

ДИССОЦИАЦИЯ, ТРАВМА И САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ

Н.А. ПОЛЬСКАЯ

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>,
e-mail: polskayana@yandex.ru

М.А. МЕЛЬНИКОВА

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2729-9877>,
e-mail: melnikova-ma@mail.ru

В аналитическом обзоре рассмотрены основные направления исследований связи диссоциации, травмы и самоповреждающего поведения. Эта связь функционально сложная и зависит от многих переменных. В отношении травмы диссоциация и самоповреждающее поведение выступают: 1) как защитная реакция на травматическое событие; 2) как деструктивный, патологический способ саморегуляции. В свою очередь, функциональные связи диссоциации и самоповреждающего поведения определяются двумя тенденциями: антидиссоциативной (восстановление контроля) и диссоциативной (отказ от чувств). Во многих исследованиях диссоциация определяется как медиатор связи травмы и самоповреждающего поведения. Наряду с этим значительное влияние на патологизацию посттравматического развития оказывают психологические механизмы эмоциональной дисрегуляции и неприятия тела. Психопатологические аспекты связи диссоциации, травмы и самоповреждающего поведения рассмотрены на примере пограничного расстройства личности и расстройств пищевого поведения. Также описаны некоторые половозрастные особенности исследуемой проблемы.

Ключевые слова: диссоциация, травма, самоповреждающее поведение, пограничное расстройство личности, расстройства пищевого поведения, эмоциональная дисрегуляция, неприятие тела.

Финансирование: Статья подготовлена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ), проект № 19-113-50577.

Для цитаты: Польская Н.А., Мельникова М.А. Диссоциация, травма и самоповреждающее поведение // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 25—48. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280103>

DISSOCIATION, TRAUMA AND SELF-HARM

NATALIA A. POLSKAYA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>,

e-mail: polskayana@yandex.ru

MARIYA A. MELNIKOVA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2729-9877>,

e-mail: melnikova-ma@mail.ru

The presented analytical preview considers the main approaches to the relationship between dissociation, trauma and self-harm. This relationship is functionally complex and depends on many variables. In regards to trauma dissociation and self-harm are (1) defense mechanisms, activating to traumatic cues; (2) destructive pathological self-regulatory modes. Meantime functional links between dissociation and self-harm reveal two tendencies: anti-dissociation (regaining control) and dissociation-inducing (rejecting one's feelings). Dissociation is widely considered a mediator between trauma and self-harm. At the same time psychological mechanisms, such as emotion regulation and body rejection, exert significant influence on pathological post-traumatic development. We discuss the psychopathological aspects of the links between trauma, dissociation and self-harm in borderline personality and eating disorders. We also take note of the gender- and age-related peculiarities of these issues.

Keywords: dissociation, trauma, self-harm, borderline personality disorder, eating disorders, emotion dysregulation, body rejection.

Funding: This paper was prepared with the financial support of the Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project № 19-113-50577.

For citation: Polskaya N.A., Melnikova M.A. Dissociation, Trauma and Self-Harm. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 25—48. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280103>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Диссоциация определяется как «... нарушение и/или разрыв нормальной интеграции сознания, памяти, идентичности, эмоций, восприятия, репрезентации тела, моторного контроля и поведения» [7, p. 291]. Причины возникновения диссоциации различны, но, прежде всего, это реакция на травматическое событие/стресс [1; 2; 11; 48; 49]. Под травматическим стрессом подразумеваются экстремальные события, представляющие угрозу для жизни и здоровья человека, обладающие мощным негативным воздействием и требующие экстраординарных усилий по совладанию с последствиями этого воздействия [6]. Физиологическая и психологическая адаптация в данных условиях может происходить через перитравматическую диссоциацию — совокупность субъективных переживаний, включающих изменения восприятия времени, места и себя, во время и сразу после травматического воздействия [2; 49].

Диссоциация порождает широкий спектр субъективных переживаний: от поглощенности, когда внимание сосредотачивается на каком-то одном аспекте психологического опыта с блокированием других, до утраты автобиографических воспоминаний и контроля над собственными эмоциями, мышлением и поведением [2; 32; 48]. Выделяют позитивные и негативные диссоциативные симптомы. Позитивные характеризуются переживанием нежелательного вторжения в осознание и поведение (например, флеш-бэки). Негативные связаны с переживанием утраты доступа к контролю собственных психических функций, которые обычно доступны и контролируемы (например, диссоциативная амнезия) [47].

В рамках теории структурной диссоциации, основывающейся на травматической природе диссоциативных явлений, рассматривают два ее типа: психоформный (ментальный) и соматоформный (телесный) [2]. В первом случае речь идет о дезинтеграции психологических структур (когниции, аффект, память, идентичность, поведение); во втором — о дезинтеграции телесных функций, ощущений и движений.

К последствиям травматического воздействия, помимо развития диссоциации, относят самоповреждающее поведение, и многими исследователями эти явления рассматриваются как взаимосвязанные [16; 17; 23; 25; 37; 45; 48; 60]. Самоповреждающее поведение (СП) — это социально неодобряемое поведение, направленное на причинение себе физического вреда и включающее несуицидальные самоповреждения и суицидальные попытки [4; 5; 26; 37]. Несуицидальные самоповреждения — наиболее распространенные проявления СП¹ [5; 26; 37]. Это намеренные

* По результатам нашего исследования, проведенного в российской популяции (N=706; M_{возр} = 21,11; SD = 4,97), высокая частота порезов была выявлена у 3,7% респондентов, и 16% — хотя бы один раз намеренно делали порезы на своей коже [5].

повреждения поверхности тела (порезы, проколы, расцарапывание, ожоги и т. п.), которые не представляют прямую угрозу для жизни, однако могут стать регулярными, оставляя на коже рубцы и шрамы, и со временем превратиться в привычную модель поведения в эмоционально болезненных ситуациях. Самоповреждение выполняет внутриличностные [4; 26; 38] и межличностные функции [4; 25; 46]. Психологическая травма, в частности, жестокое обращение в детстве предсказывает как несуицидальные самоповреждения, так и суицидальные попытки [50; 51; 59], а диссоциация опосредует эту связь [15; 17; 23; 51].

Симптомы диссоциации и СП, будучи первоначально защитными реакциями на травматический опыт, при неблагоприятных условиях берут на себя психологические функции саморегуляции, особенно при психопатологии, например, пограничном расстройстве личности и расстройствах пищевого поведения [3; 30]. Эти расстройства обладают высокой коморбидностью, а травма рассматривается как одна из этиологических моделей их развития [12; 14; 44; 58].

Связи диссоциации, травмы и СП изучаются в разных контекстах: с точки зрения функций СП [17; 26; 38; 51], опосредующей роли диссоциации [17; 45; 50; 51; 60], вклада эмоциональной дисрегуляции [17] и неприятия своего тела [8; 9] в развитие диссоциации и СП.

Цель данного обзора — обобщить и систематизировать результаты, представленные в разных работах (исследовательских статьях, систематических обзорах, метаанализах и др.) с точки зрения функционального значения связей травмы, диссоциации и СП.

