

Е.Ю. Исагулова

ФИЗИЧЕСКОЕ, СЕКСУАЛЬНОЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ В ДЕТСТВЕ – ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (по материалам зарубежных исследований)

Негосударственное медицинское учреждение «Клинический центр психического здоровья»
(Россия, Москва, Порядковый пер., д. 21)

Актуальность. Согласно исследованию Манчестерского университета, люди с пограничным расстройством личности в 13 раз чаще сообщают о детских травмах, чем люди без каких-либо проблем с психическим здоровьем. Анализ данных 42 международных исследований с участием более 5000 человек показал, что 71,1 % людей, у которых было диагностировано расстройство личности, сообщили как минимум об одном травматическом опыте в детстве.

Цель – изучение физического, сексуального и эмоционального насилия в детском возрасте как возможного фактора развития пограничной симптоматики в подростковом возрасте.

Методология. Объект исследования составили научные статьи и мета-обзоры по проблеме, представленные в реферативно-библиографических базах данных MEDLINE, PubMed и eLibrary.ru за последние 5 лет.

Результаты и их анализ. На основании проведенного анализа можно с уверенностью сказать, что существует множество данных, подтверждающих, что травматические переживания в раннем периоде развития повышают вероятность развития пограничного психического расстройства. Исследования о влиянии детской травмы на психическое здоровье подростков показывают, что она гораздо чаще связана с пограничным расстройством личности, чем с расстройствами настроения, психозами и другими расстройствами личности. Распространенной формой неблагоприятного опыта, о которой чаще всего сообщают люди с пограничным расстройством личности, как правило, было физическое пренебрежение, эмоциональное, физическое и сексуальное насилие и, в последнюю очередь, эмоциональное пренебрежение.

Заключение. Результаты показали, что травматические переживания в детском возрасте могут быть предиктором формирования симптомов пограничного расстройства личности в более позднем возрастном периоде. При этом необходимо отметить, что эмоциональное насилие и пренебрежение в детском возрасте оказывает наиболее значительное влияние на формирование пограничного расстройства личности у подростков.

Ключевые слова: медицинская психология, дети, подростки, пограничное расстройство личности, психическая травма, физическое насилие, сексуальное насилие, эмоциональное насилие.

Введение

Расстройства личности определяются как «устойчивый паттерн внутреннего опыта и поведения, который заметно отклоняется от ожиданий культуры человека, является

повсеместным и негибким, имеет начало в подростковом или раннем взрослом возрасте, стабилен с течением времени и приводит к страданиям или нарушениям». Сообщалось, что во всем мире расстройства

личности имеют распространенность от 3 до 10 % среди населения и намного выше среди людей, страдающих другими психическими расстройствами, и поэтому они считаются глобальным приоритетом в области психического здоровья.

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) – одно из наиболее распространенных расстройств личности, наблюдаемых в общей популяции. Слово пограничный означает «на пределе». Оно было использовано, потому что расстройство первоначально считалось «пограничным» между неврозом и психозом. Теперь известно, что это четко определенное заболевание. ПРЛ можно представить в виде гиперэмоциональности и гиперчувствительности, которая встречается примерно у 1–3 % населения в целом, у 10 % в амбулаторных условиях, у 20 % в стационарах и у 9–27 % в отделениях неотложной помощи. ПРЛ в 3–4 раза чаще встречается у женщин в различных клинических условиях, даже несмотря на то, что гендерная распространенность остается почти одинаковой в сообществе [8]. ПРЛ характеризуется выраженным повсеместным паттерном эмоциональной дисрегуляции, импульсивного поведения, нарушений личности и межличностных конфликтов. Исследования, оценивающие качество привязанности у пограничных субъектов, выявили ненадежную или дезорганизованную привязанность, которая сильно коррелирует с хаотичным и бессвязным отношением. Более того, пограничное расстройство личности можно частично рассматривать как тяжелое расстройство привязанности дезорганизованного типа. Симптомы пограничной личности, как правило, достигают пика интенсивности и частоты в молодом взрослом возрасте, когда большинству людей ставится диагноз, а затем уменьшаются по степени тяжести с возрастом. Многие люди с ПРЛ в какой-то момент жизни страдали коморбидно связанным психическим заболеванием, например: депрессивным расстройством, биполярным расстройством, тревожным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством, расстройствами пи-

щцевого поведения, пристрастием к алкоголю или наркотикам и т.п.

