

УДК 159.9

СВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ ПЕРЕЖИТОГО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ НАСИЛИЯ С СИМПТОМАМИ КОМПЛЕКСНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И САООТНОШЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Лобанова М.И., Холмогорова А.Б. (Москва, Россия)



Лобанова Мария Игоревна

Выпускница факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация

E-mail: lomaig7@gmail.com, ORCID:

<https://orcid.org/0009-0008-0098-0439>



Холмогорова Алла Борисовна

Доктор психологических наук, профессор, декан факультета «Консультативная и клиническая психология», заведующая кафедрой клинической психологии психотерапии МГППУ, ведущий научный сотрудник ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

E-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>

Аннотация.

Резюме: Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство — это расстройство, которое может развиваться в результате воздействия события или серии событий чрезвычайно угрожающего характера, чаще всего длительных или повторяющихся, от которых трудно или невозможно избавиться.

Подверженность различным формам жестокого обращения в детском и подростковом возрасте увеличивает вероятность возникновения практически всех форм психопатологии, включая депрессию, нарушения самовосприятия, ПТСР и КПТСР. Целью данного исследования было изучение связи разных форм пережитого в детстве насилия с симптоматикой КПТСР и особенностями самоотношения во взрослом возрасте. Выборку исследования составила популяционная группа из 133 человек (женщины в возрасте от 18 до 38 лет), участников групп самопомощи. Методы исследования: обработка и анализ данных опросников Google Forms, методы математической статистики. Методики: ICASST – R (Michael P. Dunne, с соавт. 2006, в пер. и адаптации Е.Н. Волковой); Международный опросник травмы (MOT) (Cloitre M., 2018, адаптация М.А.Падун с соавт. 2022); Опросник самоотношения (В.В.Столин, С.Р.Пантеев, 1985); Опросник образа собственного тела (Скугаревский, Сивуха, 2006); Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (Холмогорова, Воликова, 2017); Шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory, 1961) адаптация Н.В. Тарабриной.

Результаты исследования показывают, что из двух описанных в данной статье видов насилия, пережитых в детстве, наиболее сильные значимые связи с неудовлетворенностью собственным телом и негативным самоотношением во взрослом возрасте отмечаются при эмоциональном насилии, далее следует физическое насилие. Наиболее деструктивная роль эмоционального насилия проявилась также в его наиболее тесной связи с симптоматикой КПТСР. В свою очередь, эмоциональное насилие в детстве имеет высоко значимые связи средней силы с таким видом коммуникативных семейных дисфункций как высокий уровень критики со стороны родителей, что позволяет наметить пути профилактики КПТСР в работе с семьями.

Ключевые слова: комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР), самоотношение, образ тела, эмоциональное насилие, физическое насилие, жестокое обращение.

Для цитаты Лобанова М.И., Холмогорова А.Б. Связь тяжести пережитого в детском и подростковом возрасте насилия с симптомами комплексного посттравматического стрессового расстройства и самоотношения у взрослых // Медицинская психология в России: сетевой науч. Журн. – 2024. – Т. 16, № 2(83). – С. 2. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм. гggг).

Введение.

В современном мире проблема жестокого обращения с детьми и подростками является актуальной и значимой – что связано как с широкой распространенностью насилия и высокой толерантностью к насилию во многих культурах и обществах с одной стороны, а с другой – с изменением социального статуса ребенка (переход к восприятию детей как отдельных личностей с уникальными особенностями и потребностями, а периода детства – как ценности), развитием представлений о психологии детей и подростков, увеличением количества исследований, направленных на выявление последствий жестокого обращения для физического и психического здоровья индивидов [1, 2, 3 и др.].

Целью данного исследования было изучение связи пережитого в детском и подростковом возрасте насилия (в особенности эмоционального) с симптоматикой КПТСР и эмоциональной дезадаптации, особенностями самоотношения и образа тела во взрослом возрасте.

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР) впервые было признано диагностической категорией в текущей (т.е. 11-й редакции – ICD-11 Reference Guide) Международной классификации болезней, согласно которой, КПТСР — это расстройство, которое может развиваться в результате воздействия события или серии событий чрезвычайно угрожающего характера, чаще всего длительных или повторяющихся, от которых трудно или невозможно избавиться. В МКБ-11 диагноз ПТСР был сведен к трем группам симптомов и была введена сложная форма ПТСР, а именно КПТСР. В то время как ПТСР характеризуется кластерами симптомов повторного переживания, избегания и чувства угрозы, КПТСР включает в себя симптомы ПТСР и три дополнительных кластера симптомов: эмоциональная дисрегуляция (повышенная эмоциональная реактивность, отсутствие эмоций, развитие диссоциативных состояний), негативный образ Я (стойкие негативные представления о себе как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке), нарушения в отношениях (последовательное избегание или незаинтересованность в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом; трудности в поддержании близких отношений). Эти симптомы вызывают значительные нарушения в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

Мерелин Клуатр (Национальный центр ПТСР, Пало Альто, США) с соавторами была разработана методика «Международный опросник травмы» (МОТ) («International trauma questionnaire» — ITQ), субшкалы которого включают признаки КПТСР [4]. Опросник позволяет проводить кросс-культурные исследования на выборках лиц, переживших длительную травматизацию. Последняя версия опросника содержит 18 вопросов, 6 из которых направлены на оценку симптомов ПТСР, 6 — на оценку нарушений Я-организации и 6 — на оценку нарушений жизненного функционирования в связи с симптомами ПТСР и нарушений Я-организации.

После ряда эмпирических исследований, доказавших количественное [5] и качественное [6] различие между ПТСР и комплексным ПТСР (кПТСР) в МКБ-11 (ВОЗ, 2018) кПТСР признано отдельным родственным диагнозом с ПТСР [7]. К симптомам ПТСР добавляются «нарушения организации сэлф» (DSO): негативная самооценка; эмоциональная

дисрегуляция; межличностные трудности. При этом основные симптомы ПТСР могут быть более тяжелыми у людей с КПТСР [8, 9], что связано с повышенным бременем [10] и влечет за собой специфику подходов к лечению [11].

При этом все еще существует неопределенность в отношении конкретных факторов риска, которые связаны с данными двумя диагнозами, особенно у детей и подростков. На данный момент обнаружено, что опыт кумулятивного жестокого обращения связан со сложностью симптомов у детей [12]. При этом отмечается, что дети и подростки более уязвимы, чем взрослые, к развитию КПТСР, когда подвергаются тяжелой, длительной травме, такой как хроническое жестокое обращение, участие в незаконном обороте наркотиков или использовании в качестве детей-солдат.

Приведем определение насилия и описания основных его видов, которые приводятся Всемирной организацией здравоохранения. Насилие – это все формы физического и/или эмоционального жестокого обращения, сексуальное насилие, пренебрежение нуждами или пренебрежительное отношение, коммерческая или иная эксплуатация, которая ведет к реальному или потенциальному урону здоровью ребенка, его жизни, развитию или достоинству в контексте отношений ответственности, доверия или силы. Во всемирном докладе о насилии и здоровье и в Консультации ВОЗ по профилактике жестокого обращения с детьми различаются четыре типа жестокого обращения с детьми: физическое насилие, сексуальное насилие, эмоциональное и психологическое насилие, пренебрежение потребностями [13].

Жестокое обращение с детьми — очень сложное явление, воздействующее на людей системно и являющееся основным фактором риска дисфункции и огромного спектра психических расстройств и сопутствующей патологии [14, 15, 16].

Насилие над ребенком и/или подростком несомненно влияет на его личность, в том числе затрагивая структуру самоотношения. В данном исследовании используется трактовка самоотношения, предложенная Столиным В.В. [17] который рассматривал самоотношение как интеграцию различных феноменов, отражающих специфику отношения личности к самой себе. Данные, полученные в ходе ряда исследований, позволяют предположить, что в результате пережитого насилия деформируются все компоненты (аффективный, когнитивный, поведенческий) самосознания – Я концепция ребенка, пережившего насилие, упрощается, становится неопределенной, размытой, разорванной, что проявляется в виде ярко выраженного представления о себе как о жертве, в разной степени акцентированное представление о тех частях своего тела, которые были непосредственно связаны данным опытом, человеку сложно познавать мир и самого себя в нем, что в дальнейшем приводит к искаженному пониманию и восприятию себя. Например, согласно данным исследований, подвергшиеся жестокому обращению дети дошкольного возраста демонстрируют более выраженное негативное представление о себе и нарушения самовосприятия, также у них отмечается ухудшение показателей визуального самопознания, такие дети реже говорят о своих негативных переживаниях (по сравнению с детьми без подобного опыта) в следствие чего возникают трудности в адаптации и социальных отношениях нарушается самовосприятие и представление о собственной самооценности [18, 19, 20 и др.].