Диссоциация и травма

Диссоциация может возникнуть вследствие травматического стресса, жестокого обращения в семье, включая физическое, сексуальное, эмоциональное насилие и пренебрежение со стороны взрослых [2; 27; 49; 53; 54; 58]. В ответ на враждебное отношение родителей/опекунов у ребенка формируется небезопасная — дезорганизованная — привязанность, которая определяется как «особый паттерн приближения—избегания в поведении маленького ребенка в отношении значимого взрослого, являющегося одновременно источником и безопасности, и угрозы» [2, с. 113].

Диссоциативные механизмы помогают пережить травму и дистанцироваться от страха и тревоги, поскольку дети часто физически неспособны защитить себя или убежать. В ответ на угрозу они могут проявить как перитравматическую симпатическую активацию (бегство — чувство беспокойства; борьба — чувство злости и отыгрывание), так и перитравматическую парасимпатическую активацию (тониче-

ская неподвижность, отсутствие произвольных движений, высокая сенсорная чувствительность и др.) [48]. Со временем перитравматическая диссоциация становится неадаптивной, возникая в неподходящее время при эмоциональной угрозе или в ситуациях, которые могут вызывать воспоминания о травме [48; 54]. Продолжающееся функционирование диссоциации как способа совладания со стрессом препятствует способности решать текущие жизненные проблемы [48] и повышает риск развития психопатологии.

Двойственная связь диссоциации и самоповреждающего поведения

СП может развиваться, наряду с диссоциацией, как на симптоматическом, так и на функциональном уровнях. В первом случае их развитие обусловлено ситуацией травмы, и они представляют собой попытки адаптации к травматической ситуации, а в дальнейшем — дезадаптивные способы совладания с ее последствиями. Во втором — они принимают на себя психологические функции. Например, СП оказывается способом управления состояниями диссоциации, прекращая их и возвращая таким образом способность к контролю над чувствами, восприятием и телесными ощущениями или, наоборот, инициируя диссоциацию как способ прекращения негативного аффекта и избегания травмирующих мыслей.

В метаанализе Калати (*Calati*) с коллегами отмечается, что несуйцидальные самоповреждения, наряду с суицидальными попытками, связаны с более высокими показателями диссоциативного опыта и диссоциативным расстройством в клинике, а сила этих связей приводит авторов к выводу о существовании трансдиагностического диссоциативного типа [13]. Форд (*Ford*) и Гомес (*Gomez*) указывают, что диссоциация — не просто медиатор травматического опыта/суицидального поведения, она вносит больший и более специфический вклад, чем другие типы психопатологии, а также, как правило, связана с импульсивностью и избегающим поведением в рамках комплексного посттравматического расстройства личности [22]. Согласно систематическому обзору Эдмонсон (*Edmondson*) с коллегами, связь между самоповреждением и диссоциативным опытом подтверждается в 48% количественных и в 38% качественных исследований [21]. Более сильная диссоциация положительно коррелирует с более тяжелым (частым и разнообразным по способам и месту нанесения) СП, причем эти связи выявляются на уровне как симптоматики, так и функций [15; 28; 45]. Порезы кожи, как наиболее распространенные несуйцидальные самоповреждения, связаны с пренебрежением, попытками регуляции аффекта, диссоциацией, защищающей от невыносимых эмоций, и социальной дезинтеграцией личности [16; 20; 54].

Функции самоповреждающего поведения в связи с травмой и диссоциацией

Робин Коннорс (*Robin Connors*) еще в 1996 г. описала четыре функции СП, связанные с травмой:

1) реконструкция травмы — буквальное или символическое ее воспроизведение, где самоповреждение — это способ почувствовать физическую боль, инсценировать событие травмы в своем теле;

2) выражение чувств и потребностей, где самоповреждение — это способ высвобождения негативных чувств (ярости, разочарования, вины, стыда), способ самонаказания и сообщения об эмоциональной боли и потребности в утешении;

3) восстановление физиологического и эмоционального равновесия через самоповреждение, когда вид крови успокаивает, напряжение снимается или значительно снижается и возникает чувство контроля над аффектами и ощущениями;

4) управление диссоциативными процессами, где самоповреждение либо прекращает состояния диссоциации, либо инициирует их [18].

По сути, здесь речь идет о функциях психологической регуляции, которые выполняет СП в отношении травматического опыта. В работах последних лет все больше внимания фокусируется на исследовании именно регулятивных функций СП (не только в травматическом контексте). В частности, выделяются его внутриличностные и межличностные функции [26; 38]. Внутриличностные функции включают в себя прекращение диссоциации и уменьшение негативных эмоций [26], а межличностные — регулируют отношения с другими людьми, помогая получить помощь и поддержку, привлечь внимание и установить близкие отношения. При этом травма остается одним из основных этиологических механизмов развития СП. Так, жестокое обращение в детстве рассматривается как дистальный фактор уязвимости к несуицидальным самоповреждениям [38].

Механизмы связи диссоциации и СП достаточно сложны и не всегда понятны [16]. В одном из последних систематических обзоров, посвященных связи диссоциации и СП у подростков, авторы приходят к заключению, что сложно определить, для чего используется самоповреждение — чтобы вызвать диссоциацию или избежать ее, объясняя это разной концептуализацией понятия диссоциации и разными методами ее оценки [16]. Это приводит к выделению двух функций самоповреждения в связи с диссоциацией.

Антидиссоциативная функция самоповреждения заключается в том, что оно используется как способ преодоления диссоциативного состояния [26] — состояния отрешенности и нереальности происходящего.

Эмоциональная и физическая стимуляция позволяет почувствовать себя живым [16; 18; 21; 25]. Чем тяжелее травма, тем чаще самоповреждения играют антидиссоциативную роль [22]. В исследовании с участием 86 подростков с пограничным расстройством личности была выявлена положительная корреляция между диссоциативной симптоматикой и частотой самоповреждения, причем с диссоциацией, нарушениями идентичности и чувством опустошенности связывались межличностные функции самоповреждения (например, выстраивание границ, поиск автономии, сближение со сверстниками); внутриличностные же — включая антидиссоциативную — больше применялись при нарушениях эмоциональной регуляции [45].

Диссоциативная функция заключается в том, что самоповреждение инициирует диссоциацию как способ избавления от непереносимых переживаний [21; 48]: в данном случае самоповреждение помогает прекратить любые чувства, вызвать чувство онемения. Диссоциация — компонент условной реакции страха, позволяющей «снять» напряжение и эмоциональный дискомфорт после первоначального тревожного волнения и активной защиты [49, с. 111]. Тем не менее, такое избавление от напряжения может вызывать стресс из-за нарушений когнитивного функционирования и измененного состояния сознания (потеря контроля) [32], повышая таким образом риск психопатологии и травматизации. Как заметил Джон Бриер (*John Briere*), симптомы диссоциации могут привести к травме: из-за снижения бдительности к опасности люди с диссоциативными симптомами могут быть более уязвимы к межличностному насилию [11].

На рис. 1 обобщены функциональные пути преодоления травмы через дезадаптивные механизмы диссоциации и СП.

В названиях функций мы постарались отразить ведущий механизм, который запускает диссоциацию и/или СП. Два общих механизма, регулирующих развитие связи диссоциации, травмы и СП — это адаптация к травме и развитие психопатологической симптоматики. В первом случае диссоциация возникает как защитная реакция от травматического воздействия, она позволяет дистанцироваться от травмы ценой психологической/телесной дезинтеграции. СП может стать способом прекращения диссоциации (выполняя в рамках адаптации к травме антидиссоциативную функцию).

