80039-5
- Schwartz, R., Cohen, P., Hoffman, N.G., & Meeks, J.E. (1989). Self-harm behaviours (carving) in female adolescent drug abusers. *Clinical Paediatrics*, 28, 340–346. doi: 10.1177/00092288902800801
- Slade, P. D., Dewey, M. E., Newton, T., Brodie, D., & Kiemle, G. (1990). Development of the body satisfaction scale (BSS). *Psychology and Health*, 4, 213–226. doi: 10.1080/08870449008400391
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1676. doi: 10.1176/ajp.148.12.1665
- Wiederman, M.W., Sansone, R.A., & Sansone, L.A. (1999). Bodily self-harm and its relationship to childhood abuse among women in a primary care setting. *Violence Against Women*, 5(2), 155–163. doi: 10.1177/107780129952004
- Yaryura-Tobias J.A., Neziroglu F.A., & Kaplan S. (1995). Self-mutilation, anorexia, and dysmenorrhea in obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 33–38. doi: 10.1002/1098-108X(199501)17:1<33::AID-EAT2260170104>3.0.CO;2-2

Yeo, H. M., & Yeo, W. W. (1993). Repeat deliberate self-harm: A link with childhood sexual abuse? *Archives of Emergency Medicine*, 10, 161–166. doi: 10.1136/emj.10.3.161

Zila L.M., & Kiselica M.S. (2001). Understanding and Counseling Self-Mutilation in Female Adolescents and Young Adults. *Journal of Counseling and Development*; Winter, 79(1), 46–52. doi: 10.1002/j.1556-6676.2001.tb01942.x

References:

- Beautrais, A.L., Joyce P.R., & Mulder, R.T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav.* Spring, 29(1), 37–47.
- Beck A. (2003). Methods of working with a suicidal patient. [Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza]. Retrieved from: <https://psyjournal.ru/articles/metody-raboty-s-suicidalnym-pacientom> (accessed 13.9.2019).
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., & Ahluvalia, T., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27, 169–190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Boudewyn, A.C., & Liem, J.H. (1995). Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behaviour in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 445–459. doi: 10.1002/jts.2490080307
- Calam, R.M., Griffiths, R., & Slade, P.D. (1997). Eating disorders, body satisfaction and unwanted sexual experience: U.K., Australian and U.S. data. *European Eating Disorders Review*, 5(3), 158–170. doi: 10.1002/(SICI)1099-0968(199709)5:3<158::AID-ERV197>3.0.CO;2-L
- Crowe, M., & Bunclarke, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12, 48–53. doi: 10.1080/09540260074120
- Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, O., & Kraft, P. (2000). Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide Life Threat Behav.* Summer, 31(2), 153–68. doi: 10.1521/suli.31.2.153.21511
- Enikolopov S.N. (2002). Some problems of the psychology of aggressive behavior of children and adolescents. [Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya], 2, 40–45.
- Favazza, A. R. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-threatening Behaviours*, 19(4), 352–362.
- Feldman M.D. (1988). The challenge of self-mutilation, a review. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 252–269. doi: 10.1016/0010-440X(88)90048-X
- Fichman L., Koestner R., Zuroff D.C., & Gordon L. (1999). Depressive styles and the regulation of negative affect: A daily experience study. *Cognitive Therapy & Research*, 23(5), 483–495. doi: 10.1023/A:1018768320680
- Fombonne E. (1998). Suicidal behaviours in vulnerable adolescents: Time trends and their correlates. *British Journal of Psychiatry*, 173, 154–159. doi: 10.1192/bjp.173.2.154
