

Роль социальных факторов в развитии самоповреждающего поведения¹

Н. А. Польская, кандидат философских наук, Саратовский государственный университет им. Н. Г. Чернышевского, polskayana@yandex.ru

В статье обсуждается влияние социальных факторов на развитие самоповреждающего поведения. Осуществляется краткий обзор исследований по данной проблеме. Излагаются результаты анкетного опроса подростков и молодых людей (N=255), направленного на определение фактов самоповреждения, семейного неблагополучия, девиантной социализации и психологической травматизации. В качестве гипотезы выдвигается предположение относительно влияния на развитие самоповреждающего поведения маркеров семейного неблагополучия, девиантной социализации и психологической травматизации. На основе статистического анализа (частотные таблицы и коэффициент сопряженности) определяется частота проявлений исследуемых показателей в совокупной выборке, описываются некоторые результаты по частным выборкам и коэффициент сопряженности показателей. Вывод: связь между актами самоповреждения и маркерами семейного неблагополучия, девиантной социализации и психологической травматизации существует, но сила связи слабая. Соответственно, акты самоповреждения следует рассматривать как ситуативно обусловленные практики, связанные с общим контекстом социального поведения подростков.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, семейное неблагополучие, психологическая травматизация, девиантная социализация, подростки.

Постановка проблемы

Самоповреждающее поведение – это поведение, связанное с намеренным причинением себе физического вреда; это сознательное повреждение тканей и органов собственного тела [1]. К наиболее распространенным актам самоповреждения относят самопорезы, самоожоги, расчесывание кожи, сковыривание болячек, выдергивание волос, удары по собственному телу и удары о твердые поверхности [2].

Распространенность подобных действий в неклинической популяции достаточно широка [10]; [11]. Так, в исследовании Энн Лаурель (Ann Laurel), Я переставил проведенном на студенческой выборке, были обнаружены высокие показатели прямого и косвенного самоповреждения (под прямым подразумевались самоповреждения, связанные с повреждением тела, за исключением санкционированных обществом; под косвенным – рискованность, неосторожность,

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке РФНФ (грант №10-06-00511а).

неумение заботиться о себе, злоупотребление токсичными веществами). Разнообразие способов самоповреждения увеличивалось при возрастании тяжести травмы и посттравматического расстройства [10]. Автором было определено, что низкие показатели травматизации достоверно предсказывают, в какой степени практикуется косвенное самоповреждение; с высокими показателями травматизации коррелировали показатели непосредственного самоповреждения [10].

Самоповреждающее поведение понимается как социально неодобряемое поведение, связанное с преднамеренным нанесением себе телесных повреждений, однако не имеющее суицидальной направленности. В качестве основных признаков данного типа поведения определяют: 1) преднамеренный (сознательный) характер; 2) отсутствие суицидальных намерений; 3) самостоятельное причинение себе повреждений; 4) элемент физического насилия; 5) привычный характер [1].

Степень влияния социальных факторов на развитие самоповреждающего поведения обсуждается многими исследователями. Разные формы социального неблагополучия: от ранней депривации до нарушений социальной адаптации на ранних этапах развития – оцениваются как условия, способствующие закреплению модели самоповреждающего поведения.

В качестве наиболее типичных социальных предикторов самоповреждения определяется психотравмирующий опыт, связанный с насилием [3]; [4], [6]; [7]; [20]; [16]; [21]; [15], [12], семейное неблагополучие, факты самоповреждения в дружеском и семейном окружении [8], раннее приобщение к курению [13], употребление психоактивных веществ [8]; [17]; [14], участие в неформальных подростковых группах асоциальной направленности, пребывание в местах заключения [18].

К социальным факторам риска самоповреждающего поведения относится и бездомность [3]. Бездомность, отягощенная предшествующим домашним насилием, девиантное окружение и высокая частота различных форм насилия, связанная с жизнью на улице, приводят бездомных подростков к реализации стратегий самоповреждения [19]. Переживание сокрушительных эмоций вследствие воздействия стрессогенных событий собственной жизни побуждает бездомных осуществлять самоповреждения; в других случаях самоповреждения оказываются способом самонаказания или причинения себе боли [19].

Большой объем научных публикаций по данному направлению характеризуется наличием однотипных статей, дублирующих друг друга, и противоречивыми результатами. Например, центральную роль в развитии самоповреждающего поведения многие исследователи отводят сексуальной травме. В частности, в результате оценки отдаленных последствий сексуального насилия над детьми, совершенного женщинами, самоповреждающее поведение определяется наряду с такими последствиями, как наркомания, суицид, депрессия, чувство гнева, напряженные отношения с женщинами, проблемы самоидентификации [5].