Во втором случае СП и диссоциация начинают регулировать эмоции и поведение деструктивным (патологическим) образом, вне зависимости от травматической угрозы. Сюда относятся диссоциативная функция самоповреждения и регулятивная функция диссоциации (управление эмоциями и поведением), которые могут привести как к усилению психопатологической симптоматики, так и к высокорискованному поведению в межличностных отношениях и повторной травматизации.

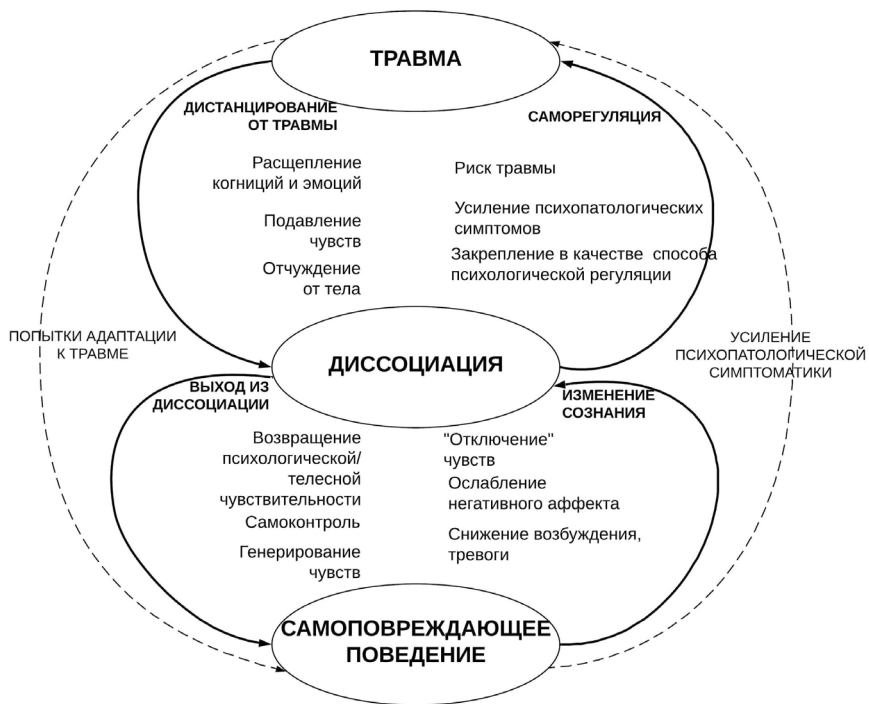


Рис. 1. Функциональные связи диссоциации и самоповреждающего поведения в контексте опыта переживания травмы

Таким образом, связи травмы, диссоциации и СП могут иметь разное функциональное значение в рамках общего посттравматического развития:

- диссоциация позволяет дистанцироваться от травмы, но это сопровождается симптомами психологической и телесной дезинтеграции;
- возврат самоконтроля и чувства целостности происходит через самоповреждение;
- однако самоповреждение может усилить негативные переживания, связанные с травмой, да и сами действия, связанные с самоповреждением, могут переживаться крайне негативно, поэтому самоповреждение становится способом прекращения невыносимых эмоций, приобретая, таким образом, уже не реактивное, а функциональное значение;
- это может привести к более тяжелым формам диссоциации и ее функционированию в качестве деструктивного способа саморегуляции, что, в свою очередь, усиливает риск психопатологии и травматизации.

Диссоциация и самоповреждение как психопатологические симптомы

Клиническая оценка связи диссоциации, травмы и СП охватывает достаточно широкий круг расстройств, в числе которых пограничное расстройство личности (ПРЛ) и расстройства пищевого поведения (РПП) [30; 32; 42; 47]. Сочетание травматической этиологии с текущими диссоциативными состояниями и самоповреждениями характеризует тяжесть психопатологии. У пациентов с ПРЛ диссоциация связана с большей тяжестью нейропсихологических нарушений; при РПП — с количеством эпизодов переедания [32]. Преобладающий тип диссоциации при ПРЛ — психоформный [55]; при РПП — зависит от типа расстройства. У пациентов с анорексией это деперсонализация, связанная с нарушением схемы тела; у пациентов с булимией — амнезия, искажения восприятия времени и ощущение принуждения к перееданию [32]. Пациенты с компульсивным перееданием отличаются более высоким уровнем диссоциации как психоформного, так и соматоформного типа по сравнению с популяцией и с пациентами без переедания, но с диагностированным ожирением [40; 41].

Симптоматика диссоциации у пациентов с РПП усугублена травматическим опытом. Установлено, что история физического насилия связана со всеми типами РПП, а сексуальное насилие — с нервной булимией и перееданием [14]. Стремление избавиться от негативных эмоций и травматических воспоминаний ведет к диссоциации и потере контроля над пищевым поведением и в конце концов — к перееданию. В то же время, сам эпизод переедания может играть блокирующую роль и вызывать диссоциацию, облегчающую негативные травматические состояния [57].

Пациенты с компульсивным перееданием указывают на большее число травматических событий в детстве по сравнению с группой контроля; также они чаще подвергались эмоциональному насилию и игнорированию со стороны родителей по сравнению с людьми с ожирением [40]. Пища в данном случае оказывается внешним механизмом саморегуляции, позволяющим управлять аффектом, модулировать интенсивность эмоциональных состояний, избегать травматических воспоминаний и болезненных переживаний [44]. К похожим результатам приходят в другом исследовании: эмоционально жестокое обращение с детьми приводит к развитию РПП [12].

Самоповреждения достаточно распространены среди пациентов с ПРЛ и РПП. Так, Перез (*Pérez*) с коллегами отмечают высокий процент (83,7%) пациентов с ПРЛ, которые в течение жизни более пяти раз на-

носили себе повреждения [42]. Наиболее тяжелые самоповреждения — на груди и гениталиях — отмечены у женщин с ПРЛ, переживших в детстве сексуальное насилие [33]. Среди пациентов с РПП, согласно результатам недавнего метаанализа, 27,3% имели историю несуицидальных самоповреждений, причем частота самоповреждений при булимии выше (32,7%), чем при анорексии (21,8%) [19]. Наиболее частые несуицидальные самоповреждения при данных расстройствах — это порезы и удары [43].

Эмоциональная дисрегуляция и неприятие тела

Эмоциональная дисрегуляция и неприятие тела увеличивают риск СП и вероятность диссоциативных симптомов у тех, кто подвергся травматическому воздействию [8; 11; 35]. Их формирование вызвано как тяжестью травмы, так и отсутствием необходимого уровня психического развития и соответствующей интегрированности когнитивных способностей, эмоциональных и поведенческих навыков, позволяющих преодолеть последствия травматического воздействия [8; 59]. Будучи дезадаптивными психологическими механизмами, они могут быть признаками хронической травмы, а также опосредовать травматические ситуации [8; 9; 16; 17; 32; 59] и их связи с диссоциацией и самоповреждением [8; 30; 33; 34; 57]. На рис. 2 изображены возможные психологические пути развития этой связи (рис. 2).