Хотя ПРЛ хорошо зарекомендовало себя как диагностическая единица, этиопатогенез этого расстройства все еще не до конца понятен и активно изучается. Исследователями были предложены различные этиологические гипотезы, включая генетические, нейробиологические факторы и факторы развития. Среди различных этиопатологических теорий поддерживаемой является теория, предложенная М.М. Linehan, которая предполагает, что ПРЛ может быть результатом взаимодействия между биологическими и психосоциальными факторами. Хьюз и его коллеги предложили интеграцию с этиопатогенетической моделью ПРЛ, подчеркнув роль, которую играет отсутствие социальной близости или отзывчивости со стороны соответствующих лиц, осуществляющих уход, в развитии симптомов ПРЛ, что, в свою очередь, ухудшает регуляцию эмоций человека. Трудности регуляции аффекта также были предложены как ключевые медиаторы во взаимосвязи между детской травмой и ПРЛ.

Цель – изучение физического, сексуального и эмоционального насилия в детском возрасте как возможного фактора развития пограничной симптоматики в подростковом возрасте.

Материал и методы

В исследовании использовался анализ публикаций (научных статей и мета-обзоров), касающихся связи физического, сексуального, эмоционального насилия в детском возрасте и развития ПРЛ в подростковом возрасте за последние 5 лет. В исследование были включены публикации реферативно-библиографических баз данных MEDLINE, PubMed, Киберленинка и eLibrary.ru.

Результаты и их анализ

Роль детской травмы в этиологии ПРЛ является предметом исследований более 30 лет. Слово «травма» в наши дни используется в контексте различных ситуаций, из-за

чего легко можно потерять его фактическое психологически-диагностическое значение. Определение травматического события относится к самому факту возникновения какого-то конкретного события в жизни человека, а не к его реакции на данную ситуацию.

Согласно определению травмы, содержащемуся в литературе по психическим расстройствам, она означает непосредственный и личный опыт события, связанного со смертью или серьезными травмами, или с угрозой смерти или серьезных травм, или с другой угрозой физической целостности данного лица; со свидетельством смерти, травмы или опасности физической целостности другого человека, или с сообщением о внезапной или насильственной смерти, или о серьезных травмах, или об угрозе смерти, или о серьезных травмах, которые испытал член семьи или другой близкий человек. Кроме того, это реакция человека на это событие, которая проявляется сильным страхом, чувством беспомощности или ужасом (в случае с ребенком, она должна быть связана с дезорганизацией поведения или возбуждением).

В современной психотерапии и психиатрии среди этиологии психических расстройств специалисты все чаще упоминают ранний опыт травмы развития. DSM относит к потенциально травматическим событиям и ситуациям такие, как война, физическое нападение и сексуальное насилие, похищение, теракты, пытки, катастрофы, серьезные автомобильные аварии и опасные для жизни заболевания, свидетельство чужей-то смерти или серьезных травм после несчастного случая, войны или катастрофы. Кроме того, в классификации DSM травматическим событием считается угроза психической целостности. В DSM-V какое-либо травмирующее событие не упоминается как диагностический фактор при ПРЛ, несмотря на неразрывную связь между ПРЛ и травмой.

