Агрессия как ключевой патогенетический фактор депрессии: эмпирическое исследование

Русина Н.А.[1], Маковеева П.С.[2], Швецова С.В.[3]*

[1] Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия.
[2] Первая городская клиническая больница имени Е. Е. Волосевича, Архангельск, Россия.
[3] Кафедра медицинской кибернетики с курсом медицинской информатики, Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия.

Получено: 20 декабря 2025 г.
Принято: 22 января 2026 г.
Опубликовано: 1 марта 2026 г.

Для цитирования:
Русина НА, Маковеева ПС, Швецова СВ. Агрессия как ключевой патогенетический фактор депрессии: эмпирическое исследование. *Psychotherapy Science Today.* 2(2):24-30. https://doi.org/10.64435/ruob9440

OPEN ACCESS

© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Аннотация

Цель: Это пилотное исследование направлено на эмпирическое изучение агрессии как центрального механизма в этиологии депрессии и оценку её связи с выраженностью депрессивной симптоматики.

Методы: В исследовании приняли участие три группы: пациенты с депрессивными расстройствами (F32.00, F33.00, F33.11 по МКБ-10), получающие только медикаментозное лечение (группа 1, N = 30) и получающие только немедикаментозную психотерапию (группа 2, N = 18); и контрольная группа условно здоровых респондентов (N = 30). Для оценки использовались Шкала депрессии А. Бека (BDI), Опросник агрессивности Л.Г. Почебут и Шкалы психологического благополучия К. Рифф. Статистическая обработка включала U-критерий Манна-Уитни, Т-критерий Вилкоксона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, регрессионный анализ.

Результаты: Пациенты с депрессивными расстройствами демонстрируют статистически значимо более высокий уровень аутоагрессии и общей агрессивности по сравнению с контрольной группой, а также снижение психологического благополучия. Регрессионный анализ подтвердил, что общий уровень агрессии статистически значимо ассоциирован с выраженностью депрессивной симптоматики и может рассматриваться как потенциальный предиктор выраженности депрессивной симптоматики, в то время как эмоциональная агрессия оказалась негативно ассоциированной с тяжестью депрессии, отражая подавление аффекта при утяжелении расстройства. В психотерапевтической группе наблюдалось значимое снижение депрессивных симптомов и улучшение эмоционального состояния с дифференцированными эффектами в зависимости от уровня личностной организации (невротический vs. пограничный).

Выводы: Агрессия может быть рассмотрена как один из ключевых психологических механизмов формирования и поддержания депрессивных расстройств, который может предсказывать тяжесть когнитивно-аффективных и соматических симптомов. Целенаправленная психотерапевтическая работа с подавленной агрессией демонстрирует перспективную клиническую эффективность в рамках данного пилотного исследования, приводя к статистически значимому снижению депрессивной симптоматики и укреплению показателей саморегуляции и самооценки. Полученные данные подчёркивают необходимость включения диагностики и проработки аутоагрессии в протоколы лечения депрессии.

Ключевые слова: депрессия, аутоагрессия, интегральная каузальная психотерапия, подавленная агрессия, психологическое благополучие, психотерапия депрессии.

* Автор для корреспонденции, e-mail: narusina@mail.ru.

Введение

Взаимосвязь депрессивной симптоматики и различных форм аутоагрессии рассматривается в рамках теоретических моделей в психодинамической психотерапии и подтверждается многочисленными клиническими наблюдениями. Ещё в классических психоаналитических работах депрессия рассматривалась как результат интроекции утраченного или фрустрирующего объекта и перенаправления агрессии с внешнего объекта на собственное Я [1–3]. В рамках этой логики депрессивное состояние понимается как форма бессознательного самонаказания, где агрессивные импульсы, не находя выхода во внешнем поведении, обращаются внутрь личности, формируя аутоагрессивные тенденции.

