

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА
И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Евгения Александровна Катан¹, Владимир Васильевич Карпец², Светлана Вячеславовна Котлярова²,
Виталия Вячеславовна Данильчук², Ирина Адольфовна Косенко²

¹Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6,
e-mail: katan-evgenija@rambler.ru, ²Оренбургский областной клинический наркологический
диспансер, г. Оренбург, пер. Дорожный, д. 8.

Реферат. Изучена структура и насыщенность факторов неблагоприятного детского опыта у наркологических пациентов, определена их линейная взаимосвязь между уровнем алекситимических и посттравматических расстройств, оценены аффективные нарушения тревожно-депрессивного спектра. Показано, что трудности регуляции эмоций могут функционировать как механизм, связывающий предшествующие в детском возрасте травмирующие переживания и последующее употребление психоактивных веществ.

Ключевые слова: насилие в детстве, пренебрежение в детстве, неблагоприятный детский опыт, наркологические больные, алекситимия, кластеры посттравматических переживаний.

THE INTERACTION OF THE FACTORS OF ADVERSE
CHILDHOOD EXPERIENCES AND EMOTIONAL
PROBLEMS

Evgenija A. Katan¹, Vladimir V. Kartets²,
Svetlana V. Kotlyarova²,
Vitalia V. Danilchuk², Irina A. Kosenko²

¹Orenburg State Medical University, Orenburg, Sovetskaya
street, 6, e-mail: katan-evgenija@rambler.ru,

²Orenburg regional clinical narcological dispensary, Orenburg,
Dorozhny street, 8

The structure and saturation of the factors of adverse childhood experience in narcological patients were studied, their linear relationship between the level of alexithymic and post-traumatic disorders was determined, affective disorders of the anxiety-depressive spectrum were assessed. It is shown that the difficulties of emotion regulation can function as a mechanism connecting traumatic experiences preceding in childhood and subsequent use of surfactants.

Keywords: child abuse, child neglect, adverse childhood experience, alexithymia, post-traumatic experience, substance use disorders.

В 80-х годах XX века под руководством Винсента Фелитти, директора Кайзеровского центра контроля и профилактики заболеваний (Сан-Диего, США) с целью выявления взаимосвязи детских психотравмирующих событий и здоровья взрослых был разработан опросник неблагоприятных событий детства

(Adversive Childhood Exposure, ACE). Методика изучения неблагоприятных событий детства объединила несколько групп факторов: физическое насилие (ФН), психологическое насилие (ПН), сексуальное насилие (СН), психологическое пренебрежение (ПП), физическое пренебрежение (ФП), серьезные нарушения внутрисемейных отношений (СНВО): партнерское насилие над матерью или сиблингами (ПНМС), психические расстройства членов семьи (ПРЧС), употребление ими психоактивных веществ (УЧСПАВ), развод или разлука с родителями (РРР), тюремное заключение родителей (ТЗР) [2]. Из 26 000 постоянных клиентов Кайзеровского центра 17337 человек, обратившихся за медицинским обследованием, имели опыт болезненных детских переживаний и воспитывались в условиях насилия (ЭН – 10%, ФН – 26%, СН – 21%) и пренебрежения (ЭП – 15%, ФП – 10%), или в условиях серьезных нарушений внутрисемейных отношений (ПНМС – 13%, ПРЧС – 20%, РРР – 24%, ТЗР – 6%) [9]. Исследовательская группа установила также, что указанные психотравмирующие факторы существовали в повседневной жизни ребенка. Была использована простая система подсчета баллов неблагоприятных событий детства (Adversive Childhood Exposure score, ACE-score), суммировавшая каждый балл за указанное психотравмирующее обстоятельство. Дальнейшие исследования обнаружили, что увеличение баллов оценки ACE-score, увеличивает шансы употребления табака в 2 раза, алкоголя в 7, внутривенного использования наркотиков в 10 раз, попыток совершить суициды в 12 раз. [9, 22].