ПРЛ описывается как «имеющее серьезные последствия в межличностных отношениях». Межличностные отношения, по сути, это отношения детей с их «опекунами», теми,

кто заботится о них, кто их воспитывает. Дети зависят от родителей и других надежных опекунов, которые обеспечивают безопасную, любящую и поддерживающую среду, и, когда этого не происходит, долгосрочные последствия могут быть разрушительными. В проблеме пограничного структурирования, когда привязанность остается ненадежной или даже дезорганизованной, агрессивное действие будет созависимо от переживания зависимости от объекта. Агрессивный акт становится симптоматическим, импульсивно реагирующим на тревогу, превращающимся в источник прямого инстинктивного удовлетворения. Имеет место неспецифическая слабость эго, связанная с неспособностью справиться с агрессивностью, нетерпимостью к фрустрации, вызванной тревогой, и недостаточным развитием сублимационных навыков. Кроме того, присутствует неспособность субъекта регулировать и нейтрализовать свою агрессивность. Из-за неудачи символизации возникает попытка устранить интрапсихический конфликт мыслей путем отыгрывания, являющегося следствием примитивной тревоги покинутости. Риск ранних искажений или даже недостатков и/или жестокого обращения, часто встречающийся в семейных ситуациях, делает изучение семейных отношений в случае ПРЛ предметом не только клинических исследований, но и общественного здравоохранения.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно более 1 млрд. детей в возрасте от 2 до 17 лет подвергаются физическому, сексуальному и эмоциональному насилию. Ретроспективные исследования показывают, что около 25–35 % женщин и 10–20 % мужчин подтверждают, что они были жертвами сексуального насилия в детстве, и около 10–20 % описаний этих переживаний мужчинами и женщинами соответствует критериям физического насилия [12].

Исследования по всему миру предоставили большое количество доказательств многочисленных внутрисемейных патологических переживаний в детстве, таких как история физического, эмоционально-

го, сексуального насилия и пренебрежения, о которых обычно сообщают пограничные пациенты. Последствия жестокого обращения с детьми являются травматическими, поскольку пострадавшие дети часто борются с последствиями в течение долгого времени во взрослом возрасте.

Воздействие травмы является обычным опытом для детей и подростков, распространенность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в этой популяции недооценена. Хотя большинство из них продемонстрируют способность к восстановлению, давая ребенку возможность преодолеть эти испытания, некоторое число из этой популяции тем не менее представит очень разнообразные реакции, начиная от минимальных нарушений в жизни ребенка и заканчивая картинами тяжелых клинических симптомов, сильно препятствующих психоаффективному развитию личности. При этом долгосрочные последствия травмы в раннем детстве очень трудно оценить, и они зависят от многих переменных. К ним относятся характер, продолжительность, количество раз и частота повторения травмы, интенсивность, возраст, предшествующее состояние здоровья, личность субъекта. К этому добавляются сопутствующие события, такие как болезни, несчастные случаи или потери, которые предшествуют или следуют за травмой (травмами) [5].

ПРЛ и сложное ПТСР имеют ряд общих характеристик и симптомов, таких как трудности с регулированием эмоций и измененное представление о себе. Мысли, чувства и поведение, наблюдаемые при ПРЛ, часто являются результатом детской травмы. Эти детские травмы также могут подвергнуть человека риску развития ПТСР. Фактически люди с ПРЛ и ПТСР сообщают о предшествующем опыте травмы гораздо чаще по сравнению с людьми, у которых при наличии ПТСР не обнаруживается ПРЛ. Но между этими патологическими процессами существует и ключевое отличие: ПТСР явно определяет состояние человека как реакцию на травму – старую или недавнюю, длительную или кратковременную, тогда как наличие

ПРЛ, сопутствующего посттравматическому стрессу, характеризует комплекс симптомов не только ПТСР, но и нарушения самоорганизации, отражающиеся на регуляции эмоций, самооценке и трудностях в отношениях. При этом многие люди одновременно соответствуют диагностическим критериям обоих расстройств. Но значение, которое травма играет в развитии пограничной личности, было и остается предметом оживленных споров между психиатрами и психологами.

Анализ данных 42 международных исследований с участием более 5000 человек показал, что 71,1 % людей с расстройствами личности сообщили, что пережили хотя бы одну травму в детстве. В последнем из серии метаанализов воздействия детской травмы на психическое здоровье взрослых показывает, что эти травмы гораздо чаще связаны с ПРЛ, чем с настроением, психозом и другими расстройствами личности [10].