С другой стороны, существует мнение, что значимость и сила связи детского сексуального насилия и последующего самоповреждающего поведения преувеличена. Так, результаты метаанализа, проведенного Е.Клонски и А.Мойером (Е.Klonsky, А.Moyer) приводят исследователей к выводу, что теория относительно

центральной или каузальной роли детской сексуальной травмы в развитии самоповреждающего поведения не подкреплена имеющимися эмпирическими доказательствами [9].

Исходя из вышесказанного, мы провели исследование с целью верификации факторов социального неблагополучия, связанных с развитием самоповреждающего поведения. В качестве гипотезы было выдвинуто предположение о влиянии на развитие самоповреждающего поведения фактов семейного неблагополучия, девиантной социализации и психологической травматизации.

Описание исследования

Совокупная исследовательская выборка составила 255 респондентов, из них 85 – жен., 170 – муж.; средний возраст – $16,9 \pm 2,4$ лет.

В табл. 1 представлены группы респондентов, включенных в исследование: 1) учащиеся старших классов общеобразовательных школ ($n=72$); 2) молодые люди, занимающиеся экстремальными видами спорта ($n=30$); 3) подростки-инвалиды (без психических нарушений) ($n=32$); 4) подростки и юноши, находящиеся в местах лишения свободы ($n=40$); 5) подростки, пережившие насилие ($n=15$); 6) подростки – участники неформальных молодежных групп («эмо») ($n=21$); 7) девиантные подростки, стоящие на учете в милиции по поводу совершения правонарушений ($n=45$).

Таблица 1. Частотное распределение выборки

Группы респондентов	Частота	Процент
молодые люди, занимающиеся экстремальными видами спорта	30	11,8
подростки и юноши, находящиеся в местах лишения свободы	40	15,7
подростки-инвалиды	32	12,6
подростки – участники неформальных молодежных групп («эмо»)	21	8,2
подростки, пережившие насилие	15	5,9
девиантные подростки	45	17,6

	учащиеся старших классов	72	28,2
	Итого	255	100,0

В качестве маркеров социального неблагополучия были выбраны следующие:

- 1) **семейное неблагополучие:** а) проживание с одним из родителей; б) алкоголизм одного или обоих родителей; в) конфликтные взаимоотношения между родителями; г) конфликтные взаимоотношения с родителями; д) тюремное заключение одного или обоих родителей; е) развод родителей; ж) физические наказания со стороны родителей;
- 2) **психотравмирующий опыт:** а) сексуальное насилие; б) физическое насилие; в) тяжелая болезнь (собственная или близкого человека); г) смерть близкого человека; д) катастрофы, аварии, пожары и другие бедствия;
- 3) **девиантная социализация:** а) курение; б) употребление алкоголя; в) употребление наркотических веществ; г) участие в групповых нападениях; д) побег из дома; е) проблемы с правоохранительными органами.

В качестве маркеров *самоповреждающего поведения* были выбраны: а) факты конкретных самоповреждений (самопорезы, самоожоги, самоудары и др.); б) наличие татуировок, пирсинга и специально сделанных шрамов.

Для оценки данных показателей были разработаны три анкеты (на основе дихотомической шкалы «да/нет»: анкета, направленная на выявление фактов самоповреждения (18 утверждений); анкета, направленная на выявление фактов девиантной социализации (28 утверждений), и анкета, направленная на выявление фактов психологической травматизации (18 утверждений).

Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета SPSS-14 for Windows и включала в себя частоты и таблицы сопряженности.

Результаты исследования

В табл. 2 отражена частота актов самоповреждения, которая составила от 14,5% до 32% в совокупной выборке.

Таблица 2. Частота актов самоповреждения

Акты самоповреждения	Положительные ответы
----------------------	----------------------

	N=255	Процент %
Самопорезы	46	18,0
Выдергивание волос	46	18,0
Самоудары о твердые поверхности	84	32,9
Самоожоги	39	15,3
Препятствие заживлению ран	59	23,1
Удары по собственному телу	55	21,6
Расчесывание кожи до крови	67	26,3
Наличие татуировок, пирсинга	57	22,4
Наличие специально сделанных шрамов	37	14,5

Наибольшее число респондентов в данном случае выбрали пункты «самоудары о твердые поверхности» (32,9%), «расчесывание кожи до крови» (26,3%) и «препятствие заживлению ран» (23,1%). 22,4% выборки отметили, что имеют татуировки или пирсинг. Что касается распределения выборов по группам, то наиболее высокая частота самоповреждений была указана в группе «эмо»: от 9,5% до 28,6% респондентов (n=21) ответили утвердительно на вопросы, касающиеся осуществления актов самоповреждения.