Ключевым прорывом стало открытие, что плохое обращение с детьми изменяет «траекторию развития мозга». Было показано, что наиболее надежными коррелятами воздействия

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Таблица

Клиническая характеристика выборки

Рубрика МКБ – 10	Мужчины	Женщины	Всего
		293 (71,6%)	109 (28,45%)
Основные клинические состояния			
F10.2	259 (63,3%)	97 (23,7%)	356 (87,0%)
F11.2	16 (3,9%)	12 (2,9%)	28 (6,8%)
Из них – сочетанные формы зависимости			
F12.2	60 (14,9%)	8 (1,99%),	68 (16,8%)
F15.2x	43 (10,7%)	4 (0,99%)	47 (11,7%)
F17.2x	186 (45,5%)	63 (15,7%)	249 (61,9%)
F19.2x	8 (1,99%),	-	8 (1,99%),

серьезных родительских словесных оскорблений были изменения объема серого вещества в левой слуховой коре и снижение целостности дугообразного пучка – тракта, соединяющего речевые центры Брока и Вернике, что создавало предпосылки для уменьшения продуктивной деятельности речевого анализатора по типу семантической дислексии, с недостаточным осмыслением собственных чувств и ощущений и последующим их выражением с помощью слов [30]. Также выявленные нарушения целостности нижнего продольного пучка (*fasciculus longitudinalis inferior*), соединяющего височную и затылочную долю коры больших полушарий, миндалевидное тело и гиппокамп, предполагали изменения долгосрочной эмоциональной образной памяти, эмоционально-мотивированного поведения и вегетативной регуляции [12, 13]. Были найдены нейробиологические доказательства сходства последствий употребления психоактивных веществ (ПАВ) и психотравмирующих событий детства [20–22]. Лица, испытавшие тяжелую раннюю социальную депривацию, проявляли сниженную активность аккумбентного ядра стриатума во время деятельности, связанной с ожиданием вознаграждения [23]. Основные результаты нейровизуализации у лиц, злоупотребляющих ПАВ, определяли возможность «дофаминового дефицита», который также мог проявляться в виде уменьшенной активности аккумбентного ядра во время полезных или приятных событий [5]. Принимая во внимание, что жестокое обращение связано с доказанными нейроморфологическими изменениями в переднем поясном отделе и орбитофронтальной зонах префронтальной коры, мозолистом теле и гиппокампе у взрослых, а также с усиленным ответом миндалевидного тела на эмоциональные выражения лиц и умень-

шением реакции прилежащего ядра стриатума на ожидаемые награды [12, 13, 24], было предположено наличие взаимосвязей между неблагоприятными событиями детства, сложностями определения и описания собственных эмоций (алекситимией), эмоционально-когнитивными переживаниями посттравматического кластера и употреблением ПАВ [1, 8, 18-20].

Цель исследования: изучение взаимосвязи факторов неблагоприятного детского опыта и эмоциональных нарушений у наркологических больных.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Оренбургского областного клинического диспансера. Подбор больных осуществлялся из числа готовившихся к выписке при наличии информированного согласия. Критериями включения в выборку являлось соответствие состояния пациентов диагностическим критериям по МКБ-10: алкогольной зависимости (F10.2x); опиоидной зависимости (F11.2x); зависимости от каннабиноидов (F12.2x); от психостимуляторов (F15.2x); никотиновой зависимости (F17.2x) и психическим и поведенческим расстройствам, вызванным одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ (F19.2). Распределение больных приведено в таблице.

Общее число участников исследования составило 432 стационарных пациентов, однако 30 пациентов по разным причинам не выполнили полный объем инструкций. В окончательном варианте итоговая выборка составила 402 наблюдения (304 мужчин и 98 женщин). Средний возраст участников исследования был $38,5 \pm 4,7$ года, возраст начала развития заболевания – $22,3 \pm 2,0$ года, возраст первого обращения за наркологической помощью – $30, 4 \pm 1,9$ года, длительность

течения заболевания – $7,5 \pm 2,5$ года. Критериями исключения являлось наличие резидуальных абстинентных расстройств, также наличие тяжелой коморбидной психической патологии и грубой соматической патологией.

В качестве оценочного инструмента насыщенности психотравмирующих событий детского возраста применен Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire WHO ACE-IQ) [25]. Согласно разработчикам, дизайн опросника предполагает перекрестное распределение вопросов между 13 факторами, имеющими непосредственное отношение к неблагоприятному детскому опыту: физическое насилие (A3, A4); эмоциональное насилие (A1, A2); сексуальное насилие (A5, A6, A7, A8); употребление ПАВ родителями и опекунами (F1); криминальное поведение родителей и опекунов (F3); хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей опекунов (F2); партнерское внутрисемейное насилие (F6, F7, F8); развод, разлука, смерть родителей (F4, F5); эмоциональное пренебрежение (P1, P2); пренебрежение потребностями (P3, P4, P5); буллинг, издевательства со стороны сверстников (V1, V2, V3); насилие в сообществе (V4, V5, V6); общественное насилие (V7, V8, V9, V10).