- Fowler J.C., Hilsenroth M.J., & Piers C. (2001). An empirical study of seriously disturbed suicidal patients. *JAPA*, 49(1), 161–186. doi: 10.1177/00030651010490010901
- Furman E. (2003). Some difficulties in diagnosing depression and suicidal tendencies in children (Electronic resource). [Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza]. 1. Retrieved from: <https://psyjournal.ru/articles/nekotorye-trudnosti-diagnostiki-depressii-i-suicidalnyh-tendenciy-u-detey> (accessed 13.09.2019).
- Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., & Yudeeva T.Yu. (2001). Perfectionism, depression and anxiety. *Moskovskiy psikhoterapevticheskiy zhurnal*, 4, 18–49.
- Gleaves, D.H., & Eberenz, K.P. (1994). Sexual abuse histories among treatment resistant bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 227–231. doi: 10.1002/1098-108X(199404)15:3<227::AID-EAT2260150305>3.0.CO;2-B
- Golub M. (1993). The interaction of pathological craving for alcohol and suicidal behaviour: Ph.D. in psychology, thesis. St. Petersburg.
- Gorobets T.N. (1995). Socio-psychological and biological factors of self-destructive behaviour: Ph.D. in psychology, thesis. Moscow.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A clinical Guide*. Washington DC: American Psychiatric.
- Hastings, T., & Kern, J.M. (1994). Relationships between bulimia, childhood sexual abuse and family environment. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 103–111. doi: 10.1002/1098-108X(199403)15:2<103::AID-EAT2260150202>3.0.CO;2-1
- Hawton K., & Fagg J. (1992). Trends in deliberate self-poisoning and self-injury in Oxford, 1976–1992. *British Medical Journal*, 304, 1409–1411. doi: 10.1136/bmj.304.6839.1409
- Henseler H. (2001). The contribution of psychoanalysis to the problem of suicide. [Entsiklopediya glubinnoy psikhologii]. Vol. 2. Moscow, Kogito-Tsentr, 88–103.
- Hyman J.W. (1999). *Women living with self-injury*. Philadelphia: Temple University.
- Kahan J., & Pattison E. (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: The deliberate self-harm syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14, 17–35. doi: 10.1111/j.1943-278X.1984.tb00334.x
- Kaplan B.I., & Sadok B.J. (1998). *Clinical Psychiatry*. Vol. 1. Moscow, 672.
- Kernberg O. J. The suicidal risk in severe personality disorders: differential diagnosis and treatment. *Personal. Disord.*, Jun. 15(3), 195–208.
- Kopper, B.A., Barrios, F.X., & Chiros, C.E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological Reports*, 82, 783–793. doi: 10.2466/pr0.1998.82.3.783
- Levenkron S. (1998). *Cutting: Understanding and overcoming self-mutilation*. New York: W.W. Norton.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. N.Y.: Guilford Press.
- Lipschitz, D.S., Bernstein, D.P., Winegar, R.K., & Southwick, S.M. (1999). Hospitalized adolescents' reports of sexual and physical abuse: A comparison of two self-report measures. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 510–537. doi: 10.1023/A:1024717117960
- Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M., & Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 269–278. doi: 10.1348/000711200160363
- Menninger K. (2000). *War with oneself*. Moscow, EKSMO-Press, 480.
- Morgan, J.F., Reid, F., & Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467–1468. doi: 10.1136/bmj.319.7223.1467
- Portnov V.A., & Smirnov P.V. (2000). Anticipation of the age of repeated suicidal attempts: materials of the 13th Congress of Psychiatrists of Russia. Moscow.
- Purich-Peyakovich Y., & Dushan Y.D. (2000). *Suicide in adolescents*. Moscow, Meditsina, 168.