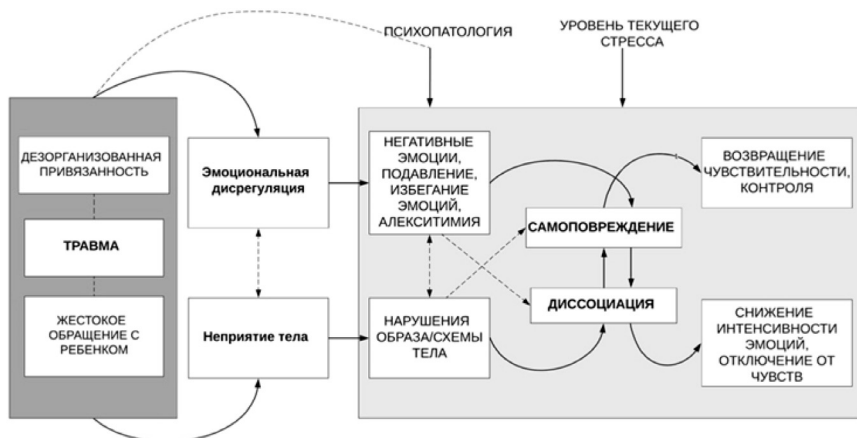


Рис. 2. Возможные пути развития связи травмы, диссоциации и самоповреждения

Рассмотрим эти дезадаптивные механизмы и их вклад в развитие диссоциации и СП подробнее. Неприятие тела* характеризуется нарушениями образа и схемы тела [8; 59]. Атария (*Ataria*), опираясь на работы Галахера (*Gallagher*), разделяет образ и схему тела как две разные, но связанные между собой системы. Образ тела — это система представлений о собственном теле — восприятие, убеждения, установки; схема тела — система сенсомоторных способностей, функционирующих без необходимости осознания и мониторинга восприятия [8]. При нарушениях образа тела самоповреждение совершается с целью достижения чувства владения телом и контроля над ним. Тогда как при нарушениях схемы тела цель самоповреждения — перестать чувствовать тело, нивелируя таким образом травматические переживания [8]. В первом случае самоповреждение — это способ прекратить диссоциацию, во втором — достичь ее, что позволяет дать обоснование сосуществованию антидиссоциативной и диссоциативной функций СП.

Самоповреждения, связанные с неприятием тела, свойственны пациентам как с ПРЛ, так и с РПП. Неудовлетворенность телом может достигать высокой интенсивности, когда тело воспринимается как ненавистный объект [34], и подобная объективация и нарушения образа тела [57] становятся причиной диссоциации, а самоповреждение — способом выхода из нее [30; 43]. С другой стороны, самоповреждения при РПП, как и при ПРЛ, обусловлены эмоциональной дисрегуляцией и направлены на преодоление острого эмоционального напряжения, дистресса, гнева, даже ценой отказа от чувств — так самоповреждение приводит к диссоциации.

К эмоциональной дисрегуляции относят недостаточную или чрезмерную регуляцию аффекта [55; 56]; нарушения идентификации и понимания эмоций, алекситимию, избегание или подавление эмоций, включая высокую чувствительность, реактивность и низкую толерантность к фрустрации [27]. Недостаточная регуляция аффекта означает ограниченные возможности по снижению интенсивности аффекта — импульсивность и проблемы с целенаправленным поведением (например, гнев, перерастающий в ярость). Под чрезмерной регуляцией аффекта подразумевается неприятие эмоций (например, состояния глубокой эмоциональной опустошенности) [55].

Эмоциональная дисрегуляция в разных формах (избегание болезненного эмоционального опыта, подавление эмоций, тревожность, алекситимия) приводит как к диссоциации, так и самоповреждениям [36; 39].

* С помощью понятия «неприятие тела» мы постарались обобщить ряд нарушений образа и схемы тела: переживание неподвластности тела, неудовлетворенность телом, нарушения владения отдельными частями тела, отвержение определенных телесных особенностей, самообъективация тела.

Например, подавление эмоций пациентами с ПРЛ и РПП ведет к избеганию переживаний и диссоциации, повышающей болевой порог при совершении самоповреждения [36]. Пациенты с нервной анорексией чаще по сравнению с группой контроля сообщают о неадаптивных эмоциональных схемах — дефективности и стыда, подчинения и социальной изоляции; они испытывают больше проблем с осознанием эмоций и их ясностью; чаще используют дезадаптивные стратегии эмоциональной регуляции (избегание, негативный стиль решения проблем, руминация, подавление эмоций) [39]. Также обнаружено, что дисрегуляция эмоций частично опосредует связь между эмоциональным насилием и последующими симптомами РПП [12].

У пациентов с ПРЛ было выделено две связанные формы эмоциональной дисрегуляции и диссоциации: 1) подавление переживаний (чрезмерная регуляция эмоций связана с негативными симптомами диссоциации — амнезией, потерей чувствительности); 2) возбуждение (недостаточная регуляция эмоций, эмоциональная неустойчивость связана с позитивными симптомами диссоциации — например, навязчивыми воспоминаниями о травме) [56]. Травма чаще ведет к развитию именно второй формы эмоциональной дисрегуляции, а та, в свою очередь, приводит к психопатологической симптоматике (в частности, к ПРЛ) [55].

Проявления эмоциональной дисрегуляции у молодых людей с симптомами ПРЛ и СП положительно связаны с такими функциями не-суицидальных самоповреждений, как регуляция негативного аффекта, предотвращение диссоциации и самонаказание [46].

Таким образом, эмоциональная дисрегуляция может вызывать самоповреждения, которые совершаются на пике негативного аффекта (гнев, страх, тревога). Снижение высокоинтенсивных болезненных эмоций происходит через самоповреждение, в результате чего может развиваться диссоциация — эмоциональное бесчувствие, приносящее облегчение. Но также самоповреждения совершаются, чтобы вызвать эмоции для преодоления состояния пустоты и бесчувствия. При нарушениях образа тела через самоповреждение предпринимается попытка преодолеть дезинтеграцию и повысить контроль над телом (антидиссоциативная функция), а при нарушениях схемы тела — перестать чувствовать его, чтобы не чувствовать страх и боль (диссоциативная функция).

Половозрастные особенности связи диссоциации, травмы и самоповреждающего поведения

Половозрастные особенности связи диссоциации, травмы и СП в разных исследованиях определяются с точки зрения тяжести травмы

и выраженности психопатологических последствий, а также возраста травматизации и пола. Наибольший вред психическому развитию приносит детская травма [54]. Чем младше ребенок, чем более незрелые его психобиологические структуры, тем более тяжелыми оказываются последствия для его психического здоровья [2; 48; 54].

Родительский стиль, приводящий к дезорганизованной привязанности, является предиктором диссоциативной симптоматики на разных возрастных стадиях вплоть до подросткового и юношеского возраста [2, с. 113]. Эмпирически подтверждено, что дезорганизованная привязанность у младенцев, связанная с отчуждающим отношением матери, предсказывает диссоциативные симптомы в подростковом возрасте [31].