Для оценки алекситимии была использована 20-пунктовая Торонтская шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale или TAS-20), для оценки значимости психотравмирующих событий использована Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС, Impact of Event Scale – IES-R). Для оценки выраженности психопатологической симптоматики использовался опросник Symptom Check List 90 Revised, SCL90-R. Статистическая обработка проведена с помощью программы SPSS – 17v, определен критерий корреляции Пирсона между средними баллами результатов оценки алекситимии, выраженности симптомов посттравматических кластеров и насыщенности факторов неблагоприятного детского опыта.

Результаты. Наиболее часто респонденты указывали на эмоциональное пренебрежение (P1 P2 – $2,05 \pm 1,62$), издевательства со стороны сверстников (V1 V3 $2,85 \pm 1,28$), партнерское насилие среди родителей/опекунов (F6 F7 F8 $2,97 \pm 1,44$). Буллинг являлся значимым фактором риска для дальнейшего формирования расстройств и злоупотребления ПАВ. Насилие по отношению

к матери было обнаружено также часто, как и насилие по отношению к братьям и сестрам, что, по-видимому, оказывает существенное влияние в отношении риска для развития экстернальных и интернальных расстройств. Сексуальное (A3 A4 $3,84 \pm 0,01$) и физическое насилие (A4 A6 A7 A8 $3,4 \pm 0,01$) являлись наиболее тяжелыми травмами детского периода и часто сочетались. Именно эти две формы НДО явились самыми редкими в отчетах испытуемых. Выявлялись детские психотравмы, связанные с употреблением ПАВ родителями/опекунами (F1 $1,52 \pm 0,18$), их криминальным поведением (F3 $1,85 \pm 0,65$), с хроническими психическими заболеваниями домочадцев (F2 – $1,82 \pm 0,77$). Относительно редко указывались детские переживания, связанные с категориями «Насилие в сообществе» (V4 V5 V6, $3,45 \pm 0,91$) и «Коллективное насилие» (V7 V8 V9 V10 $3,87 \pm 0,96$).

При оценке значений психопатологической симптоматики по шкале SCL-90-R был выявлен широкий спектр психопатологических жалоб, но аффективные нарушения тревожно-депрессивного спектра были максимально выражены. О тяжести психопатологического состояния и глубине расстройств в группе свидетельствовал показатель GSI ($1,42$). Высокий уровень показателя субшкалы «Депрессия (DEP)» ($1,62$), клинически сопровождается постоянным ощущением безрадостности с низкой физической и психологической активностью, пессимистичной оценкой прошлого, настоящего и будущего, причем в жалобах наиболее подчеркивалась несостоятельность во всех сферах жизнедеятельности, отмечалось чувство безнадежности, ретроспективно вспоминались мысли о суициде. Нередки были проявления агрессии, раздражительности, гнева и негодования, что сопровождается высокими показателями по шкалам «Враждебность (HOS)» ($1,64$), «Паранойяльные тенденции (PAR)» ($1,58$), «Тревожность ANX» ($1,61$) объективно подтверждается наличием у пациентов ее соматических коррелятов: напряжение и дрожь, панические приступы, ощущение эмоционального насилия/издевательства и ее когнитивных компонентов, включающие мысли об опасности/страхи или неопределенные опасения. Характерен был дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, самоосуждение, чувство беспокойства.

Общий показатель Торонтской шкалы алекситимии (Toronto Alexithymia Scale или TAS-20) ($48,42 \pm 3,53$) не достигал клинически значимой

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

степени. Алекситимические расстройства были более выражены у мужчин ($53,23 \pm 3,32$), чем у женщин ($43,62 \pm 3,74$).