Подобный неблагоприятный детский опыт также влияет на восприятие своего тела. Данные исследований показали, что, например, сексуальное насилие в детстве является фактором риска развития нарушений образа тела. С точки зрения развития, вполне вероятно, что серьезные нарушения границ тела (в период, сензитивный для воплощения личной идентичности и целостности) подобные тем, которые вызваны некоторыми типами жестокого обращения в детстве, оказывают стойкое воздействие на восприятие себя и собственного тела. В модели нарушения идентичности Vartanian и др. [21] фокусируются на ранних неблагоприятных событиях как на широкой конструкции, включающей общий негативный опыт и детскую травму. Согласно этой концепции, данные события включают в себя такие переживания, как взросление в нестабильной семейной обстановке, а также переживания жестокого обращения и безнадзорности. Авторы предполагают, что такие ранние переживания нарушают нормальное развитие идентичности и что люди, которым не хватает хорошо сформированной личностной идентичности и ясности самооценки, особенно уязвимы к социокультурным влияниям, поскольку они ищут внешние источники, чтобы достичь более ясного ощущения самости. Следовательно, предполагается, что люди, пережившие раннюю травму, особенно уязвимы к социокультурному давлению – задающему стандарты красоты, реакции социума на внешность, социальные сравнения на их основании – что приводит к росту неудовлетворенности своим телом [21].

Отмечается, что "тихие" формы жестокого обращения с детьми (т.е. эмоциональное насилие и эмоциональное пренебрежение/заброшенность) имеют более выраженную связь с симптомами депрессии (в сравнении с сексуализированным [22]); и физическим насилием [22, 23]. В исследованиях было обнаружено, что по сравнению с сексуализированным и физическим насилием эмоциональное пренебрежение однозначно связано с ангедоническими симптомами депрессии [24]. Норман и др. [16] показали, что эмоциональное насилие увеличивает риск депрессии с коэффициентом вероятности 3,06, тогда как физическое насилие увеличивает риск депрессии с коэффициентом вероятности 1,5, что в два раза меньше, чем при эмоциональном насилии [напр. 25]. Также доказана связь эмоционального насилия со стороны значимых взрослых в анамнезе у респондентов с тревожными расстройствами, особенно с социальной фобией [26, 27]. В выборке испытуемых с выраженными симптомами социальной тревожности [28] обнаружили, что сообщения об эмоциональном жестоком обращении имели более выраженную связь с психопатологией, чем физические виды жестокого обращения, связь между физическим жестоким обращением и социальной тревожностью была в значительной степени опосредована эмоциональным жестоким обращением.

Maercker, Bernays и др. [29] представили каскадную модель КПТСР, в которой основное внимание уделяется детским травмам и опыту жестокого обращения, привязанности и социально-межличностных факторах. В модель были включены наборы ключевых факторов из модели нарушенных социальных связей [30] и модели нарушения регуляции аффекта [31]. Она была расширена за счет включения специфических для травмы социально-межличностных факторов во взрослой жизни (т.е. раскрытия травмы, социального признания). Предыдущие исследования показали, что эти специфические для травмы социально-межличностные факторы важны для рассмотрения в связи с классическим ПТСР [32]. Исходя из этого, была разработана базовая модель для эмпирически тестируемой каскадной модели КПТСР, согласно которой детские травмы и жестокое обращение связаны с дисфункциональной привязанностью, которая, в свою очередь, связана с триадой социально-межличностных факторов взрослых, включая (а) трудности с раскрытием информации, (б) снижение социальной поддержки и (в) отсутствие общественного признания. Социально-межличностные факторы, в свою очередь, связаны со сложными посттравматическими симптомами. Эти социально-межличностные факторы также связаны со снижением удовлетворенности жизнью, которое было включено в качестве переменной в каскадную модель КПТСР в качестве показателя психосоциального функционирования, что также подчеркивается в определении КПТСР в МКБ-11.

В недавнем исследовании было показано, что эмоциональное пренебрежение было наиболее распространенным типом насилия и также в наибольшей степени способствовало развитию всех симптомов КПТСР [33]. Frewen, Zhu и Lanius [34] обнаружили, что тяжелые детские переживания, вызванные пренебрежением и эмоциональным насилием, которые зачастую не классифицируются как травматические, оказываются более значимыми предикторами ПТСР, чем сами травмирующие события. Cloitre et al. [35] также обнаружили, что эти типы детских переживаний были положительно связаны с соответствием диагностическим критериям МКБ-11 ПТСР и КПТСР. Данные Frewen, Zhu и Lanius [34], и Cloitre et al. [35] показывают, что эти типы событий могут быть не менее важными для ПТСР и КПТСР, чем события, представляющие более очевидную угрозу жизни, физической или сексуальной безопасности.

Frost et al. [36], исследуя выборку из США, которые стали жертвами сексуального насилия, определил, что КПТСР существует как уникальный конструкт и, кроме того, существовала отдельная и отчетливая коморбидная группа, которая имела симптомы как ПРЛ, так и КПТСР. Cyr et al [37] выявили группы ПРЛ, КПТСР и коморбидную группу ПРЛ и КПТСР. Из пяти исследований в трех были обнаружены разные классы ПРЛ и КПТСР [37, 38], два не обнаружили различий между ПРЛ и КПТСР, но все обнаружили, что ПРЛ часто сочетается с симптомами КПТСР.

Травматические переживания и посттравматический стресс широко распространены у людей с психозом, увеличивая бремя симптомов, снижая качество жизни и ослабляя ответ на лечение. Распространенность комплексной травмы при психозах еще предстоит изучить. В первом исследовании такого рода 144 пациента с психозом, наблюдавшиеся в службах охраны психического здоровья на северо-западе Соединенного Королевства, были обследованы соответствующими опросниками [39]. Полученные данные показали, что 40% выборки соответствовали критериям ПТСР, 10%, соответствовали критериям КПТСР. Эти результаты указывают на возможную ценность дополнительных методов помощи для лечения

симптомов посттравматического стрессового расстройства у людей с психозом. Необходимы более крупные эпидемиологические выборки и лонгитюдные исследования.

Разработанная Роузом и Абрамсоном [40] расширенная модель депрессии обеспечивает основу, с помощью которой можно рассматривать потенциальные эффекты эмоционального насилия. Ими была выдвинута гипотеза о том, что эмоциональное насилие делает людей особенно уязвимыми к развитию негативного когнитивного стиля, что, в свою очередь, увеличивает риск депрессии. Согласно этой формулировке, дети стремятся понять причину неблагоприятных жизненных событий, с которыми они сталкиваются. Изначально эти объяснения являются внешними, нестабильными и специфическими (вывод о том, что причина жестокого обращения кроется в какой-то внешней, изолированной причине - например, у родителя был напряженный день). Однако в случае повторяющегося жестокого обращения у детей может развиться более депрессивная причинная атрибуция жестокого обращения (т.е. атрибуция, которая является внутренней, стабильной и глобальной - человек видит причину насилия в том, какой он, винит в происходящем себя) [41], что является одним из потенциальных путей риска развития депрессии. Исследователи [42] предполагают, что различные формы жестокого обращения в детстве могут быть связаны с эмоциональными компонентами самосознания, которые оторваны от конкретных контекстов и обобщены: вина, которая часто ассоциируется с чувствами раскаяния, сожаления и беспокойства по поводу причинения вреда другому; стыд, который часто связано с убеждениями в том, что негативные личностные характеристики не поддаются изменению, и усиливает чувство собственной никчемности, бессилия и неполноценности [43].

Поэтому, важная задача - повышение уровня надежности привязанности у взрослых с КПТСР [44]. Многие клиницисты считают сложным формирование терапевтических отношений со взрослыми, пережившими комплексную травму, из-за их недоверия, эмоциональной лабильности и нестабильности в отношениях.

Методы исследования:

Теоретические - изучение и анализ проведенных исследований; Эмпирические - анкетирование, психологическая диагностика посредством подобранных методик; Статистические - непараметрический критерий Манна-Уитни, Коэффициент ранговой корреляции Спирмена, Непараметрический критерий Краскела-Уоллеса.