Большое количество эмпирических исследований, как поперечных, так и продольных, показали, что от 30 до 90 % пациентов с диагнозом ПРЛ сообщают о жестоком обращении в детском возрасте в анамнезе. В частности, 40–86 % субъектов с ПРЛ сообщали о сексуальном насилии в детстве. Кроме того, 10–73 % сообщили о физическом насилии со стороны родителей или взрослых, осуществляющих уход, и 17–25 % сообщили о том, что им не уделяют должного внимания. Около 75 % пограничных пациентов сообщили об эмоциональном насилии, а 70 % – об эмоциональной отстраненности в детстве. Также люди с ПРЛ были свидетелями домашнего насилия значительно чаще (54 %), чем люди с другими расстройствами личности (20,5 %) [7]. Эта связь была отмечена в различных выборках, включая стационарных психиатрических пациентов и амбулаторных пациентов, потребителей наркотиков и подростков. В то же время другие авторы сообщили, что наличие травмы в анамнезе не является ни необходимым, ни достаточным для развития ПРЛ, и исследования не смогли эмпирически продемонстрировать сильные прямые причинные связи между этими переменными.

P. Bozzatello и соавт. рассмотрели исследования, проиндексированные в PubMed за последние 20 лет, чтобы оценить, увеличивают ли различные типы детских патологических переживаний риски психических травм и формируют ли они клиническую картину ПРЛ? Выявлено, что по сравнению с субъектами, страдающими другими расстройствами личности, пациенты с ПРЛ чаще подвергаются жестокому обращению в детстве [1]. После поиска в пяти электронных базах данных M. Girard были отобраны 22 статьи, в которых изучалась взаимосвязь между жестоким обращением с детьми (например, физическое, сексуальное и эмоциональное насилие; физическое и эмоциональное пренебрежение) и ПРЛ (то есть диагноз, степень тяжести, оценка связанных личностных черт). В целом, результаты частично подтверждают гипотезу о том, что жестокое обращение в раннем возрасте является фактором риска ПРЛ. Доказательства предполагаемой связи между жестоким обращением с детьми и ПРЛ чаще встречаются при использовании шкалы симптомов, по сравнению с категориальным диагнозом [4].

Статья под названием «Детские невзгоды и пограничное расстройство личности: метаанализ» была опубликована в журнале *Acta Psychiatrica Scandinavia*. Филиппо Варезе вместе со своими коллегами обнаружили, что у пациентов с ПРЛ было 13,9 раз больше шансов получить травму в виде насилия в детстве по сравнению с людьми, у которых вообще не было психологических проблем. Когда эти цифры сравнивались с эпидемиологическими и проспективными когортными исследованиями, шансы снизились в десять раз. Следовательно, согласно пересмотренным расчетам, у людей, страдающих ПРЛ, было в 3,2 раза больше шансов сообщить о детской травме, чем у людей с другими психическими расстройствами.

M. Solmi и соавт. провели обзор, объединяющий данные пяти метаанализов по факторам риска расстройств личности. Результаты показывают, что из 56 ассоциаций между 26 потенциальными факторами окружающей среды и антисоциальным, за-

висимым с ПРЛ, несмотря на то, что 62,5% ассоциаций были номинально значимыми, только 8,9% ассоциаций соответствовали доказательствам II класса для формирования ПРЛ, включая эмоциональное насилие, эмоциональное пренебрежение, физическое насилие, сексуальное насилие и физическое пренебрежение в детстве. Все остальные значимые ассоциации были классифицированы как слабые (доказательства IV класса) [9]. Результатом переживания таких событий в ранний период развития часто вызывает значительные и постоянные дисфункции, психические нарушения и нарушения развития личности.