Аутоагрессия при депрессии включает широкий спектр форм — от когнитивного самоуничижения и хронического самокритицизма до пассивных форм саморазрушительного поведения (намеренное игнорирование собственных потребностей, отказ от заботы о себе, хроническое самообесценивание), и является значимым и специфическим компонентом депрессии. Уровень пассивной аутоагрессии статистически значимо выше у пациентов с депрессивными расстройствами по сравнению с контрольными группами и частично опосредует связь между нарушенным самоконтролем и выраженностью депрессивной симптоматики. Эти данные позволяют рассматривать аутоагрессию не как вторичное следствие депрессии, а как один из её центральных психологических механизмов [4–8].

Ряд исследований указывает на то, что активные формы аутоагрессии, включая несуицидальное самоповреждение и суицидальные попытки, также тесно связаны с депрессивной симптоматикой. У пациентов с выраженными аутоагрессивными и суицидальными тенденциями выявляются нарушения серотонинергической регуляции, аналогичные тем, которые наблюдаются при тяжёлых депрессивных состояниях. Это подтверждает наличие общих нейробиологических механизмов, лежащих в основе депрессии и аутоагрессии [9–11].

Особое внимание уделяется роли ранних травматических переживаний и нарушений эмоциональной регуляции в формировании аутоагрессии при депрессии. Исследования показывают, что детская травматизация, хронический стресс и дефицит безопасной привязанности повышают вероятность формирования аутоагрессивных стратегий как способа регуляции аффекта, что в дальнейшем способствует хронизации депрессивных состояний [12]. В этих случаях аутоагрессия выполняет парадоксальную регуляторную функцию, снижая интенсивность невыносимых эмоциональных состояний за счёт переноса аффекта в телесную или поведенческую сферу.

Генетические и поведенческие исследования также подтверждают общность механизмов депрессии и аутоагрессии. В близнецовых исследованиях показано, что внутренне направленная агрессия и депрессивные симптомы частично обусловлены общими генетическими факторами, однако значительная часть вариативности объясняется индивидуальным опытом и средовыми воздействиями [13]. Это подчёркивает важность психотерапевтического вмешательства, направленного на переработку аутоагрессивных паттернов.

Таким образом, современная литература позволяет рассматривать аутоагрессию как многоуровневый феномен, включающий когнитивные, эмоциональные, поведенческие и нейробиологические компоненты, тесно связанные с депрессивными состояниями. Аутоагрессия при депрессии проявляется как в активных формах (самоповреждение, суицидальное поведение), так и в пассивных (самообесценивание, отказ от заботы о себе, хроническое самонаказание), при этом обе формы вносят вклад в поддержание и утяжеление депрессивной симптоматики. В случае подавления внешне направленной агрессии она накапливается и может направляться на собственную личность, что, как правило, приводит к болезненному чувству вины, беспричинному страху, неврозам, а в тяжёлых случаях — к суицидальным импульсам.

В контексте приведённых данных была выдвинута следующая гипотеза исследования: повышенная аутоагрессивность статистически значимо ассоциирована с выраженностью депрессивной симптоматики и может рассматриваться как потенциальный предиктор когнитивно-аффективных и соматических симптомов депрессивных расстройств, а также общей тяжести депрессивного состояния.

Выборка и методы оценки

Исследование проводилось с сентября 2023 года по декабрь 2024 года и включало 3 группы респондентов: группа 1 — пациенты с диагностированной депрессией, получающие медикаментозное лечение, группа 2 — пациенты с диагностированной депрессией, получающие немедикаментозное психотерапевтическое лечение, и контрольная группа — респонденты, не состоящие на диспансерном психиатрическом учёте и не находящиеся под наблюдением психиатра.

Группа 1 состояла из 30 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет, получающих медикаментозное лечение стационарно и амбулаторно. Обследование пациентов проводилось на базе государственного бюджетного клинического учреждения Ярославской области «Ярославская областная психиатрическая больница» (ГБКУЗ ЯО «ЯОПБ»).