Исследование проводилось с помощью электронных вариантов опросников, созданных с использованием Google Forms. Ссылка на опросники была распространена с помощью социальной сети Вконтакте в онлайн-сообществах, посвященных взаимопомощи. Для ознакомления испытуемых с целью и особенностями исследования был составлен информационный раздел, после изучения которого испытуемые принимали решение о согласии/несогласии с участием. Исследование проводилось анонимно. После прохождения методик респондентам предоставлялся доступ к списку литературы для психологической самопомощи. Достоверность результатов обеспечивалась применением комплекса методик, включающего надежные и валидные опросники:

Методики, направленные на выявление травматических событий в прошлом опыте и состояния эмоциональной дезадаптации в настоящее время:

ICAST - R (ICAST-retrospective) - международный опросник для изучения распространенности насилия над детьми - ретроспективный. Опросник позволяет получить данные об опыте, который респондентами воспринимается как насильственный; разработан сотрудниками Университета г.Брисбан, Австралия под руководством профессоров Michael P Dunne и Bonnie Macfarlane в 2006 году при поддержке международного общества по предотвращению насилия и жестокого обращения с детьми (ISPCAN) (пер. и адаптация Е.Н. Волковой, 2014) [45];

Международный опросник травмы (MOT) (International trauma questionnaire, ITQ - Cloitre M., et al., 2018, адаптация М.А. Падун с соавт.) представляет собой 18 вопросов для самоотчета, посвященных основным особенностям посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и сложного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР) [46];

Шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory, 1961), адаптация Н.В. Тарабриной) Тест-опросник депрессии создан Аароном Т. Беком в 1961 году на основе клинических наблюдений, позволивших выявить перечень основных симптомов депрессии. Включает 21 вопрос-утверждение наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб [47].

Для выявления структуры самооотношения личности и отношения к своему телу:

Опросник самооотношения (ОСО) (В.В. Столин, С. Р. Пантеев, 1985) Опросник направлен на оценку уровня самооотношения испытуемого к самому себе. Позволяет выявить три уровня

самоотношения: 1) глобальное самоотношение; 2) самоотношение, дифференцированное по самоуважению, аутосимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе; 3) уровень конкретных действий в отношении к своему «Я» [48];

Опросник образа собственного тела — ООСТ (Скугаревский, Сивуха, 2006) Опросник состоит из 16 пунктов-утверждений, направленных на диагностику неудовлетворенности собственным телом у лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения [49].

Для выявления коммуникативных дисфункций в родительских семьях:

Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (Холмогорова, Воликова, 2017) Опросник направлен на определение стиля эмоциональных коммуникаций в семье. Опросник позволяет пациентам лучше осознать источник своих собственных проблем, дисфункциональных установок, убеждений, берущих свое начало из семейных взаимоотношений. Выявляемые с помощью опросника дисфункциональные семейные коммуникации позволяют определить мишени психологической работы [50].

Характеристика выборки: Выборку исследования составила популяционная группа из 133 человек (женщины в возрасте от 18 до 38 лет).

Критерии вхождения в группу исследования: достаточный для понимания инструкций и смысла тестовых заданий уровень владения русским языком; возраст испытуемых от 18 лет; добровольное согласие на участие в исследовании.

Предварительно из выборки были исключены респонденты (N=10): в возрасте 47-50 лет (N=3), с отклоняющимися значениями по данным методик (только максимальные или только минимальные значения в ответах) (N=2), респонденты мужского пола (N=5). В ходе анализа полученных данных, было принято решение исключить из рассмотрения группу «ПТСР», в связи с недостаточным количеством выборки (N=3). Можно предположить, что у исключенных респондентов симптоматика ПТСР могла развиваться в результате непродолжительного опыта сексуализированного насилия (средний балл по данному показателю несколько выше в группе «ПТСР»).

Процедура исследования: Исследование проводилось с помощью электронных вариантов опросников, созданных с использованием Google Forms. Ссылка на опросники была распространена с помощью социальной сети ВКонтакте. Участникам предлагалось пройти исследование в формате анонимного интернет-тестирования, где собирались социодемографические данные – пол, возраст, уровень образования, а также ответы на обозначенные ниже методики. После прохождения методик респондентам предоставлялся доступ к списку литературы для психологической самопомощи и техникам для самостоятельной проработки травматических воспоминаний.

Для лучшего понимания особенностей выделенных групп, была проанализирована частота и тяжесть насильственных действий, возраст, в котором происходило насилие. В группе респондентов, переживших изнасилование, также были проанализированы ответы на вопросы о том, рассказывали ли они кому-то (и кому) о произошедшем и какова была их реакция.

Наиболее распространенными видами физического насилия в выборке являются удары рукой и удары с помощью предмета, с частотой более 10 раз и от 3 до 10 соответственно – данному виду насилия чаще всего подвергались дети и подростки в возрасте от 5 до 9 лет, от 5 до 13, от 5 (и младше) до 17 лет. При этом чаще всего насилие совершалось старшим родственником мужского пола (отец, отчим, дед), за исключением случаев ударов с помощью предметов и тряски, которые чаще всего осуществляли родственники женского пола (мать, бабушка, сиблинги).

Эмоциональное насилие в большинстве случаев выражалось в форме критики и оскорблений – с частотой более 10 раз и происходило в возрасте от 5 (и младше) до 17 лет. Данный вид насилия чаще всего исходил от старших родственников обоих полов (в основном от отца/отчима, матери и бабушки) и друзей/знакомых в школе (важно отметить, что эмоциональное насилие из разных источников воздействовало на большинство респондентов одновременно – т.е. оно исходило и со стороны близких родственников, и со стороны друзей/одноклассников).

Результаты:

На основании данных, полученных в методике «Международный опросник травмы», были выделены три группы респондентов:

1. Группа «Нарушения Я» - результаты которых соответствовали симптомам нарушений Я-организации – отметившие ≥ 2 признаков хотя бы в одном из двух вопросов, относящихся к

каждому кластеру симптомов, и имевшие результат ≥ 2 хотя бы по одному из трех вопросов, отражающих нарушения функционирования (критерий ПТСР не соблюдался).

2. Группа «КПТСР» - даны ответы ≥ 2 по критериям «ПТСР», а также по одному из двух признаков по всем трем симптомам нарушений Я-организации и одному из вопросов, отражающих нарушения функционирования.

3. Группа «Нет диагноза» - где не были соблюдены критерии какой-либо группы, из перечисленных выше.

Предполагается, что в выделенных группах будут выявлены различия в выраженности показателей трех видов насилия - в группе с выраженным показателем комплексного ПТСР предполагались более высокие показатели по всем трем видам насилия (в особенности эмоциональному и сексуальному). Для определения уровня различий выраженности изучаемых переменных в группах, был использован непараметрический критерий Краскела-Уоллеса (H-критерий Краскела-Уоллиса).

Таблица 1.

Различия в показателях видов насилия, симптомов эмоционального неблагополучия, отношения к своему телу и семейных коммуникаций у респондентов с разной степенью выраженности травмы (N=133)

Группы Показатели	Нет диагноза (N=21)	Нарушения Я (N=23)	КПТСР (N=16)	Уровень значимости р (критерий Краскеллу- Уолисса)
	М (SD)	М (SD)	М (SD)	
Показатели видов насилия				
Физическое насилие	1,86 (1,49)	2,48 (1,12)	2,31 (1,58)	0,312
Эмоциональное насилие	2,00 (1,05)	2,48 (1,53)	3,19 (1,56)	0,031*
Сексуальное насилие	1,14 (1,56)	1,26 (1,54)	1,63 (1,50)	0,507
Симптомы эмоционального неблагополучия				
Депрессия	13,24 (7,46) AC	26,17 (12,64) A	30,25 (10,33) C	0,000***
Когнитивно-аффективная выраженность	7,95 (4,61) AC	17,04 (8,43) A	19,69 (8,15) C	0,000***
Соматические проявления	5,29 (3,43) AC	9,13 (4,86) A	10,56 (3,65) C	0,001***
Показатели отношения к своему телу				
Неудовлетворенность телом	15,43 (8,12) AC	27,04 (9,66) A	28,13 (10,89) C	0,001***
Показатели семейных коммуникаций				
Фактор критики	11,09 (6,05) C	14,65 (4,52)	16,75 (4,29) C	0,001***
Фактор индуцирования тревоги	8,95 (4,38)	8,83 (4,45)	9,75 (4,51)	0,884
Фактор элиминирования эмоций	8,81 (4,61) C	10,87 (3,76)	12,50 (3,37) C	0,028*
Фактор внешнего благополучия	19,09 (5,92) C	20,65 (5,36)	24,25 (4,09) C	0,047*
Фактор фиксации на негативных переживаниях	4,19 (2,23)	4,04 (2,36)	4,13 (3,20)	0,434

Фактор семейного перфекционизма	5,81 (2,77)	6,04 (2,60)	6,31 (2,33)	0,778
Фактор сверхвключенности	4,62 (2,84)	4,74 (2,68)	5,50 (3,14)	0,564
Общий показатель дисфункциональных эмоциональных коммуникаций	49,57 (16,53) С	54,91 (13,26)	62,56 (12,57) С	0,023*

М (SD) – среднее значение (стандартное отклонение)

А – различия между группами «Нет диагноза» и «Нарушения Я» статистически достоверны (критерий Манна-Уитни).