Категории неблагоприятного детского опыта, которые можно было охарактеризовать как обстоятельства среды воспитания: «Употребление ПАВ родителями/опекунами» (r Пирсона 0,767), «Тюремное заключение родителей/опекунов» (0,749), «Хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей опекунов» (0,948), «Разлука, развод между родителями» (0,641), «Эмоциональное пренебрежение» (0,766) находились в значимой корреляции с средними баллами шкалы TAS-20 «Трудности идентификации чувств (ТИЧ)». Наиболее значимые взаимосвязи обнаруживались между субшкалой TAS-20 «Трудности описания чувств» (ТОЧ) для категорий неблагоприятного детского опыта, отражающие наиболее тяжелые факторы жестокого обращения: физическое насилие (0,939), эмоциональное насилие (0,941), сексуальное насилие (0,974), тюремное заключение родителей (0,747), эмоциональное пренебрежение (0,937), внутрисемейное/партнерское насилие (0,995), пренебрежение потребностями (0,937). Для шкалы «Внешне ориентированное мышление (ВОМ)» выявлена средняя связь с категориями: «Употребление ПАВ родителями/опекунами» (0,509), «Хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей опекунов» (0,509), «Эмоциональное пренебрежение» (0,553).

Оценка (с помощью шкалы оценки влияния травматических событий ШОВТС) у респондентов неблагоприятных когнитивно-эмоциональных особенностей, развившихся как следствие субъективного восприятия угрозы, не обнаружило клинически значимых уровней показателей общего балла ($32,91 \pm 8$), расстройства были более выражены у женщин ($36,07 \pm 5,4$), чем у мужчин $29,76 \pm 8,2$.

Для симптомов кластера «вторжения/интрузии» (повторное переживание события, сопровождающееся образами, мыслями, ощущениями) были обнаружены значимые связи с факторами физического (0,970), эмоционального (0,983), сексуального насилия (0,970). Умеренные связи данных расстройств выявлены со следующими категориями неблагоприятного детского опыта: «Пренебрежение потребностями» (0,691), «Буллинг, издевательства» (0,583), «Коллективное насилие/Насилие в сообществе» (0,583), «Эмоциональное пренебрежение» (0,476).

Со шкалами «избегание» (упорное избегание стимулов, связанных с травмой; сопровождающееся эмоциональным оскудением, чувством безразличия к другим людям) и «возбуждение» (повышенная раздражительность или вспышки гнева, трудности с концентрацией внимания; повышенная бдительность; избыточная реакция на внезапные раздражители; повышенный уровень физиологической реактивности на обстоятельства, символизирующие травматическое событие или напоминающие наиболее существенные его аспекты) были значимо связаны критерии неблагоприятного детского опыта, определяющие категории внутрисемейных дисфункций: хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей опекунов (0,999), потребление ПАВ родителями/опекунами (0,995), материнское/родительское насилие (0,953), тюремное заключение родителей/опекунов (0,945), пренебрежение потребностями (0,933).

Обсуждение. Более высокие уровни алекситимии являются характеристиками клинических популяций с проблемами психического здоровья, такими как соматоформные расстройства [15], самоповреждающее поведение [16] и расстройства поведения, связанные с нарушением саморегуляции и контроля [7]. Также выявлен высокий уровень алекситимии среди групп населения, такие как ветераны боевых действий и пережившие жестокое обращение в детстве [10]. Сниженная способность идентифицировать эмоции и тенденция к формированию алекситимии не позволяет определить эмоции как физиологический дистресс и приводит к тому, что алекситимические люди обращаются к употреблению ПАВ для облегчения этого дистресса [3]. Расслоение между физиологической реакцией на стресс и осознанием эмоций может сделать реакцию на стресс более заметной [19]. Увеличение же стрессовой нагрузки стимулирует потребление ПАВ. Это также может быть связано с недостаточной регуляцией стресса из-за более низкого эмоционального интеллекта, который также идентифицируется как предиктор употребления алкоголя и ПАВ.

Развитие алекситимии, а в последствии, склонности к аддиктивному поведению, зачастую взаимосвязана с пережитой детской травмой. Нарушение способности к регулированию эмоциональных конфликтов в результате развития «fear structures» [21] – патологической когнитивной структуры, приводит к восприятию доброкачественности