Группа 2 состояла из 18 пациентов в возрасте от 24 до 76 лет. Участники были набраны по объявлению Академии интегральной психодинамической психотерапии (Москва, Россия). Диагнозы подтверждены сертифицированным психиатром с использованием структурированных клинических интервью на основе критериев МКБ-10. Эти пациенты получали психотерапевтическое немедикаментозное лечение депрессии, фокусированное на работу с непереработанной агрессией, по методике, разработанной в рамках интегральной каузальной психотерапии (ИКП) в Академии интегральной психодинамической психотерапии (АИПП).

Контрольная группа была представлена выборкой здоровых людей от 18 до 51 лет, которые были набраны методом «снежного кома».

Все участники предоставили информированное согласие, а протокол исследования был одобрен Этическим комитетом АИПП.

Основным фокусом исследования было:

- выявление и сопоставление уровня аутоагрессии в группе 1 и контрольной группе;
- анализ динамики аутоагрессии до и после лечения в группе 2.

При тестировании использовались стандартизованные психологические шкалы и опросники: Шкалы психологического благополучия К. Рифф [14], Опросник агрессивности Л. Г. Почебут [15], Шкала депрессии А. Бека [16], анкета Ю. Н. Тора «Удовлетворённость динамикой изменений в ключевых сферах жизни». Для статистической обработки результатов применялись U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, регрессионный анализ.

Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ данных группы 1 и контрольной группы выявил, что показатели физической агрессии*, самоагрессии, общий балл агрессии и депрессии (когнитивной, соматической и общий балл) выше в группе 1. Для них были характерны:

- устойчивые негативные убеждения о собственной личности, сопровождаемые тенденцией к направлению агрессии внутрь — на собственное Я, а также к деструктивному отношению к окружающей среде;
- выраженные нарушения аффективного состояния и искажённое самоотношение, существенно отличающееся от показателей контрольной группы;
- низкий уровень самопринятия, ожидание наказания, нерешительность и субъективное переживание социальной отчуждённости;
- соматические компоненты депрессивной симптоматики, включая нарушения сна, повышенную утомляемость, гиперфокусировку на состоянии здоровья и внешнем виде.

В совокупности данные проявления указывают на то, что лица с депрессивными расстройствами переживают экзистенциальную пустоту и чувство собственной неполноценности, сопровождающиеся склонностью к аутоагрессивному отношению и поведению.

Сравнение группы 1 и контрольной группы

Показатели психологического благополучия и удовлетворённости в ключевых сферах жизнедеятельности были статистически значимо выше в контрольной группе (табл. 1). Пациенты с депрессивными расстройствами характеризовались большей социальной изоляцией и фрустрированностью в межличностных отношениях, меньшим числом доверительных связей, а также трудностями в организации повседневной активности и субъективным ощущением неспособности влиять на обстоятельства собственной жизни. По сравнению со здоровыми респондентами, они в меньшей степени ощущали себя реализующимися и развивающимися. Для них были характерны скука, утрата интереса к жизни, переживание неспособности устанавливать новые отношения или изменять поведенческие паттерны, снижение целенаправленности и дефицит жизненных целей и намерений. Кроме того, пациенты не находили смысловых ориентиров в своём прошлом опыте и не имели устойчивых представлений о перспективах и ценностях, определяющих смысл жизни; они в большей степени испытывали неудовлетворённость собой и выраженную тревогу в отношении собственных личностных качеств.

* Показатель «Физическая агрессия» в опроснике Л. Г. Почебут является маркером неинтегрированной агрессии, измеряя не поведение как таковое, а аффективно-моторную предрасположенность и уровень активации агрессивно-двигательной системы.