С – различия между группами «Нет диагноза» и «КПТСР» статистически достоверны (критерий Манна-Уитни).

Е – различия между группами «Нарушения Я» и «КПТСР» статистически достоверны (критерий Манна-Уитни).

*** - различия значимы, $p < 0,001$ (коэффициент корреляции r -Spearman)

Как видно из Таблицы 1, в группе «КПТСР» средний балл по шкале эмоционального насилия значительно превышает таковые в группах без диагноза и Нарушения Я, однако значимых различий обнаружено не было (изучение различий выраженности эмоционального насилия между выборками с симптомами ПТСР и КПТСР можно рассматривать в качестве направления будущих исследований). Согласно полученным данным, значимые различия по показателям выраженности депрессивной симптоматики были выявлены между группой без диагноза и группой «Нарушения Я» - как по общему баллу депрессии (в группе «Нарушения Я» средний балл значительно выше, чем в группе без диагноза), что также верно при сравнении групп без диагноза и «КПТСР» (в группе «КПТСР» средний балл депрессии выше).

Статистически значимые различия также были получены при сравнении группы «КПТСР» и группы без диагноза по шкалам когнитивно-аффективной и соматической симптоматики (в группах «Нарушения Я» и «КПТСР» данные показатели выше, чем в группе без диагноза). Можно также отметить, что в группе «Нарушения Я» средний балл по шкале депрессии соответствует показателям депрессии средней степени тяжести, «КПТСР» - показателям тяжелой депрессии. Также в данных двух группах сильнее выражен когнитивно-аффективный и соматический компоненты.

Результаты сравнения групп демонстрируют значимые различия в степени удовлетворенности телом между группой без диагноза и «Нарушения Я», и также, группой без диагноза и группой «КПТСР». В обоих случаях средний балл по методике был значительно ниже в группе без диагноза (однако во всех группах средний балл > 13 , что указывает на выраженную неудовлетворенность образом собственного тела, в связи с чем, подобные различия не выявлялись при рассмотрении баллов, переведенных в стенойны).

Как видно из таблицы – статистически достоверные различия в баллах семейных дисфункций наблюдаются в группах «Нет диагноза» и «КПТСР» по показателям Критики, Элиминирования эмоций, Внешнего благополучия и по общему показателю семейных дисфункций (данные параметры наиболее выражены у респондентов с симптоматикой КПТСР). В целом в группе КПТСР наблюдаются более выраженные показатели всех видов семейных дисфункций.

Таблица 2

Связь показателей отношения к телу, самооотношения, семейных коммуникаций и видов насилия (N=133)

Параметры	Физическое	Эмоциональное	Сексуальное
Неудовлетворенность телом (Стенойны)	0,217*	0,213*	-0,011
Неудовлетворенность телом (Общий балл)	0,218*	0,190*	-0,006
Показатели самооотношения			
Шкала S (глобальное самооотношение)	-0,298**	-0,322**	0,054
Шкала I самоуважение	-0,303**	-0,363**	-0,079
Шкала II аутопатия	-0,296**	-0,339**	0,044

Шкала III ожидаемое отношение от других	-0,088	-0,129	0,058
Шкала IV самоинтерес	-0,213*	-0,170	0,164
Шкала 1 самоуверенность	-0,224**	-0,281**	0,001
Шкала 2 отношение других	-0,194*	-0,117	0,054
Шкала 3 самопринятие	-0,203*	-0,308**	0,016
Шкала 4 саморуководство	-0,268**	-0,295**	-0,095
Шкала 5 самообвинение	0,253**	0,318**	-0,040
Шкала 6 самоинтерес	-0,163	-0,205*	0,076
Шкала 7 самопонимание	-0,309**	-0,268**	0,071
Показатели семейных коммуникаций			
Фактор критики	,380**	,553**	-0,028
Фактор индуцирования тревоги	-,069	-0,037	-0,162
Фактор элиминирования эмоций	,237**	0,370**	0,018
Фактор внешнего благополучия	,179*	0,297**	0,095
Фактор фиксации на негативных переживаниях	-,044	-0,030	0,043
Фактор семейного перфекционизма	,096	0,270**	0,030
Фактор сверхвключенности	,043	0,017	-0,079
Общий показатель дисфункциональных эмоциональных коммуникаций	,207*	0,362**	-0,048
Показатели суицидальных мыслей/намерений			
Есть СМ и/или СН (N=82)	2,4 (1,3)	2,6 (1,5)	1,4(1,5)
Нет СМ/СН (N=51)	1,7(1,2)	1,8(1,3)	1,1(1,3)
Уровень значимости р (критерий Манна-Уитни)	0,002	0,001	0,306

* различия значимы, $p < 0,05$ (коэффициент корреляции r-Spearman)

** различия значимы, $p < 0,01$ (коэффициент корреляции r-Spearman)

Согласно представленным в таблице 2 данным, опыт пережитого в детстве и подростковом возрасте физического и эмоционального насилия прямо связан с общим баллом неудовлетворенности образом собственного тела (слабая прямая связь, значимая на уровне $p < 0,050$ как в случае с баллом, переведенным в стенограммы, так и при сравнении с общим баллом опросника образа собственного тела). Вопреки нашим ожиданиям, значимой корреляции неудовлетворенности образом тела с опытом сексуального насилия обнаружено не было.

В исследовании также проверялась связь между показателями шкалы самооотношения и опытом пережитого жестокого обращения трех видов. Исходя из представленных выше результатов, можно отметить, что **физическое** насилие имеет обратную связь средней силы с общим баллом шкалы «Глобальной самооценки», за счет средних обратных связей с подшкалами «Самоуважение», «Аутосимпатия», «Самоуверенность», «Саморуководство», «Самопонимание», и слабой обратной связи с подшкалами «Самоинтерес» и «Ожидаемое отношение других», «Самопринятие», а также прямой связи средней силы с подшкалой

«Самообвинение». Опыт **эмоционального** насилия также имеет среднюю обратную связь с шкалой «Глобального самоотношения», за счет средней обратной связи с подшкалами «Самоуважение», «Аутосимпатия», «Самоуверенность», «Самопринятие», «Саморуководство», «Самопонимание», слабой обратной связи с подшкалой «Самоинтерес», и средней прямой связи с подшкалой «Самообвинение». Значимых связей между опытом **сексуализированного** насилия и показателями самоотношения не наблюдается.

Характер взаимоотношений между членами семьи может стать как фактором-протектором, так и фактором уязвимости для ребенка (в том числе для детей, переживших ту или иную форму насилия). Мы предположили, что высокие показатели семейных дисфункций будут связаны с более высокими показателями пережитого насилия и с тяжестью последствий.

Полученные данные показывают, что опыт физического насилия имеет слабую прямую связь с общим баллом семейных дисфункций за счет слабых связей с подшкалами «Элиминирование эмоций», «Внешнее благополучие» и средней прямой связи с подшкалой «Критика». Значимая прямая связь средней силы также выявляется между опытом эмоционального насилия и общим баллом семейных дисфункций, за счет средних связей с подшкалами «Критика», «Элиминирование эмоций», и слабыми связями с подшкалами «Семейный перфекционизм», «Внешнее благополучие». Значимых связей между опытом сексуального насилия и показателями семейных дисфункций выявлено не было.