венных стимулов как угрожающих. По мнению Marchesi С, Maggini [20], алекситимия может быть временным ответом на стрессовое состояние, в этом представлении «вторичная алекситимия» может являться способом защиты, стратегией для борьбы с бедствием (эмоциональная боль, отвращение воспоминаний и физиологическое возбуждение) и определять патогенез основного психического расстройства. Выявленные в настоящем исследовании, сильные связи субшкал TAS-20, характеризующих способности к определению и выражению эмоциональных состояний (ТИЧ, ТОЧ) с категориями ACE-IQ – факторами среды воспитания наркологических пациентов, имевших неблагоприятный детский опыт, также согласуется с результатами исследований De Rick [8], определившим, что низкий уровень эмоциональных взаимоотношений с родителями, отсутствие эмоциональной близости является предиктором «когнитивной» алекситимии (концептуализированной как кластер «трудности идентификации чувств») у лиц, имеющих проблемы с употреблением ПАВ. Холодные взаимоотношения в семье были взаимосвязаны с трудностями вербализации и анализа эмоциональных изменений (что соответствует кластеру «трудности описания чувств»). Слабые связи с кластером «внешне ориентированное мышление» (ВОМ) совпадают с выводами G. Loas [18], о том, что отсутствие возможности больных с алкогольной зависимостью обрабатывать информацию аналитическим путем, приводит к отсутствию у таковых социальной уверенности, подкрепляемой эмоциональной неуверенностью в себе, и как следствие, развитие зависимого поведения. Выявленные связи ВОМ с низким уровнем эмоционального участия родителей при воспитании, или с высокими, но формальными требованиями к соблюдению строгой дисциплины, предполагают вывод о формировании экстернализованного мышления, проявляющегося значительной привязанностью к внешней реальности, но при этом влияние интроспективного познания значительно снижается. Ассоциация алекситимии и употребления психоактивных веществ может быть объяснена «внешне ориентированным мышлением» (ВОМ), чертой, которая характеризует низкие уровни интроспекции и прагматического мышления [22].

Выявленная значимая связь алекситимии с трудностями вербализации и анализа эмоциональных изменений и симптомов кластера «вторжение» с самыми тяжелыми факторами насилия в

детстве, предполагает психологический дистресс под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события, что зачастую приводит к излишней реактивности человека. Нарушенные семейные взаимоотношения определяли значимую связь с посттравматическими симптомами кластера «возбуждение». Данные результаты согласуются с многочисленными исследованиями, доказавшими прочные связи между воздействием жестокого обращения в детстве, посттравматическим расстройством и дисрегуляцией эмоций. Воздействие умеренного и тяжелого жестокого обращения с детьми в значительной степени связано с худшими показателями регуляции эмоционального конфликта, независимо от текущих симптомов ПТСР, депрессивных симптомов и травм у взрослых, что свидетельствует о дефиците скрытой регуляции эмоций [12].