Показатели	Среднее значение пациентов (группа 1)	Среднее значение здоровых (контрольная группа)	Степень достоверности различий
Физическая агрессия	2,53	1,40	p<0,01
Самоагрессия	6,63	4,77	p<0,01
Общий балл агрессии	18,87	15,80	p<0,05
Когнитивно-аффективная шкала	22,73	9,00	p<0,001
Шкала соматических симптомов	10,97	5,90	p<0,001
Общий балл депрессии	33,70	14,90	p<0,001
Позитивные отношения	53,63	60,13	p<0,05
Управление средой	46,17	52,93	p<0,01
Личностный рост	53,77	63,60	p<0,001
Цели в жизни	46,60	60,80	p<0,001
Самопринятие	39,27	55,57	p<0,001
Психологическое благополучие	290,97	346,33	p<0,001
Настроение	–1,03	–0,30	p<0,05
Физическое самочувствие	–0,73	–0,23	p<0,01
Уверенность в себе	–1,40	–0,10	p<0,001
Отношения с партнёром	–0,63	–0,10	p<0,01
Отношения в семье	–0,57	0,30	p<0,01
Отношения с окружающими	–0,47	–0,03	p<0,01
Профессиональная сфера/учёба	–0,97	0,00	p<0,001
Доходы	–1,20	0,03	p<0,001
Удовольствие от жизни	–1,17	–0,13	p<0,001
Ожидание от будущего	–1,03	0,17	p<0,001

Таблица 1. **Сравнение показателей шкал у пациентов с депрессивными расстройствами и контрольной группы по U-критерию Манна-Уитни**

Регрессионный анализ: взаимосвязь агрессии и депрессии

Существенное значение для понимания взаимосвязи агрессии и депрессии имели результаты регрессионного анализа, в котором оценивался вклад показателей агрессии и психологического благополучия в общий уровень депрессии, а также в её когнитивные и соматические компоненты. В табл. 2 представлены данные, отражающие вклад агрессии в депрессивную симптоматику, как наиболее значимые для задач психотерапевтической интерпретации. Анализ также проводился с использованием шкал методики К. Рифф.

Результаты регрессионного анализа обнаруживают, как различные показатели агрессии (по опроснику Почебут) влияют на выраженность депрессии (по шкале Бека). Представленные в табл. 2 данные демонстрируют, что не все виды агрессии одинаково связаны с депрессией, и особенно интересна роль эмоциональной (часто подавляемой) агрессии. Ключевыми выводами здесь могут быть следующие:

1. Общий балл агрессии статистически значимо ассоциирован с выраженностью депрессивной симптоматики. Это касается как когнитивно-аффективных симптомов (чувство вины, безнадёжность, сниженная самооценка), так и соматических симптомов (усталость, нарушения сна, изменения аппетита). Общий балл агрессии — это суммарный показатель, который включает в себя и внешние, и внутренние проявления. Его сильная связь с депрессией поддерживает гипотезу о том, что невыраженная, подавленная агрессия может рассматриваться как психологический фактор риска, связанный с утяжелением депрессивных проявлений.

Показатели агрессивности	Показатели уровня депрессии	p-значимость
	Общий балл депрессии	
Общий балл агрессии	0,615163	0,000086
Эмоциональная агрессия	-0,295086	0,033679
p-значимость регрессионной модели	0,000000005	
	Когнитивно-аффективная шкала	
Общий балл агрессии	0,410217	0,044901
p-значимость регрессионной модели	0,0000000014	
	Соматизация депрессии	
Общий балл агрессии	0,520390	0,000317
p-значимость регрессионной модели	0,0000000110	

Таблица 2. **Связь показателей агрессивности (тест Почебут) и уровня депрессии (шкала Бека)**

Организм тратит огромные ресурсы на сдерживание агрессивных импульсов, что ведёт к истощению, вине и соматизации — прямым симптомам депрессии.