На основании данных, полученных в методике «Шкала депрессии Бека» (в качестве группирующей переменной был выбран ответ на 9 вопрос методики) было выделено две группы – в 1 вошли респонденты, отметившие у себя наличие суицидальных мыслей и/или намерений, во вторую – те, кто не отмечал у себя суицидальных тенденций. Значимые различия между группами выявляются по шкалам физического и эмоционального насилия (в обоих случаях в выборке с СМ/СН средние показатели насилия значительно выше – 2,4 балла для физического и 2,6 для эмоционального насилия). В качестве причин суицидальных мыслей респондентами были названы: желание окончить страдания (физические или эмоциональные), усталость и неудовлетворенность жизнью (многие не поясняли этот момент, некоторые отметили усталость от жизни в целом, от работы, от проблем в отношениях и т.д.), ощущение бесцельности и бессмысленности существования, негативное отношение к себе (самоубийство – как самонаказание за то, что человек «плохой»), ощущение собственной неуспешности и «плохости» в сравнении с другими (чаще отмечалась «глупость», неуспешность), в некоторых случаях причиной СМ стали негативные отношения с другими людьми (буллинг, насилие), также отмечались страх перед будущим, ощущение, что справиться с сильными эмоциями невозможно. В качестве факторов-протекторов наиболее часто респондентами назывались – надежда, что все изменится, наличие одного или нескольких домашних животных, увлечения, семья, друзья, романтические отношения также выделялись как значимые отношения, помогающие «не сдаваться» и «жить дальше» (за счет эмоциональной, материальной и т.д. поддержки) – однако многие при этом отметили, что не хотят причинить близким и значимым людям боль своим уходом из жизни.

В рамках данного исследования значимых связей и различий по данным методик в группе респондентов, отметивших опыт сексуализированного насилия выделено не было, в связи с чем эта группа (N=26) была рассмотрена более детально: Согласно данным методики ICAST-R, большая часть респондентов группы - 42,3% пережили сексуализированное насилие 1 или 2 раза, 30% более 10 раз становились жертвами насилия и 27% от 3 до 10 раз. При этом насилие совершалось в большинстве случаев (57,8%) в период подросткового возраста (от 14 до 17 лет), в 26,9% от 5 до 9 лет, 7,7% - от 10 до 17 лет и 3,9% от 5 до 13 и от 10 до 13 лет. В большинстве случаев насилие совершалось партнером мужского пола, друга или бывшего друга мужского пола, реже – незнакомым/малознакомым мужчиной, родственником мужского пола (отец, брат, дедушка), одноклассниками мужского пола, в двух случаях инициаторами СН были девочки-подростки (со слов респондента, они инициировали буллинг, частью которого было СН или имитация СН)/ В группе респондентов, переживших сексуализированное насилие только 4 человека никому не рассказывали о случившемся окружающим, большая часть респондентов (50%) получила поддержку от окружающих (семья, друзья, специалисты помогающих профессий), 15% респондентов не получили поддержки/помощи от окружения (по отношению к ситуации проявили безразличие, но поверили/признали, что это произошло), в случае 15,38% окружение не поверило в случившееся и не оказало поддержки/помощь, 1 респондента обвинили в том, что он сам «спровоцировал насилие» (поддержки/помощи не было). Важно отметить, что в данной выборке у всех респондентов отмечаются признаки поливиктимизации – помимо опыта

сексуализированного насилия отмечались также эпизоды физического и эмоционального насилия – в основном, длительного.

Обсуждение:

Данные, полученные в ходе исследования, позволяют предположить наличие связи между пережитым в детстве и подростковом возрасте физическим и эмоциональным насилием и неудовлетворенностью собственным телом. При этом вопреки нашим ожиданиям значимых связей показателей неудовлетворенности телом с сексуализированным и эмоциональным насилием выявлено не было, что противоречит данным ряда исследований, согласно которым, сексуальное насилие в детстве является фактором риска развития нарушений образа тела, поскольку подобные серьезные нарушения телесных границ оказывают стойкое воздействие на восприятие собственного тела.

Также было выявлено, что для лиц, переживших физическое и эмоциональное насилие могут быть характерны – низкий уровень самоуважения (что может проявляться в форме зависимости от оценок окружающих (особенно от негативных), низкой самооценки, низкой оценки своих достижений и способностей), аутосимпатии и самопонимания (антипатия по отношению к себе и собственной личности, сложности с принятием себя, слабо выраженное ощущение самоценности. Также в обеих группах наблюдалась прямая связь пережитого неблагоприятного опыта с самообвинением. При этом самообвинение более характерно для лиц, переживших эмоциональное насилие (о чем свидетельствует более сильная прямая связь между показателями).

Гипотеза о большей выраженности симптомов КПТСР у лиц, имеющих более тяжелый опыт насилия подтвердилась частично – в группе, где преобладали симптомы «КПТСР» средний балл по шкале эмоционального насилия выше, что соответствует выводам авторов каскадной модели КПТСР Marques-Feixa и др. (2023), согласно которым, именно эмоциональное насилие/пренебрежение способствовало развитию всех симптомов КПТСР.

При этом неудовлетворенность образом собственного тела сильнее выражена в группах «КПТСР» и «Нарушения Я» (в сравнении с группой без диагноза по методике MOT). У лиц, демонстрирующих симптомы «КПТСР» и «Нарушений Я» неудовлетворенность образом собственного тела выражена значительно сильнее, чем у группы без диагноза.

Можно также отметить, что в выделенной группе «Нарушения Я» средние результаты по шкале депрессии соответствуют показателям депрессии средней степени тяжести, в группе «КПТСР» – показателям тяжелой депрессии, что частично подтверждается данными других исследований, согласно которым при КПТСР выявляется депрессивная симптоматика.

Для семей респондентов, отметивших опыт эмоционального и физического насилия характерен более высокий уровень критики, запрет на выражение эмоций, предъявление ребенку завышенных требований и ожиданий, стремление демонстрировать внешнее благополучие. При этом фактор семейного перфекционизма имел значимую связь только с эмоциональным насилием. Что согласуется с данными, полученными рядом авторов, согласно которым дети, которые являются объектами родительского перфекционизма, сообщают, что их родители чрезмерно контролируют их, менее тепло и заботливо относятся к ним и особенно критичны, немногочисленные качественные исследования в этой области также указывают на то, что некоторые дети сообщают, что их родители сочетают недостаток теплоты с требовательностью к поддержанию уровня совершенства, и что это поддерживается за счет давления и критических высказываний.

Согласно данным исследования, для семей респондентов, демонстрирующих симптоматику КПТСР, наиболее характерен более высокий общий уровень семейных дисфункций, который проявляется в высоком уровне критики, игнорировании эмоций и запрете на их открытое выражение, недоверии к другим людям и стремлении скрывать проблемы семьи от окружающих – что говорит о том, что респонденты из данной группы были ограничены в получении поддержки как извне, так и от значимых взрослых, и что важно учитывать семейный контекст при работе с лицами с КПТСР.

Заключение:

В рамках данной работы были подтверждены данные о том, что именно эмоциональное насилие, пережитое в детстве и подростковом возрасте, связано с симптомами комплексного ПТСР во взрослом возрасте. Также результаты исследования показали, что опыт пережитого в детстве и подростковом возрасте физического насилия прямо связан с показателями неудовлетворенности образом собственного тела. Опыт физического и эмоционального насилия в детстве и подростковом возрасте имеет прямую связь с показателями выраженности

депрессивной симптоматики во взрослом возрасте, в также с выраженным суицидальным риском, при этом вопреки нашим ожиданиям связь данных показателей с опытом сексуального насилия выявить не удалось. Также была выявлена связь между показателями физического и эмоционального насилия с некоторыми шкалами опросника самоотношения, которая проявляется в низком уровне самоуважения, аутосимпатии и самопонимания и высоких показателях самообвинения.

Из трех изученных видов пережитого в детстве насилия именно эмоциональное по оценкам респондентов наиболее тесно связано с семейными дисфункциями, менее сильные, но также прямые связи выявлены при физическом насилии. При этом в группе с выраженной симптоматикой КПТСР отмечается наиболее высокий общий уровень семейных дисфункций, с преобладанием критики, внешнего благополучия и элиминирования эмоций. Наиболее деструктивная роль именно эмоционального насилия, когда ребенок часто слышит критику в свой адрес и жестокие слова (я тебя не люблю, лучше бы тебя не было) проявилась в тесной связи именно этого вида насилия с суицидальным риском в обследованной выборке.

В исследовании не было получено значимых корреляций показателей методик с баллом сексуализированного насилия. В качестве возможных причин таких результатов можно выделить: недостаточное количество респондентов в данной группе, другие виды насилия могли оказать большее влияние на состояние респондентов, большая часть группы (50%) получила поддержку от близких людей (даже от тех, кто ранее не поддерживал респондентов или сам был инициатором насилия), что могло оказать влияние на восприятие и переживание ими данного травматичного опыта.