Результаты по показателям семейного неблагополучия отражены в табл. 3.

Таблица 3. Маркеры семейного неблагополучия

Маркеры семейного неблагополучия	Положительные ответы	
	N=255	Процент %

проживание с одним из родителей	84	32,9
алкоголизация или наркотизация одного или обоих родителей	52	20,4
конфликтные взаимоотношения между родителями	49	19,2
конфликтные взаимоотношения с родителями	99	38,8
физические наказания со стороны родителей	33	12,9
тюремное заключение одного или обоих родителей	21	8,2
развод родителей	87	34,1

В совокупной выборке на первое место выступают «конфликтные взаимоотношения с родителями» (38,8%), «развод родителей» (34,1%), «проживание с одним из родителей» (32,9%). На злоупотребление алкоголем родителями указали 20,4% выборки, а физическим наказаниям со стороны родителей подвергались 12,9% респондентов.

Наиболее высокая интенсивность физических наказаний была выявлена в группе подростков, находящихся на момент проведения исследования в кризисном центре (отделение оказания помощи пострадавшим от насилия): 6 (40%) из 15 респондентов утвердительно ответили на пункт «били родители». На втором месте оказались подростки-инвалиды: 7 (21,9%) из 32 подростков также утвердительно ответили на этот пункт.

В табл. 4 представлено частотное распределение положительных выборов по выделенным маркерам психологической травматизации. Наибольший интерес для нас представляли ответы по пунктам, касающимся сексуального и физического насилия и собственной тяжелой болезни.

Таблица 4. Маркеры психологической травматизации

Маркеры психологической травматизации	Положительные ответы	
	N=255	Процент %

сексуальное насилие	21	8,2
физическое насилие	70	27,5
тяжелая болезнь	30	11,8
тяжелая болезнь близкого человека	45	17,6
смерть близкого человека	111	43,5
катастрофы, аварии, пожары и другие бедствия	47	18,4

На сексуальное насилие указал 21 респондент (8,2%), на физическое насилие – 70 (27,5%); утвердительный ответ по пункту «тяжелая болезнь» выбрали 30 респондентов (11,8%). Основная часть утвердительных ответов по пункту «сексуальное насилие» пришлась на группу подростков, переживших насилие: 15 утвердительных ответов (в выборке из 15 респондентов). Остальные 6 выборов распределились по одному в каждой группе.

Девиантная социализация, связываемая нами с такими показателями, как курение, употребление алкоголя, опыт употребления наркотических веществ, участие в групповых нападениях, побеги из дома и проблемы с правоохранительными органами, отражена в табл. 5.

Таблица 5. Маркеры девиантной социализации

Маркеры девиантной социализации	Положительные ответы	
	N=255	Процент %
курение	132	51,8
употребление алкоголя	60	23,5
личный опыт употребления наркотиков	48	18,8
участие в групповых нападениях	50	19,6

побеги из дома	59	23,1
проблемы с правоохранительными органами	108	42,4

Курение (51,8%), проблемы с правоохранительными органами (42,4%) и употребление алкоголя (23,5%) – оказались наиболее частыми выборами; побеги из дома указали 59 респондентов (23,1%), личный опыт употребления наркотических веществ отметили 48 (18,8%), участие в групповых нападениях – 50 (19,6%). Наиболее высокая интенсивность положительных выборов по маркерам девиантной социализации пришлась на группы девиантных подростков, осужденных подростков, «экстремалов» и школьников.

Для оценки взаимосвязи выделенных маркеров с фактами самоповреждения использовался коэффициент сопряженности. Результаты значений и уровень значимости представлен в табл. 6. Представленные значения показывают, что при высоком уровне значимости, сами взаимосвязи являются статистически слабыми. Оценка взаимосвязи этих переменных отдельно в каждой выборке показала, что по отдельным переменным определяется более высокая сила связи.