2. Показатель «Эмоциональная агрессия» имеет отрицательную связь с общим баллом депрессии, являясь негативным предиктором депрессии. Этот показатель в опроснике Почебут отражает эмоциональное отчуждение при общении с другими людьми, сопровождаемое подозрительностью, враждебностью, неприязнью или недоброжелательностью по отношению к ним. Полученные данные указывают, что более высокий уровень осознаваемых агрессивных эмоций (гнев, раздражение) связан с менее выраженной депрессией, и наоборот — чем тяжелее депрессия, тем слабее проявляется этот тип агрессии. Это позволяет предположить запуск механизма подавления агрессии при тяжёлой депрессии. При углублении депрессии нарастает апатия, ангедония и эмоциональное оцепенение. Агрессивные импульсы не исчезают, но перестают осознаваться как гнев. Они подавляются — вытесняются из сознания и находят выход в других, более деструктивных формах: аутоагрессии и соматизации. Таким образом, в данном случае снижение осознаваемых агрессивных чувств может отражать механизмы аффективного подавления, часто наблюдаемые при утяжелении депрессивных состояний.
3. Подавленная агрессия по-разному влияет на психические и соматические симптомы депрессии. Общий уровень агрессии статистически значимо связан с тяжестью депрессивной симптоматики и может вносить вклад как в когнитивно-аффективные, так и в соматические компоненты депрессии. При этом интерес представляет различный вероятный патогенетический механизм этих связей. В отношении когнитивно-аффективных симптомов (чувство вины, снижение самооценки, пессимизм) высокая агрессивность, предположительно, действует через механизм интериоризации и обращения агрессии на собственную личность. Не будучи выраженной вовне, агрессия трансформируется в устойчивые негативные когнитивные схемы и аффективные переживания, характерные для депрессивного аффекта.

Группа 2: результаты психотерапии

Не меньший интерес представляет сравнение психологических показателей в группе 2 до и после психотерапии, фокусированной на интеграции подавленной агрессии. В результате психотерапии у 83% участников (N = 15) была зафиксирована клиническая ремиссия, у оставшихся 17% (N = 3) — статистически значимое снижение тяжести симптоматики. При этом у пациентов с невротической организацией личности (N = 9) во всех случаях в рамках этой подгруппы (100% пациентов с невротической организацией личности) была зафиксирована клиническая ремиссия депрессивной симптоматики. Среди пациентов с пограничной организацией личности, составляющих вторую половину выборки (N = 9), 67% участников достигли ремиссии, а 33% показали снижение тяжести симптомов [17].

Группа пациентов с психотерапией с невротической организацией личности	Среднее значение до психотерапии	Среднее значение после психотерапии
Когнитивно-аффективная шкала депрессии	11,00	6,43
Настроение	0,00	1,29
Уверенность в себе	-0,29	1,00

Примечание: различия на уровне значимости $p < 0,05$.

Таблица 3. **Сравнение показателей шкал у пациентов с невротической организацией личности, до и после психотерапии по Т-критерию Вилкоксона**

Группа пациентов с психотерапией с пограничной организацией личности	Среднее значение до психотерапии	Среднее значение после психотерапии
Управление средой	43,86	50,57
Самопринятие	43,29	50,14
Когнитивно-аффективная шкала депрессии	15,71	9,43
Общий балл депрессии	24,86	15,14
Настроение	-0,71	0,86

Примечание: различия на уровне значимости $p<0,05$.

Таблица 4. **Сравнение показателей шкал у пациентов с пограничной организацией личности, до и после психотерапии по Т-критерию Вилкоксона**

Данные табл. 3 и 4 демонстрируют статистически значимый положительный эффект проведённой психотерапии в обеих подгруппах: у пациентов с невротической и пограничной организацией личности*. В частности, полученные показатели позволяют сделать следующие выводы.

1. Общий положительный эффект, наблюдаемый в обеих подгруппах: терапия привела к значимому снижению как когнитивно-аффективного компонента депрессии (чувство вины, пессимизм), так и к улучшению общего эмоционального фона, что отразилось в позитивной динамике показателя настроения.
2. Дифференцированный эффект в зависимости от структуры личности: анализ выявляет качественные различия в терапевтическом ответе, что подчёркивает важность учёта уровня личностной организации. У пациентов с невротической организацией личности терапия привела к значимым позитивным изменениям в сфере самоотношения и базового аффекта: показатель уверенности в себе увеличился с отрицательного значения (–0,29) до положительного (1,00), что свидетельствует о преодолении чувства неуверенности, характерного для депрессии, и формировании более устойчивой самооценки. Пациентам с более сохранной (невротической) структурой личности, видимо, удалось в большей мере интегрировать подавленные агрессивные чувства. Это напрямую отразилось на улучшении их самоощущения и эмоционального фона. У пациентов с пограничной организацией личности вырос показатель «Управление средой» (с 43,86 до 50,57), что указывает на то, что пациенты стали чувствовать себя более компетентными и способными влиять на свою жизнь; значительно увеличился показатель «Самопринятия» (с 43,29 до 50,14), что говорит о снижении интенсивности расщепления и формировании более интегрированного и менее осуждающего образа Я.
3. Представленные данные эмпирически подтверждают клиническую эффективность психотерапии, направленной на проработку необработанной агрессии, в лечении депрессии. При этом у невротических пациентов терапия в большей степени стабилизировала самооценку, а у пограничных пациентов она, кроме того, укрепила базовые функции Эго — способность управлять