Ограничения исследования:

1. Количество респондентов (133) могло оказаться недостаточным для нашего исследования, при расширении выборки связи между выделенными признаками могут оказаться более значимыми. В особенности это касается респондентов, отметивших опыт сексуального насилия (в нашей выборке таких респондентов было 26);
2. Для полноты результатов также необходимо исследовать влияние пола респондентов на степень выраженности показателей методик (в данном исследовании все участники исследования (N=133) были женского пола);
3. У респондентов, отметивших опыт сексуальных домогательств не удалось узнать, рассказывали ли они об этом кому-нибудь и какова была реакция на услышанное (данный вопрос не предусматривался опросником);
4. В нашем исследовании отсутствовала контрольная группа (лица, не имеющие опыта жестокого отношения в детстве и подростковом возрасте), что также могло повлиять на результаты.

Список литературы

1. Lowe, Roy. Childhood through the Ages// An Introduction to Early Childhood Studies edited by Trisha Maynard, Nigel Thomas. Londod: SAGE Publications Ltd., 2004. P. 65-74.
2. Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 607–619. DOI: 10.1016/j.chiabu.2006.12.018
3. Мамычева Д. И. Феномен детства в контексте современности: тенденции и перспективы развития // Известия вузов. СевероКавказский регион. Серия: Общественные науки. 2008. №1.
4. Cloitre, Marylene & Shevlin, Mark & Brewin, Christopher & Bisson, Jonathan & Roberts, Neil & Maercker, Andreas & Karatzias, Thanos & Hyland, Philip. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. DOI: 10.1111/acps.12956
5. Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., ... Roberts, N. P. (2017). Validation of posttraumatic stress disorder (PTSD) and Complex-PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Early View. DOI: 10.1111/acps.12771
6. Stadtmann, M. P., Maercker, A., Binder, J., & Schnepf, W. (2018). Proposed ICD-11 complex posttraumatic stress disorder, characteristics and symptoms of adults in an inpatient psychiatric setting: A descriptive study. *Journal of Clinical Investigation and Studies*. DOI:10.15761/JCIS.1000111
7. Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic

Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICDTQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187. DOI: 10.1016/j.jad.2016.09.032

8. Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., Keane, T. M., Rosen, R. C., & Friedman, M. J. (2015). ICD-11 Complex PTSD in U.S. National and veteran samples: Prevalence and structural associations with PTSD. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 215–229.

9. Murphy, S., Elklit, A., Dokkedahl, S., & Shevlin, M. (2016). Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 32678. DOI:10.3402/ejpt.v7.32678

10. Cloitre, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Hyland, P., Karatzias, T., Lueger-Schuster, B., et al. (2020). Evidence for the coherence and integrity of the complex PTSD (CPTSD) diagnosis: response to Achterhof, et al., (2019) and Ford (2020). *Eur. J. Psychotraumatol.* 11:1739873. DOI: 10.1080/20008198.2020.1739873

11. UK Psychological Trauma Society (2017). Guideline for the Treatment and Planning of Services for Complex Post-Traumatic Stress Disorder in Adults, eds M. McFetridge, A. Swan, S. Heke, T. Karatzias, N. Greenberg, N. Kitchiner, et al., Edinburgh: UK Psychological Trauma Society. DOI:10.13140/RG.2.2.14906.39365

12. Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399– 408. DOI: 10.1002/jts.20444

13. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

14. Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020). A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Noninstitutional Child Maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 828–843. DOI: 10.1177/1524838018801334

15. Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59, 359–372. DOI: 10.1007/s00038-013-0519-5

16. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T (2012) The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 9(11): e1001349. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349

17. Столин В.В. Самосознание личности. – М.: Издательство Московского университета, 1983. – 288.

18. Showers, Carolin & Zeigler-Hill, Virgil & McLean, Alicia. (2006). Self-Structure and Childhood Maltreatment: Successful Compartmentalization and the Struggle of Integration. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 25. DOI:10.1521/jscp.2006.25.5.473

19. Keshet, Hadar and Eva Gilboa-Schechtman. Symptoms and Beyond: Self-Concept Among Sexually Assaulted Women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 9 (2017): 545–552. DOI:10.1037/tra0000222

20. Lamoureux, Brittain E. et al. "Child sexual abuse and adulthood-interpersonal outcomes: Examining pathways for intervention." *Psychological trauma: theory, research, practice and policy* 4 6 (2012): 605–613. DOI:10.1037/a0026079

21. Vartanian, Lenny & Hayward, Lydia & Smyth, Joshua & Paxton, Susan & Touyz, Stephen. (2018). Risk and resiliency factors related to body dissatisfaction and disordered eating: The identity disruption model. *International Journal of Eating Disorders*. 51. DOI: 10.1002/eat.22835

22. Remigio-Baker, Rosemay & Hayes, Donald. (2014). Abstract P292: Adverse Childhood Events Are Linked To Cardiovascular and Lung Disease Among Women In Hawaii: The Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey, 2010. DOI: 10.1007/s00408-015-9777-8

23. Choi, Kristen & Briggs, Ernestine & Seng, Julia & Graham-Bermann, Sandra & Munro-Kramer, Michelle & Ford, Julian. (2017). Service Usage Typologies in a Clinical Sample of Trauma-Exposed Adolescents: A Latent Class Analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 10. DOI: 10.1037/tra0000340

24. Van Veen, T., Wardenaar, K. J., Carlier, I. V. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2013). Are childhood and adult life adversities differentially associated with specific symptom dimensions of depression and anxiety? Testing the tripartite model. *Journal of Affective Disorders*, 146(2), 238–245. DOI: 10.1016/j.jad.2012.09.011

25. Li, M., D'Arcy, C. and Meng, X. (2016) Maltreatment in Childhood Substantially Increases the Risk of Adult Depression and Anxiety in Prospective Cohort Studies: Systematic Review, Meta-Analysis, and Proportional Attributable Fractions. *Psychological Medicine*, 46, 717-730. DOI: 10.1017/S0033291715002743
26. Gibb, B.E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24. DOI: 10.1002/da.20238
27. Simon, N.M., Herlands, N., Marks, E.H., Mancini, C., Letamendi, A.M., Li, Z., Pollack, M.H., Van Ameringen, M., & Stein, M.B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26. DOI: 10.1002/da.20604
28. Iffland, B., Sansen, L., Cantani, C., & Neuner, F. (2012). The trauma of peer abuse: Effects of relational peer victimization and social anxiety disorder on physiological and affective reactions to social exclusion. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 1–9. DOI:10.3389/fpsy.2014.00026
29. Maercker A, Bernays F, Rohner SL, Thoma MV. A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors. *J Trauma Stress*. 2022 Apr;35(2):446-460. DOI: 10.1002/jts.22756
30. Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social Bonds and Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301-328. DOI: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085650
31. Ford, J. (2015). An affective cognitive neuroscience-based approach to PTSD psychotherapy: The TARGET model. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29(1), 68–91. DOI: 10.1891/0889-8391.29.1.68
32. Maercker, A., & Horn, A. B. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(6), 465–481. DOI: 10.1002/cpp.1805
33. Laia Marques-Feixa, Jorge Moya-Higueras, Soledad Romero, Pilar Santamarina-Pérez, Nerea San Martín-Gonzalez et al. Complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) of ICD-11 in youths with childhood maltreatment: Associations with age of exposure and clinical outcomes, *Journal of Affective Disorders*, v.332, 2023, Pages 92-104. DOI: 10.1016/j.jad.2023.03.088
34. 10(1),
35. Frewen, P., Zhu, J., & Lanius, R. (2019). Lifetime traumatic stressors and adverse childhood experiences uniquely predict concurrent PTSD, complex PTSD, and dissociative subtype of PTSD symptoms whereas recent adult non-traumatic stressors do not: results from an online survey study. *European journal of psychotraumatology*, 10(1). DOI: 10.1080/20008198.2019.1606625
36. Cloitre, M., Khan, C., Mackintosh, M. A., Garvert, D. W., Henn-Haase, C. M., Falvey, E. C., & Saito, J. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 11(1), 82–89. DOI: 10.1037/tra0000374
37. Frost, Rachel & Murphy, Jamie & Hyland, Philip & Shevlin, Mark & Hansen, Maj & Armour, Cherie & McCarthy, Angela & Cunningham, Twylla & McDonagh, Tracey. (2020). Revealing what is distinct by recognising what is common: distinguishing between complex PTSD and borderline personality disorder using bifactor modelling. *European Journal of Psychotraumatology*. 11. DOI: 10.1080/20008198.2020.1836864
38. Cyr G, Godbout N, Cloitre M, Bélanger C. Distinguishing among symptoms of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder in a community sample of women. *J Trauma Stress*. 2022;35(1):186–96. DOI: 10.1002/jts.22719
39. Cloitre, M., Garvert, D.W., Weiss, B., Carlson, E.B., & Bryant, R.A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25097. DOI: 10.3402/ejpt.v5.25097
40. Panayi, P., Berry, K., Sellwood, W., Campodonico, C., Bentall, R. P., & Varese, F. (2022). The Role and Clinical Correlates of Complex Post-traumatic Stress Disorder in People With Psychosis. *Frontiers in psychology*, 13, 791996. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.791996
41. Rose D.T., Abramson L.Y. Developmental predictors of depressive cognitive style: Research and theory. In: Cicchetti D, Toth S, editors. *Rochester Symposium of Developmental Psychopathology*. Vol. 4. University of Rochester Press; Rochester, NY: 1992. pp. 323–349.
42. Steinberg, J. A., Gibb, B. E., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2003). Child emotional maltreatment, cognitive vulnerability to depression, and self-referent information processing in