N. Cattane и соавт. провели метаанализ, доказывающий роль изменений в оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники (НРА), в нейротрансмиссии, в эндогенной опиоидной системе и в нейропластичности в детской травматической уязвимости к развитию ПРЛ. Исследователи также подтвердили наличие морфологических изменений в нескольких областях мозга у пациентов с ПРЛ, и в частности в тех, которые участвуют в реакции на стресс. Предположительно, это связано с тем, что консолидация памяти происходит во время первой ночи сна после травматизации. И наоборот, было показано, что адекватная способность к сопротивлению, то есть способность адаптироваться к неблагоприятной ситуации, является решающим фактором защиты от возникновения связанного с травмой расстройства. В ответ на детские стрессоры происходит каскад нейроморфологических и эпигенетических изменений, которые могут иметь прочную связь с развитием ПРЛ [2]. Многие исследователи указывают на одно из последствий травмы – неспособность модулировать эмоции, что, в свою очередь, является одним из типичных индикаторов ПРЛ.

Примерно для 60% пациентов с ПРЛ сексуальное насилие в детстве, по-видимому, является важным этиологическим фактором. Систематический обзор de Aquino Ferreira и соавт. был направлен на изучение сексуального насилия в качестве предиктора диагноза, клинической картины и прогноза ПРЛ.

В целом, было обнаружено, что сексуальное насилие играет важную роль в ПРЛ, особенно у женщин. Уровень сексуального насилия среди взрослых оказался значительно больше у пациентов с ПРЛ, по сравнению с пациентами, имеющими другие расстройства личности. Анамнез сексуального насилия предсказывает более тяжелую клиническую картину и худший прогноз [3].

Этиопатогенетическая теория ПРЛ предполагает, что это расстройство вызвано взаимодействием биологических и психосоциальных факторов, в частности биологически обусловленных уязвимостей (особенности темперамента, генетические полиморфизмы) и неблагоприятной окружающей среды (травмы). Самыми убедительными доказательствами ПРЛ являются суицидальность, на втором месте после которой следуют членовредительство, ПТСР, диссоциация и хроническая форма этого расстройства личности. Многолетнее жестокое обращение может иметь негативное влияние на достижение соответствующих для ребенка возрастных задач развития, снизить самооценку, мешать развитию чувства идентичности, нарушать способность устанавливать и строить межличностные отношения и достигать своих целей [3]. Однако жестокое обращение, как правило, кажется встроенным в атмосферу общего хаоса и пренебрежения со стороны обоих родителей. Для остальных пациентов конкретные формы жестокого обращения в сочетании с различными формами пренебрежения, вероятно, играют более важную этиологическую роль.

Физическое насилие широко исследовалось как предрасполагающее условие для развития ПРЛ. Жестокое обращение и унаследованная виктимность, по сути, играют синергетическую роль в развитии пограничных черт личности. У детей, подвергшихся физическому насилию, к 12 годам развивалось больше симптомов ПРЛ, чем у сверстников, не подвергавшихся жестокому обращению, и они были особенно уязвимы, если у них оказались родственники с психическими расстройствами. Суровое обращение и унаследованная уязвимость,

по-видимому, играют синергетическую роль в развитии пограничных черт личности. Не только семейный анамнез, но и особенности темперамента детей могут способствовать проявлению симптомов ПРЛ, если они подвергались физическому насилию: у детей с низким уровнем темперамента и принадлежности к родству, которые подверглись физическому насилию, проявлялись более раннее начало и более высокая степень тяжести симптомов ПРЛ.

Жестокое обращение может способствовать возникновению ПРЛ у пациентов со специфическими чертами темперамента. Повторяющееся жестокое обращение в семье влияет, по крайней мере, на обострение акцентуаций характера, связанных с предрасположенностью к симптомам ПРЛ. Эффект физической травмы затрагивает многие области личности, такие как аффективная дисрегуляция, распространение идентичности, нарушенные межличностные отношения и членовредительство. У детей, подвергшихся физическому насилию, выявлены более высокие баллы по каждому параметру ПРЛ по Шкале пограничных черт личности для детей (BPFS-C), по сравнению с контрольной группой детей, не подвергавшихся жестокому обращению. Более того, у них был более высокий общий балл пограничных черт, и они с большей вероятностью в будущем будут иметь высокие риски ПРЛ [1].