Таблица 6. Коэффициент сопряженности актов самоповреждения и показателей социального неблагополучия

		Значение	Прибл. значимость
Маркеры семейного неблагополучия			
алкоголизация или наркотизация одного или обоих родителей	самопорезы	0,13	0,04
	самоудары о твердые поверхности	0,16	0,009
	препятствие заживлению ран	0,16	0,01
	удары по собственному телу	0,2	0,001
конфликтные взаимоотношения между родителями	самопорезы	0,15	0,01
	препятствие заживлению ран	0,13	0,03
конфликтные взаимоотношения	самопорезы	0,15	0,02

с родителями	самоожоги	0,15	0,01
	препятствие заживлению ран	0,21	0,001
	удары по собственному телу	0,2	0,001
физические наказания со стороны родителей	самопорезы	0,15	0,01
	выдергивание волос	0,15	0,01
	препятствие заживлению ран	0,17	0,005
	удары по собственному телу	0,17	0,008
Маркеры психологической травматизации			
сексуальное насилие	самопорезы	0,16	0,01
	выдергивание волос	0,13	0,04
	расчесывание кожи до крови	0,13	0,04
психологическое давление	самопорезы	0,23	0,000
	выдергивание волос	0,15	0,01
	самоудары о твердые поверхности	0,15	0,02
	самоожоги	0,17	0,007
	препятствие заживлению ран	0,23	0,000
	удары по собственному телу	0,23	0,000
	расчесывание кожи до крови	0,14	0,03
физическое насилие	самопорезы	0,21	0,001
	самоудары о твердые поверхности	0,18	0,003
	самоожоги	0,31	0,001
	препятствие заживлению ран	0,22	0,001
	расчесывание кожи до крови	0,13	0,04
	удары по собственному телу	0,21	0,001

тяжелая болезнь	самопорезы	0,14	0,02
	препятствие заживлению ран	0,25	0,000
	удары по собственному телу	0,27	0,001
смерть близкого человека	самоудары о твердые поверхности	0,16	0,11
	расчесывание кожи до крови	0,17	0,005
катастрофы, аварии и другие бедствия	самопорезы	0,23	0,000
	препятствие заживлению ран	0,26	0,001
Маркеры девиантной социализации			
употребление алкоголя	самопорезы	0,14	0,03
	самоудары о твердые поверхности	0,15	0,02
	самоожоги	0,17	0,005
	препятствие заживлению ран	0,16	0,008
личный опыт употребления наркотиков	самоожоги	0,13	0,04
	расчесывание кожи до крови	0,15	0,01
	удары по собственному телу	0,14	0,03
участие в групповых нападениях	самопорезы	0,15	0,01
	самоожоги	0,15	0,02
побеги из дома	самопорезы	0,19	0,02
	самоожоги	0,24	0,001
	расчесывание кожи до крови	0,13	0,04
	удары по собственному телу	0,14	0,03

Например, в группе подростков, пострадавших от насилия, акты самоповреждения коррелируют с такими психологически травматичными событиями, как «смерть близкого человека» (коэффициент сопряженности 0,55, при $p=0,01$); «тюремное заключение близкого человека» (0,56, при $p=0,008$); «тяжелая болезнь близкого человека» (0,55, $p=0,01$). Усиливается и связь показателей семейного неблагополучия с актами самоповреждения, при рассмотрении в каждой группе отдельно. Например, в группе «эмо» определяются достаточно сильные связи между самоповреждениями и такими показателями, как «частые конфликты с родителями» (0,53, $p=0,005$); «развод родителей» (0,46, $p=0,019$); «разлука с близким человеком» (0,56, $p=0,002$); «побеги из дома» (0,49, $p=0,01$).

Выводы

Полученные результаты подтверждают связь между актами самоповреждения и показателями семейного неблагополучия, девиантной социализации и психологической травматизации. Однако низкий уровень значений корреляции в совокупной выборке не позволяет утверждать, что вышеперечисленные маркеры играют определяющую роль в развитии самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте.

Оценка этих взаимосвязей отдельно по группам позволила получить более высокие значения связи между показателями. В отдельных группах интенсивность актов самоповреждения более высокая (например, в группе «эмо»), тогда как в других группах частота утвердительных ответов, касающихся самоповреждения, достаточно низкая (например, в группе подростков-школьников). Эти данные являются показателем важной роли социального контекста в развитии самоповреждающего поведения.