adulthood: Reciprocal relations. Journal of Cognitive Psychology, V.17(4). P.347-358. DOI:10.1891/088983903780905931

43. Sekowski, M., Gambin, M., Cudo, A., Wozniak-Prus, M., Penner, F., Fonagy, P., & Sharp, C. (2020). The relations between childhood maltreatment, shame, guilt, depression and suicidal ideation in inpatient adolescents. Journal of affective disorders. V.276. P.667-677. DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.056

44. Gambin, Małgorzata & Sharp, Carla. (2018). The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. Journal of Affective Disorders. V. 241. P. 381-387. DOI: 10.1016/j.jad.2018.08.068

45. Paul, Howard. (2014). Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2013). Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models. Child & Family Behavior Therapy. 36. P. 140-150. DOI:10.1080/07317107.2014.910734

46. Волкова Е.Н., Исаева О.М. Возможности опросника ICAST-R для диагностики пережитого насилия в российских условиях // Вестник Мининского университета. 2014. № 2.

47. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C.R., Bisson J.I., Roberts N.P., Maercker A., Hyland P. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2018. Vol. 138. P. 536-546. DOI: 10.1111/acps.12956

48. Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression //Archives of general psychiatry. - 1961. V.4. №. 6. P. 561-571.

49. Столин В.В., Пантеев С.Р. Опросник самооотношения / В кн.: Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы. Под ред. Бодалева А.А., Карлинской И.М., Столина В.В., Пантеева С.Р. - М., 1988. - С. 123-130.

50. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки // Психологический журнал. 2006. № 2. С. 40-48

51. Холмогорова А. Б., Воликова С. В., Сорокова М. Г. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - Т. 24, № 4. - С. 97-125.

References

1. Lowe, Roy. Childhood through the Ages// An Introduction to Early Childhood Studies edited by Trisha Maynard, Nigel Thomas. Londod: SAGE Publications Ltd., 2004. P. 65-74.

2. Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. Child Abuse & Neglect, 32(6), 607-619. DOI: 10.1016/j.chiabu.2006.12.018

3. Mamychева D. I. The phenomenon of childhood in the context of modernity: trends and prospects of development // News of universities. The North Caucasus region. Series: Social Sciences. 2008. №1.

4. Cloitre, Marylene & Shevlin, Mark & Brewin, Christopher & Bisson, Jonathan & Roberts, Neil & Maercker, Andreas & Karatzias, Thanos & Hyland, Philip. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. Acta Psychiatrica Scandinavica. DOI: 10.1111/acps.12956

5. Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., ... Roberts, N. P. (2017). Validation of posttraumatic stress disorder (PTSD) and Complex-PTSD using the International Trauma Questionnaire. Acta Psychiatrica Scandinavica Early View. DOI: 10.1111/acps.12771

6. Stadtmann, M. P., Maercker, A., Binder, J., & Schnepf, W. (2018). Proposed ICD-11 complex posttraumatic stress disorder, characteristics and symptoms of adults in an inpatient psychiatric setting: A descriptive study. Journal of Clinical Investigation and Studies. DOI:10.15761/JCIS.1000111

7. Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICDTQ). Journal of Affective Disorders, 207, 181-187. DOI: 10.1016/j.jad.2016.09.032

8. Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., Keane, T. M., Rosen, R. C., & Friedman, M. J. (2015). ICD-11 Complex PTSD in U.S. National and veteran samples: Prevalence and structural associations with PTSD. Clinical Psychological Science, 3(2), 215-229.

8. Murphy, S., Elklit, A., Dokkedahl, S., & Shevlin, M. (2016). Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 32678. DOI:10.3402/ejpt.v7.32678
10. Cloitre, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Hyland, P., Karatzias, T., Lueger-Schuster, B., et al. (2020). Evidence for the coherence and integrity of the complex PTSD (CPTSD) diagnosis: response to Achterhof, et al., (2019) and Ford (2020). *Eur. J. Psychotraumatol.* 11:1739873. DOI: 10.1080/20008198.2020.1739873
11. UK Psychological Trauma Society (2017). Guideline for the Treatment and Planning of Services for Complex Post-Traumatic Stress Disorder in Adults, eds M. McFetridge, A. Swan, S. Heke, T. Karatzias, N. Greenberg, N. Kitchiner, et al., Edinburgh: UK Psychological Trauma Society. DOI:10.13140/RG.2.2.14906.39365
12. Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399– 408. DOI: 10.1002/jts.20444
13. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
14. Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020). A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Noninstitutional Child Maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 828-843. DOI: 10.1177/1524838018801334
15. Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59, 359– 372. DOI: 10.1007/s00038-013-0519-5
16. of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 9(11): e1001349. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349
17. Stolin V.V. Samosoznanie lichnosti. Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1983. 284 p. (In Russ.).
18. Showers, Carolin & Zeigler-Hill, Virgil & McLean, Alicia. (2006). Self-Structure and Childhood Maltreatment: Successful Compartmentalization and the Struggle of Integration. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 25. DOI:10.1521/jscp.2006.25.5.473
19. Keshet, Hadar and Eva Gilboa-Schechtman. Symptoms and Beyond: Self-Concept Among Sexually Assaulted Women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 9 (2017): 545–552. DOI:10.1037/tra0000222
20. Lamoureux, Brittain E. et al. "Child sexual abuse and adulthood-interpersonal outcomes: Examining pathways for intervention." *Psychological trauma: theory, research, practice and policy* 4 6 (2012): 605-613. DOI:10.1037/a0026079
21. Vartanian, Lenny & Hayward, Lydia & Smyth, Joshua & Paxton, Susan & Touyz, Stephen. (2018). Risk and resiliency factors related to body dissatisfaction and disordered eating: The identity disruption model. *International Journal of Eating Disorders*. 51. DOI: 10.1002/eat.22835
22. Remigio-Baker, Rosemay & Hayes, Donald. (2014). Abstract P292: Adverse Childhood Events Are Linked To Cardiovascular and Lung Disease Among Women In Hawaii: The Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey, 2010. DOI: 10.1007/s00408-015-9777-8
23. Choi, Kristen & Briggs, Ernestine & Seng, Julia & Graham-Bermann, Sandra & Munro-Kramer, Michelle & Ford, Julian. (2017). Service Usage Typologies in a Clinical Sample of Trauma-Exposed Adolescents: A Latent Class Analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.10. DOI: 10.1037/tra0000340
24. Van Veen, T., Wardenaar, K. J., Carlier, I. V. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2013). Are childhood and adult life adversities differentially associated with specific symptom dimensions of depression and anxiety? Testing the tripartite model. *Journal of Affective Disorders*, 146(2), 238–245. DOI: 10.1016/j.jad.2012.09.011
25. Li, M., D'Arcy, C. and Meng, X. (2016) Maltreatment in Childhood Substantially Increases the Risk of Adult Depression and Anxiety in Prospective Cohort Studies: Systematic Review, Meta-Analysis, and Proportional Attributable Fractions. *Psychological Medicine*, 46, 717-730. DOI: 10.1017/S0033291715002743
26. Gibb, B.E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24. DOI: 10.1002/da.20238