Была обнаружена связь между пренебрежением и ранним развитием ПРЛ. В контексте ухода за ребенком пренебрежение – это вид насилия, характеризующийся «неспособностью должным образом присматривать за ребенком, что приводит к физическому или эмоциональному ущербу». Концепция пренебрежения включает физическое пренебрежение, то есть неспособность адекватно удовлетворить физические потребности детей, и эмоциональное пренебрежение, которое проявляется в эмоциональной неприязнкости воспитателей к просьбам о внимании и заботе о детях. Наиболее важные результаты показали, что: подростки с ПРЛ и сопутствующей депрессией имели значительно более высокий уровень пренебре-

жения, чем здоровые люди из контрольной группы; физическое пренебрежение было связано с проявлением признаков ПРЛ в более раннем возрасте; сочетание специфических черт темперамента и физического/эмоционального пренебрежения может ускорить начало ПРЛ и симптомов антисоциального расстройства личности; о пренебрежении со стороны обоих родителей чаще сообщалось среди подростков с ПРЛ, по сравнению с другими клиническими группами [9].

Пренебрежение к потребностям ребенка, в том числе неспособность установить ограничения, следить за ненадлежащим поведением, знать местонахождение ребенка и тех, с кем он общается, было связано с более высоким риском расстройств личности кластера В в подростковом и раннем взрослом возрасте. Материнская отстраненность во младенчестве, своего рода пренебрежение, при котором мать создает физическую и словесную дистанцию от своего ребенка, была надежным предиктором как симптомов ПРЛ, так и самоповреждений или суицидальности в подростковом возрасте [5].

Исследования подтвердили, что среди различных форм жестокого обращения в детстве только эмоциональное насилие является уникальным предиктором особенностей проявления ПРЛ в подростковом и раннем взрослом возрасте [8, 11]. Тем не менее риск развития ПРЛ у ребенка, подвергшегося эмоциональному насилию, может увеличиваться только тогда, когда уже присутствует одна или несколько уязвимых черт личности: чувствительность к отторжению, склонность часто ожидать и испытывать межличностное отторжение; негативная аффективность, склонность испытывать большое количество сильных отрицательных эмоций. Однако существует ограниченное количество исследований, объясняющих, как чувствительность к отторжению и негативная аффективность связаны с эмоциональным насилием в детстве и последующим развитием ПРЛ [10].

Недостаточная аффективная доступность родителя и непредсказуемость ответов, которые он дает на потребности ребенка, имеют серьезные последствия для развития способ-

ности управлять эмоциями и созревания защитных механизмов у последнего.

Исследования показали, что у детей с более высокой чувствительностью к отторжению значительно чаще развиваются черты ПРЛ после эмоционального насилия. Дети с высокой чувствительностью к отказу часто неверно истолковывают неоднозначные социальные ситуации как отвергающие, когда фактическое отклонение очень мягкое или отсутствует вовсе; они часто воспринимают социальные ситуации более эмоционально расстраивающими, чем их сверстники. Чтобы защитить себя от отторжения, дети с высокой чувствительностью к отказу часто со временем развивают два механизма совладания: избегание и чрезмерную привязанность. Оба механизма совладания широко распространены среди поведенческих симптомов пациентов с ПРЛ, и часто они оба присутствуют у одного и того же человека.

Более высокая негативная аффективность характеризуется тенденцией легко нарушаться эмоционально иницирующими событиями и испытывать более сильные отрицательные эмоции от этих триггеров. По сравнению с чувствительностью отторжения, которая заставляет детей только субъективно испытывать большее отторжение, отрицательная аффективность усиливает все их отрицательные эмоции. Следовательно, эмоционально оскорбительный опыт может вызвать гораздо больше травм у детей с более высокой негативной аффективностью, чем у детей с более низкой негативной аффективностью, и такая травма часто препятствует их эмоциональному и социальному развитию. Доказана не только высокая распространенность подверженности детской травме у людей с психотическими расстройствами, но и то, что такие события имеют очень значительное влияние на течение болезни и шансы на выздоровление [6].