- Rickelman B.L., & Houfek J.F. (1995). Toward an interactional model of suicidal behaviors: cognitive rigidity, attributional style, stress, hopelessness, and depression. *Psychiatr. Nurs.*, Jun. 9(3), 158–168. doi: 10.1016/S0883-9417(95)80039-5
- Schwartz, R., Cohen, P., Hoffman, N.G., & Meeks, J.E. (1989). Self-harm behaviours (carving) in female adolescent drug abusers. *Clinical Paediatrics*, 28, 340–346. doi: 10.1177/000992288902800801
- Slade, P. D., Dewey, M. E., Newton, T., Brodie, D., & Kiemle, G. (1990). Development of the body satisfaction scale (BSS). *Psychology and Health*, 4, 213–226. doi: 10.1080/08870449008400391
- Slutsky A.S., & Zanadvorov M.S. (1992). Some psychological and clinical aspects of suicidal behavior. [*Psikhologicheskii zhurnal*], 1, 77–85.
- Smulevich A.B., Dubnitskaya E.B., & Kozyrev V.N. (2003). Depression and suicidal behaviour. In [A.B. Smulevich *Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolovaniyakh*]. Moscow, MIA, 191–211.
- Starshenbaum G.V. (1987). Forms and methods of crisis psychotherapy: method. recommendations. Moscow, 20.
- Stepanchenko O.Yu. (1999). Mental rigidity and anxiety as individual factors of suicidal risk: Ph.D. in psychology, thesis. Tomsk, 160.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1676. doi: 10.1176/ajp.148.12.1665
- Wasserman D. (2005). Vain death: causes and prevention of suicide. Moscow, Smysl, 310.
- Wiederman, M.W., Sansone, R.A., & Sansone, L.A. (1999). Bodily self-harm and its relationship to childhood abuse among women in a primary care setting. *Violence Against Women*, 5(2), 155–163. doi: 10.1177/107780129952004
- Yaryura-Tobias J.A., Neziroglu F.A., & Kaplan S. (1995). Self-mutilation, anorexia, and dysmenorrhea in obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 33–38. doi: 10.1002/1098-108X(199501)17:1<33::AID-EAT2260170104>3.0.CO;2-2
- Yeo, H. M., & Yeo, W. W. (1993). Repeat deliberate self-harm: A link with childhood sexual abuse? *Archives of Emergency Medicine*, 10, 161–166. doi: 10.1136/emj.10.3.161
- Zila L.M., & Kiselica M.S. (2001). Understanding and Counseling Self-Mutilation in Female Adolescents and Young Adults. *Journal of Counseling and Development*; Winter, 79(1), 46–52. doi: 10.1002/j.1556-6676.2001.tb01942.x
- Eating Disorders, 15, 227–231. doi: 10.1002/1098-108X(199404)15:3<227::AID-EAT2260150305>3.0.CO;2-B
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A clinical Guide*. Washington DC: American Psychiatric.
- Hastings, T., & Kern, J.M. (1994). Relationships between bulimia, childhood sexual abuse and family environment. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 103–111. doi: 10.1002/1098-108X(199403)15:2<103::AID-EAT2260150202>3.0.CO;2-1
- Hawton K., & Fagg J. (1992). Trends in deliberate self-poisoning and self-injury in Oxford, 1976–1992. *British Medical Journal*, 304, 1409–1411. doi: 10.1136/bmj.304.6839.1409
- Hyman J.W. (1999). *Women living with self-injury*. Philadelphia: Temple University.
- Kahan J., & Pattison E. (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: The deliberate self-harm syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14, 17–35. doi: 10.1111/j.1943-278X.1984.tb00334.x
- Kernberg O. J. The suicidal risk in severe personality disorders: differential diagnosis and treatment. *Personal. Disord*, Jun. 15(3), 195–208.
- Kopper, B.A., Barrios, F.X., & Chiros, C.E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological Reports*, 82, 783–793. doi: 10.2466/pr0.1998.82.3.783
- Levenkron S. (1998). *Cutting: Understanding and overcoming self-mutilation*. New York: W.W. Norton.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. N.Y.: Guilford Press.
- Lipschitz, D.S., Bernstein, D.P., Winegar, R.K., & Southwick, S.M. (1999). Hospitalized adolescents' reports of sexual and physical abuse: A comparison of two self-report measures. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 510–537. doi: 10.1023/A:1024717117960
- Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M., & Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 269–278. doi: 10.1348/000711200160363
- Morgan, J.F., Reid, F., & Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467–1468. doi: 10.1136/bmj.319.7223.1467
- Rickelman B.L., & Houfek J.F. (1995). Toward an interactional model of suicidal behaviors: cognitive rigidity, attributional style, stress, hopelessness, and depression. *Psychiatr. Nurs.*, Jun. 9(3), 158–168. doi: 10.1016/S0883-9417(95)80039-5
- Schwartz, R., Cohen, P., Hoffman, N.G., & Meeks, J.E. (1989). Self-harm behaviours (carving) in female adolescent drug abusers. *Clinical Paediatrics*, 28, 340–346. doi: 10.1177/000992288902800801
- Slade, P. D., Dewey, M. E., Newton, T., Brodie, D., & Kiemle, G. (1990). Development of the body satisfaction scale (BSS). *Psychology and Health*, 4, 213–226. doi: 10.1080/08870449008400391
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1676. doi: 10.1176/ajp.148.12.1665
- Wiederman, M.W., Sansone, R.A., & Sansone, L.A. (1999). Bodily self-harm and its relationship to childhood abuse among women in a primary care setting. *Violence Against Women*, 5(2), 155–163. doi: 10.1177/107780129952004
- Yaryura-Tobias J.A., Neziroglu F.A., & Kaplan S. (1995). Self-mutilation, anorexia, and dysmenorrhea in obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 33–38. doi: 10.1002/1098-108X(199501)17:1<33::AID-EAT2260170104>3.0.CO;2-2
- Yeo, H. M., & Yeo, W. W. (1993). Repeat deliberate self-harm: A link with childhood sexual abuse? *Archives of Emergency Medicine*, 10, 161–166. doi: 10.1136/emj.10.3.161
- Zila L.M., & Kiselica M.S. (2001). Understanding and Counseling Self-Mutilation in Female Adolescents and Young Adults. *Journal of Counseling and Development*; Winter, 79(1), 46–52. doi: 10.1002/j.1556-6676.2001.tb01942.x