Заключение. Результаты нейромедиаторного анализа bootstrap [4] показали, что дисрегуляция эмоций, но не импульсивность, опосредовала связь между детским неблагоприятным опытом и расширением и усилением мотивов для употребления ПАВ, что явилось предварительным доказательством того, что трудности регуляции эмоции могут функционировать как механизм, связывающий предшествующие в детском возрасте травмирующие переживания и последующее употребление ПАВ. Целевое исследование и коррекция проблемы дисрегуляции эмоций может быть эффективным дополнением к лечению наркологических пациентов и значимым направлением профилактической работы с социально неблагополучными подростками, подвергающихся риску употребления ПАВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Плоткин Ф.Б. Алекситимия: общая концепция, роль в формировании и поддержании аддикции, подходы к психотерапии // Теория и практика психотерапии. 2015. № 9(13). С. 40–53.
2. Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Child Maltreatment Violence Prevention Injury Center CDC [Электронный ресурс] <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/> - (дата обращения 23.09.2017)
3. Bailey K., Webster R., Baker A.L., Kavanagh D.J. Exposure to dysfunctional parenting and trauma events and posttraumatic stress profiles among a treatment sample with coexisting depression and alcohol use problems // J Psychiatr. 2016. Vol. 23. P.119–124.
4. Barahmand U., Khazae A., Hashjin G. Emotion Dysregulation Mediates Between Childhood Emotional Abuse and Motives for Substance Use // Arch Psychiatr Nurs. Vol.30.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- P. 653–659. doi: 10.1016/j.apnu.2016.02.007. Epub 2016 Feb 17.
5. Choi J, Jeong B., Polcari A. et al. Reduced fractional anisotropy in the visual limbic pathway of young adults witnessing domestic violence in childhood // *Neuroimage*. 2012. Vol. 59. P.1071–1079. pmid:21985907 3.
 6. Hanson J.L., Nacewicz B.M., Sutterer M.J. et al. Behavioral problems after early life stress: contributions of the hippocampus and amygdala // *Biol Psychiatry*. 2015. Vol. 77. P. 314–323. doi:10.1016/j.biopsych.2014.04.020
 7. De Bellis M.D., Keshavan M.S., Shifflett H. et al. Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study // *Biol Psychiatry*. 2002. Vol. 52. P. 1066–1078. doi:10.1016/S0006-3223(02)01459-2
 8. De Rick A., Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients // *Addictive Behaviors*. 2006. Vol. 31, N7. P. 1265–1270. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.08.010>
 9. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study // *Am. J. Prev. Med.* 1998. Vol. 14. P. 245–258. doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
 10. Frewen P.A., Lanius R.A., Dozois D.J. et al. Clinical and neural correlates of alexithymia in posttraumatic stress disorder // *J Abnorm Psychol*. 2008 Feb. Vol. 117(1). P. 171–181.
 11. Hannibal K.B., Viljoen J.L., Shaffer C.S. et al. The Role of Life Satisfaction in Predicting Youth Violence and Offending: A Prospective Examination // *Childhood Trauma Questionnaire. Psychol Rep.* Vol. 104. P.509–516. doi.org/10.1371/journal.pone.0187954.
 12. Hanson J.L., Chung M.K., Avants B.B. et al. Early stress is associated with alterations in the orbitofrontal cortex: a tensor-based morphometry investigation of brain structure and behavioral risk // *J Neurosci*. 2010. Vol. 30(22). P. 7466–7472. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.0859-10.2010>
 13. Hanson J.L., Nacewicz B.M., Sutterer M.J. et al. Behavioral problems after early life stress: contributions of the hippocampus and amygdala // *Biol Psychiatry*. 2015. Vol. 77. P. 314–323. doi:10.1016/j.biopsych.2014.04.020
 14. Honkalampi K., Tolmunen T., Hintikka J. et al. The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents. // *Compr Psychiatry*. 2009 May-Jun. Vol. 50(3). P. 263–268 // *J Abnorm Psychol*. 2008. Vol. 117(1). P. 171–181.
 15. Kleiman A, Wegener I, Zur B, Imbierowicz K, Geiser F, Conrad R Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in a large sample of somatoform patients // *Psychiatry Res*. 2015. Vol. 225(3). P. 355–363.
 16. Lee WK Psychological characteristics of self-harming behavior in Korean adolescents // *J Am Psychoanal Assoc*. 2013. Vol. 61(1). P. 99–133.
 17. Li S., Zhang B., Guo Y., Zhang J. The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis // *Psychiatry Res*. 2015. Vol. 227. P. 1–9.
 18. Loas G., Otmani O., Lecercle C., Jouvent R. Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics // *Psychiatry Research*. 2000. Vol. 96, N.1. P. 63–74. - doi.org/10.1016/s0165-1781(00)00189-x
 19. Mandavia A., Robinson G., Bradley B. Exposure to Childhood Abuse and Later Substance Use: Indirect Effects of Emotion Dysregulation and Exposure to Trauma // *Journal of Traumatic Stress*. 2016. Vol. 29, N.5. P. 422–429. doi:10.1002/jts.22131
 20. Marchesi C, Fontò S, Balista C, Cimmino C, Maggini C Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. // *PsychotherPsychosom*. 2005. Vol. 74. P. 56–60. <https://doi.org/10.1159/000082028>
 21. Norman R.E., Byambaa M., De R., Butchart A., Scott J., Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis // *PLoS Med*. 2012. Vol., N9. P. 139–149 doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349
 22. Powers A., Etkin A., Gyurak A. et al. Associations Between Childhood Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and implicit Emotion Regulation Deficits: Evidence From a Low-Income Inner City Population // *Psychiatry*. 2015. Vol. 78(3). P. 251–264. doi:10.1080/00332747.2015.1069656
 23. Stone LA, Nielson KA Contact physiological response to arousal with impaired emotional recognition in alexithymia // *Psychother Psychosom*. 2001. Vol. 70. P. 92–102.
 24. Telman M.D., Overbeek M.M., de Schipper J.C. et al. Family Functioning and Children’s Post-Traumatic Stress Symptoms in a Referred Sample Exposed to Interparental Violence. *Journal of Family Violence*. 2016;31:127-136. doi:10.1007/s10896-015-9769-8
 25. WHO. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). – URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/guide/en. – (accessed 12. 09. 2017).

REFERENCE

1. Plotkin F.B. *Teoriya i praktika psihoterapii*. 2015. № 9(13). pp. 40–53. (in Russian)

Поступила 14.03.19.