Материнская диссоциация и эмоциональная дисрегуляция тесно связаны с диссоциацией детей дошкольного и раннего школьного возраста [29] — родительские модели эмоциональной регуляции увеличивают вероятность того, что у детей разовьются похожие модели.

На выборке детей, пострадавших от травмы, в возрасте от 3 до 6 лет (N=297), и их опекунов, показано, что тип и количество травматических событий, а также травма и психопатологическая симптоматика попечителя могут предсказать развитие психопатологической симптоматики у детей, включая симптомы диссоциации [24]. Потенциально травмирующий опыт (например, жестокое обращение, свидетельство насилия в семье или потеря опекуна) в течение сенситивного периода развития в раннем детстве может привести к широкому спектру симптоматики у маленьких детей, включая ПТСР и связанную с травмой диссоциацию. Обнаружено, что девочки в два раза чаще, чем мальчики, попадают в группу посттравматических расстройств с диссоциацией; в эту же группу почти в три раза чаще попадают дети, подвергшиеся сексуальному насилию [24].

Сексуальное насилие является одним из самых серьезных факторов травматизации, приводящей к развитию диссоциации и самоповреждения, наряду со многими другими негативными соматическими и психологическими симптомами; эти связи можно назвать трансгенерационными, потому что дети пострадавших в детстве женщин чаще подвергаются плохому обращению [52]. Хотя бы одно самоповреждение совершили 62% девочек-подростков (13—17 лет), переживших в детстве сексуальное насилие, а у 37% участниц с высоким уровнем СП был выявлен клинический уровень диссоциации [20]. При этом выявлено, что у девочек, пострадавших от сексуального насилия (но не у мальчиков), с течением времени симптомы диссоциации снижаются [10].

Связь сексуального насилия с самоповреждениями, эмоциональной дисрегуляцией и диссоциацией подтверждается и в исследовании, проведенном на выборке подростков 12—18 лет (N=525), находящихся под надзором системы ювенальной юстиции [17]. В данной выборке о

сексуальном насилии сообщили почти половина девушек-подростков, но менее 10% юношей. Девушки-подростки с историей сексуального насилия оказались наиболее подвержены несуицидальному СП, по сравнению с юношами (вне зависимости от факта сексуального насилия) [17].

Во взрослом возрасте жертвы жестокого обращения переживают симптомы ПТСР, депрессии, тревоги, ПРЛ и РПП, а также серьезные трудности в межличностных отношениях, включая семейные, партнерские, профессиональные отношения, они плохо переносят текущие и хронические стрессовые ситуации. Согласно результатам, полученным в исследовании Сваннелл (*Swannell*) с коллегами (N=11423), возраст участников от 18 до 100 лет, разные виды жестокого обращения с детьми по-разному предсказывают несуицидальное СП у взрослых [51]. У женщин вероятность несуицидальных самоповреждений увеличивают физическое насилие и пренебрежение, тогда как у мужчин это только физическое насилие. Связь между плохим обращением в детстве и СП опосредуется у женщин самообвинением, а у мужчин диссоциацией. Авторы объясняют это различиями в социализации — при переживании неудач мужчины подавляют эмоции, а женщины обвиняют себя [51].

Выводы

Связи диссоциации, травмы и СП сложные, а иногда противоречивые, что объясняется спецификой психологического развития в условиях травмы и ее последствий, а также сопутствующими психопатологическими симптомами и психологическими дисфункциями. Поэтому отдельного внимания требуют оценка и понимание функционального значения этих связей. Эти функции могут характеризовать попытки адаптации, выступая в роли реактивных (низкодифференцированных) способов защиты в ситуации травмы, либо быть связаны с психопатологическими механизмами дезадаптации, заменяя собой здоровые и адаптивные способы психологической регуляции, вне зависимости от реальной угрозы травматизации.

Наименее систематизированными и изученными, по нашему мнению, являются вопросы, относящиеся к исследованию (на неклинических выборках разного возраста и пола) того, как эмоциональное насилие и пренебрежение влияют на развитие диссоциации и СП. На сегодняшний день представлено достаточно убедительных результатов о вкладе сексуального насилия в формирование психопатологии, включая симптомы диссоциации и СП, но аналогичные исследования о последствиях эмоционального насилия единичны. И также мало данных о том,

как эти связи (эмоционального насилия, диссоциации и самоповреждения) формируются и поддерживаются на доклиническом уровне. Также, на наш взгляд, требуются целенаправленные исследования в области переживания эмоционального и сексуального насилия мальчиками и мужчинами, так как сейчас мы в большей мере ограничены культурно транслируемыми представлениями о мужской сдержанности, скрытности, собственных мужчинам избегании и подавлении эмоций. Но необходимы эмпирические исследования, чтобы эти представления подтвердить или опровергнуть.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агарков В.А. Диссоциация и пограничное расстройство личности // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 10—37.
2. Ван дер Харт О., Нейенхёус Э.П.С., Стил К. Призраки прошлого. Структурная теория диссоциации и терапия последствий хронической психической травмы: пер. с англ. М.: «Когито-Центр», 2013. 496 с.
3. Горчакова В.А., Холмогорова А.Б., Палин А.В., и др. Травматический стресс у пациентов с хроническим суицидальным поведением и чертами пограничного личностного расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 119—139.
4. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: ЛЕНАНД, 2017. 320 с.
5. Польская Н.А. Эмоциональная дисрегуляция в структуре самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 4. С. 65—82. doi:10.17759/cpp.2018260405
6. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
7. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p.
8. Ataria Y. Body disownership in complex posttraumatic stress disorder. New York: Palgrave Macmillan, 2018. 189 p.
9. Ataria Y., Gallagher S. Somatic apathy: Body disownership in the context of torture // *Journal of Phenomenological Psychology*. 2015. Vol. 46 (1). P. 105—122. doi:10.1163/15691624-12341286
10. Bernier M.J., Hébert M., Collin-Vézina D. Dissociative Symptoms Over a Year in a Sample of Sexually Abused Children // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2013. Vol. 14 (4). P. 455—472. doi:10.1080/15299732.2013.769478
11. Briere J. Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006. Vol. 194 (2). P. 78—82. doi:10.1097/01.nmd.0000198139.47371.54
12. Burns E.E., Fischer S., Jackson J.L., et al. Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms // *Child Abuse & Neglect*. 2012. Vol. 36. P. 32—39. doi:10.1016/j.chiabu.2011.08.005