27. Simon, N.M., Herlands, N., Marks, E.H., Mancini, C., Letamendi, A.M., Li, Z., Pollack, M.H., Van Ameringen, M., & Stein, M.B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26. DOI: 10.1002/da.20604
28. Iffland, B., Sansen, L., Cantani, C., & Neuner, F. (2012). The trauma of peer abuse: Effects of relational peer victimization and social anxiety disorder on physiological and affective reactions to social exclusion. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 1–9. DOI:10.3389/fpsy.2014.00026
29. Maercker A, Bernays F, Rohner SL, Thoma MV. A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors. *J Trauma Stress*. 2022 Apr; 35(2):446-460. DOI: 10.1002/jts.22756
30. Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social Bonds and Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301-328. DOI: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085650
31. Ford, J. (2015). An affective cognitive neuroscience-based approach to PTSD psychotherapy: The TARGET model. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29(1), 68–91. DOI: 10.1891/0889-8391.29.1.68
32. Maercker, A., & Horn, A. B. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(6), 465–481. DOI: 10.1002/cpp.1805
33. Laia Marques-Feixa, Jorge Moya-Higueras, Soledad Romero, Pilar Santamarina-Pérez, Nerea San Martín-Gonzalez et al. Complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) of ICD-11 in youths with childhood maltreatment: Associations with age of exposure and clinical outcomes, *Journal of Affective Disorders*, v.332, 2023, P.92-104. DOI: 10.1016/j.jad.2023.03.088
34. Frewen, P., Zhu, J., & Lanius, R. (2019). Lifetime traumatic stressors and adverse childhood experiences uniquely predict concurrent PTSD, complex PTSD, and dissociative subtype of PTSD symptoms whereas recent adult non-traumatic stressors do not: results from an online survey study. *European journal of psychotraumatology*, 10(1). DOI: 10.1080/20008198.2019.1606625
35. Cloitre, M., Khan, C., Mackintosh, M. A., Garvert, D. W., Henn-Haase, C. M., Falvey, E. C., & Saito, J. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 11(1), 82–89. DOI: 10.1037/tra0000374
36. Frost, Rachel & Murphy, Jamie & Hyland, Philip & Shevlin, Mark & Hansen, Maj & Armour, Cherie & McCarthy, Angela & Cunningham, Twylla & McDonagh, Tracey. (2020). Revealing what is distinct by recognising what is common: distinguishing between complex PTSD and borderline personality disorder using bifactor modelling. *European Journal of Psychotraumatology*. 11. DOI: 10.1080/20008198.2020.1836864
37. Cyr G, Godbout N, Cloitre M, Bélanger C. Distinguishing among symptoms of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder in a community sample of women. *J Trauma Stress*. 2022;35(1):186–96. DOI: 10.1002/jts.22719
38. Cloitre, M., Garvert, D.W., Weiss, B., Carlson, E.B., & Bryant, R.A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25097. DOI: 10.3402/ejpt.v5.25097
39. Panayi, P., Berry, K., Sellwood, W., Campodonico, C., Bentall, R. P., & Varese, F. (2022). The Role and Clinical Correlates of Complex Post-traumatic Stress Disorder in People With Psychosis. *Frontiers in psychology*, 13, 791996. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.791996
40. Rose D.T., Abramson L.Y. Developmental predictors of depressive cognitive style: Research and theory. In: Cicchetti D, Toth S, editors. *Rochester Symposium of Developmental Psychopathology*. Vol. 4. University of Rochester Press; Rochester, NY: 1992. pp. 323–349.
41. Steinberg, J. A., Gibb, B. E., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2003). Child emotional maltreatment, cognitive vulnerability to depression, and self-referent information processing in adulthood: Reciprocal relations. *Journal of Cognitive Psychology*, V.17(4). P.347-358. DOI:10.1891/088983903780905931
42. Sekowski, M., Gambin, M., Cudo, A., Wozniak-Prus, M., Penner, F., Fonagy, P., & Sharp, C. (2020). The relations between childhood maltreatment, shame, guilt, depression and suicidal ideation in inpatient adolescents. *Journal of affective disorders*. V.276. P.667–677. DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.056
43. Gambin, Małgorzata & Sharp, Carla. (2018). The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*. V. 241. P. 381–387. DOI: 10.1016/j.jad.2018.08.068

44. Paul, Howard. (2014). Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2013). Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models. Child & Family Behavior Therapy. 36. P. 140-150. DOI:10.1080/07317107.2014.910734
45. Volkova E.N., Isaeva O.M. Vozmozhnosti oprosnika ICAST-R dlya diagnostiki perezhitogo nasiliya v Rossiiskikh usloviyakh [Elektronnyi resurs] [Opportunities of the ICAST-R questionnaire for diagnosing experienced violence in the Russian context]. Vestnik Mininskogo universiteta = Herald of the Minin University, 2014, no. 2. URL: <https://vestnik.mininuniver.ru/jour/article/view/467> (Accessed 03.06.2020). (In Russ.).
46. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C.R., Bisson J.I., Roberts N.P., Maercker A., Hyland P. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2018. Vol. 138. P. 536–546. DOI: 10.1111/acps.12956
47. Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression //Archives of general psychiatry. – 1961. V.4. №. 6. P. 561-571.
48. Stolin V.V., Pantileev S.R. Oprosnik samootnosheniya [Attitude to Self-Questionnaire]. In Praktikum po psikhodiagnostike: Psikhodiagnosticheskie materialy [Psychodiagnostics practice module: Methods]. Moscow: Publ. of MSU, 1988, pp. 123–130. (In Russ.)
49. Skugarevsky O.A., Sivukha S.V. Self-body image: development of a tool for assessment. Psychological Journal, 2006, no 2, pp. 40-48.
50. Kholmogorova A.B., Volikova S.V., Sorokova M.G. Standardization of the Test «Family Emotional Communication». Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24, no. 4, pp. 97–125. doi: 10.17759/cpp20162404005. (In Russ., abstr. in Engl.)

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SEVERITY OF VIOLENCE EXPERIENCED IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE AND THE SYMPTOMS OF COMPLEX POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND SELF-ATTITUDE IN ADULTS.

Lobanova M.I., Kholmogorova A.B. (Moscow, Russia)

Abstract. Complex post-traumatic stress disorder is a condition that can occur in response to one or more highly stressful experiences, often prolonged or recurrent, which the individual finds difficult or impossible to escape from. Exposure to various forms of abuse during childhood and adolescence significantly increases the risk of developing a range of psychological conditions, including depression, anxiety, self-esteem disorders, post-traumatic stress disorder, and other mental health issues. The aim of this study was to investigate the relationship between different types of childhood trauma, the manifestation of symptoms of PTSD, and the characteristics of adult self-perception. The study involved a sample of 133 participants who were members of online self-help groups.

Materials and Methods: ICAST-R (developed by Michael P. Dunne et al., 2006, translated and adapted for use by E.N. Volkova), the International Trauma Questionnaire (ITQ), as adapted by M. A. Padun et al. (2022) based on the work of Cloitre (2018), the Self-Attitude Questionnaire developed by V.V. Stolin and S.R. Pantileev (1985) and the Body Image Questionnaire created by Skugarevsky and Sivukha (2006). To investigate the impact of childhood experiences of violence on adult body dissatisfaction and negative self-perception, the study also employed a questionnaire on family emotional communication developed by Kholmogorova and Volikova (2017), as well as the Beck Depression Inventory, adapted by N. V. Tarabrina based on the original work of Beck (1961).

Results: among the two types of childhood trauma discussed in this study, emotional trauma has the strongest and most significant association with body image issues and low self-esteem in adulthood. While physical trauma also has significant associations, these are less pronounced. The negative effects of emotional trauma are particularly evident through its close link with post-traumatic stress symptoms. Conversely, emotional abuse in childhood has a highly significant, although moderate, connection with family communication dysfunction, characterized by excessive parental criticism.

Key words: complex post-traumatic stress disorder (PTSD), self-attitude, body image, emotional abuse, physical abuse, maltreatment.

For citation

Lobanova M.I., Kholmogorova A.B. Relationship between the severity of violence experienced in childhood and adolescence with symptoms of complex post-traumatic stress disorder and self-attitude in adults // Medical psychology in Russia: network scientific. Journal – 2024. – Т. 16, No. 2(83). – P. 2. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm. yyyy).

Дата принятия 01.04.2024.

Accepted for publication 01.04.2024.for all articles № 2(83) 2024