Результаты исследования N. Godbout и соавт. предоставляют дополнительные доказательства того, что история жестокого обращения в детстве может быть напрямую связана с симптомами, обычно ассоциируемыми с ПРЛ, такими как гнев, поведение,

снижающее напряжение, суицидальность, дисфункциональное сексуальное поведение и нарушение самооценки, а также косвенно связана с ними через последствия ненадежной привязанности. Эти результаты имеют важное значение для психологического лечения, включая возможность того, что вмешательства, ориентированные на травму и привязанность, например: фазовая когнитивно-поведенческая терапия при сложной травме, обучение навыкам аффективного и межличностного общения, регулирование и эмоционально-ориентированная терапия комплексной травмы, наряду с известной эффективностью диалектической поведенческой терапии, – могут быть полезны в разрешении ПРЛ. Эти результаты также предполагают, что мужчины и женщины могут по-разному испытывать жестокое обращение со стороны родителей, в результате чего модели привязанности и психосоциальные симптомы различаются в зависимости от пола [5]. Такие результаты подчеркивают возможную важность разработки и предложения гендерно-ориентированных вмешательств для мужчин и женщин, обращающихся с ПРЛ.

Заключение

Понимание влияния негативных жизненных стрессоров в раннем возрасте на взрослую жизнь требует серьезного внимания к ранней диагностике и вмешательству. Многофакторная модель предполагает, что развитие пограничного расстройства личности в значительной степени является ко-

нечным продуктом детских травм, таких как эмоциональное, физическое и сексуальное насилие. Кроме того, исследователи обнаружили, что жестокое обращение в детстве является важным предиктором пограничного расстройства личности в подростковом и взрослом возрасте.

Существует необходимость в дополнительных исследованиях, посвященных пациентам с пограничным расстройством личности, имеющим или не имеющим травматический опыт в детстве, и пониманию изменений, которые происходят в ответ на травму. Детальное изучение влияния характера и тяжести травмы на детей различных возрастных групп может привести к лучшему пониманию того, как модулировать лечение в зависимости от индивидуальных потребностей. Исследования также показали, что пациенты после травмы с диагнозом пограничного расстройства личности, как правило, сообщают о хаотической ранней среде, которая также может включать сексуальное, физическое, эмоциональное или словесное насилие и хроническое пренебрежение, и что более серьезное и обширное жестокое обращение с детьми имеет тенденцию связи с более высокими уровнями проявления симптоматики пограничного расстройства личности. Однако необходимы дополнительные исследования, чтобы конкретно определить отдельные и совокупные воздействия различных типов жестокого обращения с детьми и их характеристики, включая относительный вклад жестокого обращения со стороны близких взрослых на развитие симптоматики пограничного расстройства личности.

Литература/ References

1. Bozzatello P., Rocca P., Baldassarri L. [et al.]. The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Front. Psychiatry*. 2021; 12: 721361. DOI: 10.3389/fpsy.2021.721361.
2. Cattane N., Rossi R., Lanfredi M., Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*. 2017; 17 (1): 221. DOI: 10.1186/s12888-017-1383-2.
3. Fortalesade de Aquino Ferreira L., Queiroz Pereira F.H., Neri Benevides, A.M.L., Aguiar Melo M.C. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2018; 262: 70–77. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.01.043.
4. Girard M. La maltraitance précoce est-elle un facteur de risque du trouble de la personnalité limite: une recension systématique des études prospectives. URL : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/25742>