13. Calati R., Bensassi I., Courtet P. The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses // *Psychiatry Research*. 2017. Vol. 251. P. 103—114. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.035
14. Caslini M., Bartoli F., Crocamo C., et al. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis // *Psychosomatic Medicine*. 2016. Vol. 78 (1). P. 79—90. doi:10.1097/PSY.0000000000000233
15. Černis E. Improving the clinical understanding and measurement of dissociation. Dr. Sci. (Clinical Psychology) Thesis. University of Oxford, 2017. 180 p.
16. Černis E., Chan C., Cooper M. What is the relationship between dissociation and self-harming behaviour in adolescents? // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2019. Vol. 26 (3). P. 328—338. doi:10.1002/cpp.2354
17. Chaplo S.D., Kerig P.K., Bennett D.C., et al. The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice—involved youth // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015. Vol. 16 (3). P. 272—285. doi:10.1080/15299732.2015.989647
18. Connors R. Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and meanings // *American Journal of Orthopsychiatry*. 1996. Vol. 66 (2). P. 197—206. doi:10.1037/h0080171
19. Cucchi A., Ryan D., Konstantakopoulos G., et al. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis // *Psychological Medicine*. 2016. Vol. 46 (7). P. 1345—1358. doi:10.1017/s0033291716000027
20. Cyr M., McDuff P., Wright J., et al. Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among female adolescent victims of sexual abuse // *Journal of Child Sexual Abuse*. 2005. Vol. 14 (2). P. 49—68. doi:10.1300/J070v14n02_03
21. Edmondson A.J., Brennan C.A., House A.O. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts // *Journal of Affective Disorders*. 2016. Vol. 191. P. 109—117. doi:10.1016/j.jad.2015.11.043
22. Ford J.D., Gómez J.M. The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015. Vol. 16 (3). P. 232—271. doi:10.1080/15299732.2015.989563
23. Franzke I., Wabnitz P., Catani C. Dissociation as a mediator of the relationship between childhood trauma and nonsuicidal self-injury in females: A path analytic approach // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015. Vol. 16 (3). P. 286—302. doi:10.1080/15299732.2015.989646
24. Hagan M.J., Gentry M., Ippen C.G., et al. PTSD with and without dissociation in young children exposed to interpersonal trauma // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 227. P. 536—541. doi:10.1016/j.jad.2017.11.070
25. Horowitz S., Stermac L. The relationship between interpersonal trauma history and the functions of non-suicidal self-injury in young adults: an experience sampling study // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2018. Vol. 19 (2). P. 232—246. doi:10.1080/15299732.2017.1330228
26. Klonsky E.D., Glenn C.R., Stryer D.M., et al. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure [Электронный ресурс] // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015. Vol. 9 (1). URL: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-015-0073-4> (дата обращения: 10.02.2020). doi:10.1186/s13034-015-0073-4

27. Lang C.M., Sharma-Patel K. The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention // *Trauma, Violence & Abuse*. 2011. Vol. 12 (1). P. 23—37. doi:10.1177/1524838010386975
28. Laukkanen E., Rissanen M.L., Tolmunen T., et al. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2013. Vol. 22 (8). P. 501—510. doi:10.1007/s00787-013-0390-1
29. Lewis J., Binion G., Rogers M., et al. The Associations of Maternal Emotion Dysregulation and Early Child Dissociative Behaviors // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2020. Vol. 21 (2). P. 203—216. doi:10.1080/15299732.2019.1678211
30. Löffler A., Kleindienst N., Cackowski S., et al. Reductions in whole-body ownership in borderline personality disorder — a phenomenological manifestation of dissociation // *Journal of Trauma & Dissociation*, 2020. Vol. 21 (2). P. 264—277. doi:10.1080/15299732.2019.1678213
31. Lyons-Ruth K., Bureau J.F., Holmes B., et al. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood // *Psychiatry Research*. 2013. Vol. 206 (2—3). P. 273—281.
32. Lyssenko L., Schmahl C., Bockhacker L., et al. Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale // *American Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 175 (1). P. 37—46. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17010025
33. McFetridge M.A., Milner R., Gavin V., et al. Borderline personality disorder: patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome // *BJPsych Open*. 2015. Vol. 1(1). P. 18—20. doi:10.1192/bjpo.bp.115.000117
34. Muehlenkamp J.J., Claes L., Smits D., et al. Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model // *Psychiatry Research*. 2011. Vol. 188 (1). P. 102—108. doi:10.1016/j.psychres.2010.12.023
35. Muehlenkamp J.J., Kerr P.L., Bradley A.R., et al. Abuse Subtypes and Nonsuicidal Self-Injury // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010. Vol. 198 (4). P. 258—263. doi:10.1097/nmd.0b013e3181d612ab
36. Navarro-Haro M.V., Wessman I., Botella C., et al. The role of emotion regulation strategies and dissociation in non-suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid eating disorder // *Comprehensive Psychiatry*. 2015. Vol. 63. P. 123—130. doi:10.1016/j.comppsy.2015.09.001
37. Nock M.K. Future directions for the study of suicide and self-injury // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2012. Vol. 41 (2). P. 255—259. doi:10.1080/15374416.2012.652001
38. Nock M.K. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury // *Current directions in psychological science*. 2009. Vol. 18 (2). P. 78—83.
39. Oldershaw A., Lavender T., Sallis, H. et al. Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data // *Clinical Psychology Review*. 2015. Vol. 39. P. 83—95. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.005
40. Palmisano G.L., Innamorati M., Sarracino D., et al. Trauma and dissociation in obese patients with and without binge eating disorder: A case—control study [Электронный ресурс] // *Cogent Psychology*. 2018. Vol. 5 (1). URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311908.2018.1470483> (дата обращения: 15.01.2020). doi:10.1080/23311908.2018.1470483

41. *Palmisano G.L., Innamorati M., Susca G., et al.* Childhood traumatic experiences and dissociative phenomena in eating disorders: Level and association with the severity of binge eating symptoms // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2018. Vol. 19 (1). P. 88—107. doi:10.1080/15299732.2017.1304490
42. *Perez S., Lorca F., Marco J.H.* Dissociation, posttraumatic stress symptoms, emotional dysregulation, and invalidating environments as correlates of NSSI in borderline personality disorder patients [Электронный ресурс] // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2020. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15299732.2020.1719262> (дата обращения: 29.02.2020). doi:10.1080/15299732.2020.1719262
43. *Pérez S., Marco J.H., Cañabate M.* Non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: prevalence, forms, functions, and body image correlates // *Comprehensive Psychiatry*. 2018. Vol. 84. P. 32—38. doi:10.1016/j.comppsy.2018.04.003
44. *Pignatelli A.M., Wampers M., Loriedo C., et al.* Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2016. Vol. 18 (1). P. 100—115. doi:10.1080/15299732.2016.1198951
45. *Rallis B.A., Deming C.A., Glenn J.J., et al.* What is the role of dissociation and emptiness in the occurrence of nonsuicidal self-injury? // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2012. Vol. 26. P. 287—298. doi:10.1891/0889-8391.26.4.287
46. *Sadeh N., Londahl-Shaller E.A., Piatigorsky A., et al.* Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms // *Psychiatry Research*. 2014. Vol. 216 (2). P. 217—222. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.018
47. *Scalabrini A., Cavicchioli, M., Fossati, A., et al.* The extent of dissociation in borderline personality disorder: a meta-analytic review // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2017. Vol. 18 (4). P. 522—543. doi:10.1080/15299732.2016.1240738
48. *Schauer E., Elbert T.* The psychological impact of child soldiering // *Trauma rehabilitation after war and conflict* / E. Martz (ed.). New York, NY: Springer, 2010. P. 311—360.
49. *Schauer M., Elbert T.* Dissociation following traumatic stress // *Zeitschrift für Psychologie*. 2010. Vol. 218 (2). P. 109—127. doi:10.1027/0044-3409/a000018
50. *Shenk C.E., Noll J.G., Cassarly J.A.* A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury // *Journal of Youth and Adolescence*. 2010. Vol. 39 (4). P. 335—342. doi:10.1007/s10964-009-9456-2
51. *Swannell S., Martin G., Page A., et al.* Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame // *Child Abuse & Neglect*. 2012. Vol. 36 (7—8). P. 572—584. doi:10.1016/j.chiabu.2012.05.005
52. *Trickett P.K., Noll J.G., Putnam F.W.* The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study // *Development and Psychopathology*. 2011. Vol. 23 (2). P. 453—476.
53. *Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., et al.* Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma // *The American Journal of Psychiatry*. 1996. Vol. 153 (7). P. 83—93.
54. *Van der Kolk B.A., Pery J.C., Herman J.L.* Childhood origins of self-destructive behavior // *American journal of Psychiatry*. 1991. Vol. 148 (12). P. 1665—1671.