Субкультурная доминанта, объединяющая каждую из семи групп, оказывает влияние на частоту утвердительных выборов почти по всем вопросам анкет. Поэтому, когда речь идет о влиянии социальных факторов на развитие самоповреждающего поведения, следует учитывать социальную специфику исследуемой группы. В некоторых молодежных субкультурах аутоагрессивные формы поведения являются поощряемыми, как, например, в субкультуре эмо самоповреждения – это способ выражения чувств, в субкультуре подростков-экстремалов самоповреждение – это способ испытания себя, напрямую связанный с поведением повышенного риска.

Таким образом, акты самоповреждения в исследуемой выборке подростков и юношей носят ситуативный характер, связанный с общим контекстом их социального поведения. Тем не менее, социальное неблагополучие является питательной почвой для развития различных деструктивных и аутодеструктивных особенностей поведения, и, с этой точки зрения, акты самоповреждения могут оказаться социальной практикой, которая является вполне приемлемой формой поведения в неблагоприятной ситуации.

Литература

1. *Польская Н.А.* Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения (по материалам исследований) // Психологический журнал. 2009. Том 30. №1.
2. *Польская Н.А.* Самоповреждающее поведение в клинической практике // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени Бехтерева. 2011. №2.
3. *Ayerst S. L.* Depression and stress in street youth // Adolescence. 1999. Vol. 34.
4. *Deiter P.J., Nicholls S.S., Pearlman L.A.* Self-injury and self capacities: Assisting an individual in crisis // Journal of Clinical Psychology. 2000. V. 56. №9.
5. *Denov M. S.* The Long-Term Effects of Child Sexual Abuse by Female Perpetrators: A Qualitative Study of Male and Female Victims // Journal Of Interpersonal Violence. 2004. Vol. 19. №. 10.
6. *Gratz K.L.* Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity // American Journal of Orthopsychiatry. 2006. V. 76. № 2.
7. *Gratz K.L., Chapman A.L.* The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male under-graduates // Psychology of Men and Masculinity. 2007. V. 8. №1.
8. *Hawton K., Rodham K., Evans E., Weatherall R.* Deliberate self harm in adolescents: self-report survey in schools in England // BMJ. 2002. V. 325.
9. *Klonsky E.D., Moyer A.* Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis// The British Journal of Psychiatry. 2008. Vol.192. №3.
10. *Laurel A. A.* The functions of self-injury and its link to traumatic events in college students. Electronic Doctoral Dissertations for UMass Amherst. 1999.
<http://scholarworks.umass.edu/dissertations/AAI9932285>
11. *Laye-Gindhu A., Schonert-Reichl K.A.* Non-suicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm // Journal of Youth Adolescence. 2005. Vol. 34.
12. *Low G., Jones D., MacLeod A., Power M., Duggan C.* Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study // British Journal of Medical Psychology. 2000. Vol. 73.
13. *O'Connor R. C., Rasmussen S.* Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland // The British Journal of Psychiatry. 2009. Vol. 194.
14. *Oyefeso A., Brown S., Chiang Y., Clancy C.* Self-injurious behaviour, traumatic life events and alexithymia among treatment-seeking opiate addicts: prevalence, pattern and correlates // Drug and Alcohol Dependence. 2008. Vol. 98. № 3.
15. *Paul T., Schroeter K., Dahme B., Nutzinger D.O.* Self-Injurious Behavior in Women With Eating Disorders // The American Journal of Psychiatry. 2002. Vol. 159.

16. *Sansone R.A., Chu J., Wiederman M.W.* Self-inflicted bodily harm among victims of intimate-partner violence // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2007. V. 14. № 5.
17. *Solano R., Fernández-Aranda F., Aitken A. et al.* Self-injurious behaviour in people with eating disorders // *European Eating Disorders Review*. 2005. V. 13. № 1.
18. *Toshihiko M., Yamaguchi A., Chiba Y., Asami T., Iseki E., Hirayasu Y.* Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation: A preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005. Vol. 59.
19. *Tyler K., Whitbeck L., Hoyt D., Johnson K.* Self-mutilation and homeless youth: The role of family abuse, street experiences, and mental disorders // *Journal of Research on Adolescence*. 2003. Vol. 13.
20. *Van der Kolk B.A., Perry J.C., Herman J.L.* Childhood origins of self-destructive behavior // *The American Journal of Psychiatry*. 1991. V. 148.
21. *Zlotnick C., Shea M.T., Pearlstein T. et al.* The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation // *Comprehensive Psychiatry*. 1996. V. 37.