5. Godbout N., Daspe M.-È., Runtz M. [et al.]. Childhood maltreatment, attachment, and borderline personality-related symptoms: Gender-specific structural equation models. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2019; 11 (1): 90–98. DOI: 10.1037/tra0000403.
6. Kim M.K., Kim J.S., Park H.I. [et al.]. Early life stress, resilience and emotional dysregulation in major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. *J. Affect. Disord.* 2018; 236: 113–119. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.119.
7. Porter C., Palmier-Claus J., Branitsky A. [et al.]. Childhood Adversity and Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis. *Act. Psychiatr. Scand.* 2020; 141 (1): 6–20. DOI: 10.1111/acps.13118.
8. Rosenstein L.K., Ellison W.D., Walsh E. [et al.]. The role of emotion regulation difficulties in the connection between childhood emotional abuse and borderline personality features. *Personal Disord.* 2018; 9 (6): 590–594. DOI: 10.1037/per0000294.
9. Solmi M., Dragioti E., Croatto G. [et al.]. Risk and Protective Factors for Personality Disorders: An Umbrella Review of Published Meta-Analyses of Case-Control and Cohort Studies. *Front. Psychiatry*. 2021; 12:679379. DOI: 10.3389/fpsy.2021.679379.
10. Winter D., Bohus M., Lis S. Understanding negative self-evaluations in borderline personality disorder—a review of self-related cognitions, emotions, and motives. *Curr. Psychiatry Rep.* 2017; 19 (3): 17. DOI: 10.1007/s11920-017-0771-0.
11. Xie G.D., Chang J.J., Yuan M.Y. [et al.]. Childhood abuse and borderline personality disorder features in Chinese undergraduates: the role of self-esteem and resilience. *BMC Psychiatry*. 2021; 21 (1): 326. DOI: 10.1186/s12888-021-03332-w.
12. Zarrati I., Bermas H., Sabet M. The Relationship Between Childhood Trauma and Suicide Ideation: Mediating Role of Mental Pain. *Ann. Mil. Health Sci. Res.* 2019; 17 (1): e89266. DOI: 10.5812/amh.89266.

Поступила 09.11.2022 г.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Для цитирования. Исагулова Е.Ю. Физическое, сексуальное, эмоциональное насилие в детстве — предпосылки развития пограничного расстройства личности в подростковом возрасте (обзор зарубежных исследований) // Вестник психотерапии. 2023. № 85. С. 60–69. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-60-69

E. Yu. Isagulova

**Physical, sexual, emotional abuse in childhood – prerequisites
for the development of borderline personality disorders in adolescents
(review foreign studies)**

Clinical Mental Health Center (21, Poryadkovyi lane, Moscow, 127005, Russia)

✉ Elena Yur'evna Isagulova — PhD Psychol. Sci., clinical psychologist, director, Clinical Mental Health Center (21, Poryadkovyi lane, Moscow, 127005, Russia), e-mail: 9477877@gmail.com

Abstract

Relevance. According to a study by the University of Manchester, people with borderline personality disorder (BPD) are 13 times more likely to report childhood trauma than people without any mental health problems. An analysis of data from 42 international studies involving more than 5,000 people showed that 71.1% of people diagnosed with a personality disorder reported at least one traumatic experience during childhood.

Intention. To identify the current state of the problem of studying physical, sexual, emotional abuse in childhood as a possible factor in the development of borderline symptoms in adolescence.

Methodology. The object of the study was scientific articles and meta-reviews on the problem presented in the abstract-bibliographic databases MEDLINE, PubMed and eLibrary.ru for the last 5 years.

Results and Discussion. Based on this analysis, there is a lot of evidence that traumatic experience in the early period of development increases the likelihood of developing borderline disorders. Studies on the effects of childhood trauma on adolescent mental health show that it is much more likely associated with BPD than with mood disorders, psychosis, and other personality disorders. The most common adverse experience in people with BPD was physical neglect, followed by emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, and last but not least emotional neglect.

Conclusion. The results showed that childhood traumatic experiences may be a predictor of BPD symptoms at a later age. It should be noted that childhood emotional abuse and neglect has the most significant influence on the formation of BPD in adolescents.

Keywords: medical psychology, children, adolescents, borderline personality disorder, mental trauma, physical abuse, sexual abuse, emotional abuse.

Received 09.11.2022

For citing: Isagulova E.Yu. Fizicheskoe, seksual'noe, emotsional'noe nasilie v detstve — predposylki razvitiya pogrannichnogo rasstroistva lichnosti v podrozkovom vozraste (obzor zarubezhnykh issledovaniy). *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85):60–69. (In Russ.)

Isagulova E.Yu. Physical, sexual, emotional abuse in childhood — prerequisites for the development of borderline personality disorders in adolescents (review foreign studies). *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85):60–69. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-60-69