55. Van Dijke A., Hopman J.A., Ford J.D. Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder [Электронный ресурс] // *European Journal of Psychotraumatology*. 2018. Vol. 9 (1). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5795767/> (дата обращения: 15.01.2020). doi:10.1080/20008198.2017.1400878
56. Van Dijke A., van der Hart O., Ford J.D., et al. Affect Dysregulation and Dissociation in Borderline Personality Disorder and Somatoform Disorder: Differentiating Inhibitory and Excitatory Experiencing States // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2010. Vol. 11 (4). P. 424—443. doi:10.1080/15299732.2010.496140
57. Vanderlinden J., Palmisano G. Trauma and Eating Disorders: The State of the Art // *Trauma-Informed Approaches to Eating Disorders* / A.J. Seubert, P. Virdi (eds.). New York: Springer Publishing Company, 2018. P. 15—32.
58. Vermetten E., Spiegel D. Trauma and dissociation: Implications for borderline personality disorder // *Current Psychiatry Reports*. 2014. Vol. 16 (2). P. 1—10. doi:10.1007/s11920-013-0434-8
59. Yates T.M. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation // *Clinical Psychology Review*. 2004. Vol. 24 (1). P. 35—74. doi:10.1016/j.cpr.2003.10.001
60. Zetterqvist M., Lundh L., Göran Svedin C. A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2014. Vol. 8. P. 23—37. doi:10.1186/1753-2000-8-23

REFERENCES

1. Agarkov V.A. Dissotsiatsiya i pogranichnoe rasstroistvo lichnosti [Dissociation and borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014. Vol. 22 (2), pp. 10—37. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K. Prizraki proshlogo. Strukturnaya teoriya dissotsiatsii i terapiya posledstviy khronicheskoi psikhicheskoi travmy [The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2013. 496 p. (In Russ.).
3. Gorchakova V.A., Kholmogorova A.B., Palin A.V., et al. Travmaticheskii stress u patsientov s khronicheskim suitsidal'nym povedeniem i chertami pogranichnogo lichnostnogo rasstroistva [Traumatic stress in patients with chronic suicidal behavior and characteristics of borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014. Vol. 22 (2), pp. 119—139. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Polskaya N.A. Psikhologiya samopovrezhdayushchego povedeniya [The psychology of self-injurious behavior]. Moscow: LENAND, 2017. 320 p.
5. Polskaya N.A. Emotsional'naya disregulyatsiya v strukture samopovrezhdayushchego povedeniya [Emotion Dysregulation in the Structure of Self-Injurious Behavior]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26 (4), pp. 65—82. doi:10.17759/cpp.2018260405. (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: Teoriya i praktika [Psychology of posttraumatic stress. Theory and practice]. Moscow: Institut psikhologii RAN Publ., 2009. 304 p.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p.
8. Ataria Y. Body disownership in complex posttraumatic stress disorder. New York: Palgrave Macmillan, 2018. 189 p.
9. Ataria Y., Gallagher S. Somatic apathy: Body disownership in the context of torture. *Journal of Phenomenological Psychology*, 2015. Vol. 46 (1), pp. 105—122. doi:10.1163/15691624-12341286
10. Bernier M.J., Hébert M., Collin-Vézina D. Dissociative Symptoms Over a Year in a Sample of Sexually Abused Children. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2013. Vol. 14 (4), pp. 455—472. doi:10.1080/15299732.2013.769478
11. Briere J. Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2006. Vol. 194 (2), pp. 78—82. doi:10.1097/01.nmd.0000198139.47371.54
12. Burns E.E., Fischer S., Jackson J.L., et al. Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 2012. Vol. 36, pp. 32—39. doi:10.1016/j.chiabu.2011.08.005
13. Calati R., Bensassi I., Courtet P. The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research*, 2017. Vol. 251, pp. 103—114. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.035
14. Caslini M., Bartoli F., Crocamo C., et al. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 2016. Vol. 78 (1), pp. 79—90. doi:10.1097/PSY.0000000000000233
15. Černis E. Improving the clinical understanding and measurement of dissociation. Dr. Sci. (Clinical Psychology) Thesis. University of Oxford, 2017. 180 p.
16. Černis E., Chan C., Cooper M. What is the relationship between dissociation and self-harming behaviour in adolescents? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2019. Vol. 26 (3), pp. 328—338. doi:10.1002/cpp.2354
17. Chaplo S.D., Kerig P.K., Bennett D.C., et al. The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice—involved youth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2015. Vol. 16 (3), pp. 272—285. doi:10.1080/15299732.2015.989647
18. Connors R. Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1996. Vol. 66 (2), pp. 197—206. doi:10.1037/h0080171
19. Cucchi A., Ryan D., Konstantakopoulos G., et al. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2016. Vol. 46 (7), pp. 1345—1358. doi:10.1017/s0033291716000027
20. Cyr M., McDuff P., Wright J., et al. Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among female adolescent victims of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2005. Vol. 14 (2), pp. 49—68.

21. Edmondson A.J., Brennan C.A., House A.O. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 2016. Vol. 191, pp. 109—117. doi:10.1016/j.jad.2015.11.043
22. Ford J.D., Gómez J.M. The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2015. Vol. 16 (3), pp. 232—271, doi:10.1080/15299732.2015.989563
23. Franzke I., Wabnitz P., Catani C. Dissociation as a mediator of the relationship between childhood trauma and nonsuicidal self-injury in females: A path analytic approach. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2015. Vol. 16 (3), pp. 286—302. doi:10.1080/15299732.2015.989646
24. Hagan M.J., Gentry M., Ippen C.G., et al. PTSD with and without dissociation in young children exposed to interpersonal trauma. *Journal of Affective Disorders*, 2018. Vol. 227, pp. 536—541. doi:10.1016/j.jad.2017.11.070
25. Horowitz S., Stermac L. The relationship between interpersonal trauma history and the functions of non-suicidal self-injury in young adults: an experience sampling study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2018. Vol. 19 (2), pp. 232—246. doi:10.1080/15299732.2017.1330228
26. Klonsky E.D., Glenn C.R., Styer D.M., et al. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure [Elektronnyi resurs]. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2015. Vol. 9 (1). Available at: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-015-0073-4> (Accessed 10.02.2020). doi:10.1186/s13034-015-0073-4
27. Lang C.M., Sharma-Patel K. The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2011. Vol. 12 (1), pp. 23—37. doi:10.1177/1524838010386975
28. Laukkanen E., Rissanen, M.L., Tolmunen T., et al. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2013. Vol. 22 (8), pp. 501—510. doi:10.1007/s00787-013-0390-1
29. Lewis J., Binion G., Rogers M., et al. The Associations of Maternal Emotion Dysregulation and Early Child Dissociative Behaviors. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2020. Vol. 21 (2), pp. 203—216. doi:10.1080/15299732.2019.1678211
30. Löffler A., Kleindienst N., Cackowski S., et al. Reductions in Whole-body Ownership in Borderline Personality Disorder—A Phenomenological Manifestation of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2020. Vol. 21 (2), pp. 264—277. doi:10.1080/15299732.2019.1678213
31. Lyons-Ruth K., Bureau J.F., Holmes, B., et al. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, 2013. Vol. 206 (2—3), pp. 273—281.
32. Lyssenko L., Schmahl C., Bockhacker L., et al. Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *American Journal of Psychiatry*, 2018. Vol. 175 (1), pp. 37—46. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17010025
33. McFetridge M.A., Milner R., Gavin V., et al. Borderline personality disorder: patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome. *BJPsych Open*, 2015. Vol. 1 (1), pp. 18—20. doi:10.1192/bjpo.bp.115.000117