The role of social factors in the development of self-injurious behavior

*N.A. Pol'skaya, PhD in Philosophy, Saratov State University named after N.G.Chernyshevskiy,
polskayana@yandex.ru*

The article dwells upon the influence of social factors on the development of self-injurious behavior. Research on the problem is reviewed. A group of adolescents and youths (N=255) was tested in order to investigate into self-injurious behavior, family problems, deviant socialization and psychological trauma experiences. It is suggested that the markers of family problems, deviant socialization and psychological trauma influence the development of self-injurious behavior. Statistic analysis (frequency table and contingency coefficient) shows the frequency of manifestation of investigated variables in general sample; the results of analyzing several particular samples and the contingency coefficient are discussed.

Conclusion: there is a weak connection between self-injuries and the markers of family problems, deviant socialization and psychological trauma. Consequently, self-injuries are viewed as situation-conditioned practices connected to the general context of adolescents' social behavior.

Keywords: self-injurious behavior, family problems, psychological trauma, deviant socialization, adolescents

Literature

1. *Pol'skaya N.A.* Prediktory i mehanizmy samopovrejdayuschego povedeniya (po materialam issledovaniy) // Psihologicheskii jurnal. 2009. Tom 30. №1.
2. *Pol'skaya N.A.* Samopovrejdayushee povedenie v klinicheskoi praktike // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni Behtereva. 2011. №2.
3. *Ayerst S. L.* Depression and stress in street youth // Adolescence. 1999. Vol. 34.
4. *Deiter P.J., Nicholls S.S., Pearlman L.A.* Self-injury and self capacities: Assisting an individual in crisis // Journal of Clinical Psychology. 2000. V. 56. №9.
5. *Denov M.S.* The Long-Term Effects of Child Sexual Abuse by Female Perpetrators: A Qualitative Study of Male and Female Victims // Journal Of Interpersonal Violence. 2004. Vol. 19. №. 10.
6. *Gratz K.L.* Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity // American Journal of Orthopsychiatry. 2006. V. 76. № 2.

7. *Gratz K.L., Chapman A.L.* The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates // *Psychology of Men and Masculinity*. 2007. V. 8. №1.
8. *Hawton K., Rodham K., Evans E., Weatherall R.* Deliberate self harm in adolescents: self-report survey in schools in England // *BMJ*. 2002. V. 325.
9. *Klonsky E.D., Moyer A.* Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis // *The British Journal of Psychiatry*. 2008. Vol.192. №3.
10. *Laurel A.A.* The functions of self-injury and its link to traumatic events in college students. Electronic Doctoral Dissertations for UMass Amherst. 1999. <http://scholarworks.umass.edu/dissertations/AAI9932285>
11. *Laye-Gindhu A., Schonert-Reichl K.A.* Non-suicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm // *Journal of Youth Adolescence*. 2005. Vol. 34.
12. *Low G., Jones D., MacLeod A., Power M., Duggan C.* Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study // *British Journal of Medical Psychology*. 2000. Vol. 73.
13. *O'Connor R. C., Rasmussen S.* Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland // *The British Journal of Psychiatry*. 2009. Vol. 194.
14. *Oyefeso A., Brown S., Chiang Y., Clancy C.* Self-injurious behaviour, traumatic life events and alexithymia among treatment-seeking opiate addicts: prevalence, pattern and correlates // *Drug and Alcohol Dependence*. 2008. Vol. 98. № 3.
15. *Paul T., Schroeter K., Dahme B., Nutzinger D.O.* Self-Injurious Behavior in Women With Eating Disorders // *The American Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 159.
16. *Sansone R.A., Chu J., Wiederman M.W.* Self-inflicted bodily harm among victims of intimate-partner violence // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2007. V. 14. № 5.
17. *Solano R., Fernández-Aranda F., Aitken A. et al.* Self-injurious behaviour in people with eating disorders // *European Eating Disorders Review*. 2005. V. 13. № 1.
18. *Toshihiko M., Yamaguchi A., Chiba Y., Asami T., Iseki E., Hirayasu Y.* Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation: A preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005. Vol. 59.
19. *Tyler K., Whitbeck L., Hoyt D., Johnson K.* Self-mutilation and homeless youth: The role of family abuse, street experiences, and mental disorders // *Journal of Research on Adolescence*. 2003. Vol. 13.
20. *Van der Kolk B.A., Perry J.C., Herman J.L.* Childhood origins of self-destructive behavior // *The American Journal of Psychiatry*. 1991. V. 148.
21. *Zlotnick C., Shea M.T., Pearlstein T. et al.* The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation // *Comprehensive Psychiatry*. 1996. V. 37.