34. Muehlenkamp J.J., Claes L., Smits D., et al. Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Research*, 2011. Vol. 188 (1), pp. 102—108. doi:10.1016/j.psychres.2010.12.023
35. Muehlenkamp J.J., Kerr P.L., Bradley A.R., et al. Abuse Subtypes and Nonsuicidal Self-Injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2010. Vol. 198 (4), pp. 258—263. doi:10.1097/nmd.0b013e3181d612ab
36. Navarro-Haro M.V., Wessman I., Botella C., et al. The role of emotion regulation strategies and dissociation in non-suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2015. Vol. 63, pp. 123—130. doi:10.1016/j.comppsy.2015.09.001
37. Nock M.K. Future directions for the study of suicide and self-injury. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2012. Vol. 41 (2), pp. 255—259. doi:10.1080/15374416.2012.652001
38. Nock M.K. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 2009. Vol. 18 (2), pp. 78—83.
39. Oldershaw A., Lavender T., Sallis H. et al. Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 2015. Vol. 39, pp. 83—95. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.005
40. Palmisano G.L., Innamorati M., Sarracino D., et al. Trauma and dissociation in obese patients with and without binge eating disorder: A case—control study [Elektronnyi resurs]. *Cogent Psychology*, 2018. Vol. 5 (1). Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311908.2018.1470483> (Accessed 15.01.2020). doi:10.1080/23311908.2018.1470483
41. Palmisano G.L., Innamorati M., Susca G., et al. Childhood traumatic experiences and dissociative phenomena in eating disorders: Level and association with the severity of binge eating symptoms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2018. Vol. 19 (1), pp. 88—107. doi:10.1080/15299732.2017.1304490
42. Perez S., Lorca F., Marco J.H. Dissociation, posttraumatic stress symptoms, emotional dysregulation, and invalidating environments as correlates of NSSI in borderline personality disorder patients [Elektronnyi resurs]. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2020. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15299732.2020.1719262> (Accessed 29.02.2020). doi:10.1080/15299732.2020.1719262
43. Pérez S., Marco J.H., Cañabate M. Non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: prevalence, forms, functions, and body image correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 2018. Vol. 84, pp. 32—38. doi:10.1016/j.comppsy.2018.04.003
44. Pignatelli A. M., Wampers M., Loriedo C., et al. Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2016. Vol. 18 (1), pp. 100—115. doi:10.1080/15299732.2016.1198951
45. Rallis B.A., Deming C.A., Glenn J.J., et al. What is the role of dissociation and emptiness in the occurrence of nonsuicidal self-injury? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2012. Vol. 26, pp. 287—298. doi:10.1891/0889-8391.26.4.287
46. Sadeh N., Londahl-Shaller E.A., Piatigorsky A., et al. Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms. *Psychiatry Research*, 2014. Vol. 216 (2), pp. 217—222. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.018

47. Scalabrini A., Cavicchioli M., Fossati A., et al. The extent of dissociation in borderline personality disorder: a meta-analytic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2017. Vol. 18 (4), pp. 522—543. doi:10.1080/15299732.2016.1240738
48. Schauer E., Elbert T. The psychological impact of child soldiering. In Martz E. (ed.). *Trauma rehabilitation after war and conflict*. New York, NY: Springer, 2010, pp. 311—360.
49. Schauer M., Elbert T. Dissociation following traumatic stress. *Zeitschrift für Psychologie*, 2010. Vol. 218 (2), pp. 109—127. doi:10.1027/0044-3409/a000018
50. Shenk C.E., Noll J.G., Cassarly J.A. A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 2010. Vol. 39 (4), pp. 335—342. doi:10.1007/s10964-009-9456-2
51. Swannell S., Martin G., Page A., et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 2012. Vol. 36 (7—8), pp. 572—584. doi:10.1016/j.chiabu.2012.05.005
52. Trickett P.K., Noll J.G., Putnam F.W. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 2011. Vol. 23 (2), pp. 453—476.
53. Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., et al. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 1996. Vol. 153 (7), pp. 83—93.
54. Van der Kolk B.A., Perry J.C., Herman J.L. Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*. 1991, Vol. 148 (12), pp. 1665—1671.
55. Van Dijke A., Hopman J.A., Ford J.D. Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder [Elektronnyi resurs]. *European Journal of Psychotraumatology*, 2018. Vol. 9 (1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5795767/> (Accessed 15.01.2020). doi:10.1080/20008198.2017.1400878
56. Van Dijke A., van der Hart O., Ford J.D., et al. Affect Dysregulation and Dissociation in Borderline Personality Disorder and Somatoform Disorder: Differentiating Inhibitory and Excitatory Experiencing States. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2010. Vol. 11 (4), pp. 424—443. doi:10.1080/15299732.2010.496140
57. Vanderlinden J., Palmisano G. Trauma and Eating Disorders: The State of the Art. In Seubert A.J., Viridi P. (eds.). *Trauma-Informed Approaches to Eating Disorders*. New York: Springer Publishing Company, 2018, pp. 15—32.
58. Vermetten E., Spiegel D. Trauma and dissociation: Implications for borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2014. Vol. 16 (2), pp. 1—10. doi:10.1007/s11920-013-0434-8
59. Yates T.M. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 2004. Vol. 24 (1), pp. 35—74. doi:10.1016/j.cpr.2003.10.001
60. Zetterqvist M., Lundh L., Göran Svedin C. A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2014. Vol. 8, pp. 23—37. doi:10.1186/1753-2000-8-23

Информация об авторах

Польская Наталья Анатольевна, доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>, e-mail: polskayana@yandex.ru

Мельникова Мария Александровна, студентка магистратуры факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2729-9877>, e-mail: melnikova-ma@mail.ru

Information about the authors

Natalia A. Polskaya, Doctor of Psychology, Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>, e-mail: polskayana@yandex.ru

Mariya A. Melnikova, Masters Student, Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2729-9877>, e-mail: melnikova-ma@mail.ru

Получена 08.01.2020

Received 08.01.2020

Принята в печать 06.03.2020

Accepted 06.03.2020