* Основана на классификации Отто Кернберга [18].

своей жизнью и принимать себя целиком. Таким образом, терапия привела к клинически значимым улучшениям в обеих подгруппах, но паттерны этих улучшений несколько различались, в зависимости от исходного уровня личностного функционирования пациентов.

Заключение

Проведённое исследование демонстрирует связь между повышенной агрессивностью и большей выраженностью симптомов депрессии. У пациентов с депрессивными расстройствами выявлены статистически значимо более высокие уровни аутоагрессии, физической агрессии и общей агрессивности по сравнению с контрольной группой здоровых респондентов.

Результаты регрессионного анализа дополнительно показали, что общий уровень агрессии статистически значимо связан с выраженностью депрессивной симптоматики и может рассматриваться как её потенциальный предиктор. В то же время показатель эмоциональной агрессии продемонстрировал отрицательную связь с тяжестью депрессии, что отражает механизмы подавления аффекта при более тяжёлых формах расстройства. В совокупности полученные данные свидетельствуют о том, что депрессия сопровождается не только внутренним самообвинением, но и сложными процессами переработки и подавления агрессивного аффекта, который может трансформироваться в аутоагрессию и соматизацию.

Результаты психотерапевтического вмешательства показали, что психотерапия, направленная на интеграцию агрессии, приводит к ремиссии у пациентов с невротической организацией личности и статистически значимому снижению депрессивной симптоматики и улучшению эмоционального состояния у пациентов с пограничной структурой личности. Эти данные позволяют предположить, что аутоагрессия может рассматриваться как важное патогенетически значимое звено депрессивных расстройств. Таким образом, целенаправленная психотерапевтическая работа с агрессивными паттернами открывает путь к механизм-ориентированным психотерапевтическим вмешательствам, направленным на снижение депрессивной симптоматики и восстановление психологического благополучия. Дальнейшие исследования могут быть направлены на разработку стандартизированных протоколов оценки аутоагрессии и оценку эффективности фокусированной на аутоагрессии психотерапии на более крупных выборках пациентов с диагностированной депрессией.

Заявление об интересах

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы

1. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. Я и Оно. Печаль и меланхолия. СПб.: Азбука-классика; 2006. С. 233–252.
2. Абрахам К. Фрейдовский психоанализ и смежные направления. СПб.: Б.С.К.; 2000.
3. Кляйн М. Скорбь и её отношение к маниакально-депрессивным состояниям. СПб.: Речь; 2000.
4. Schanz CG, Equit M, Schäfer SK, et al. Self-directed passive-aggressive behaviour as an essential component of depression: findings from two cross-sectional observational studies. BMC Psychiatry. 2022;22:200. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03850-1.
5. Schanz CG, Equit M, Schäfer SK, Käfer M, Mattheus HK, Michael T. Development and psychometric properties of the Test of Passive Aggression. Front Psychol. 2021;12:579183. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.579183.
6. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002. https://doi.org/10.4324/9780429471643.
7. O'Connor RC, Noyce R. Personality and cognitive processes: self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. Behav Res Ther. 2008;46(3):392–401. https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.007.
8. Dixon-Gordon KL, Weiss NH, Tull MT, DiLillo D, Messman-Moore T, Gratz KL. Characterizing emotional dysfunction in borderline personality, major depression, and their co-occurrence. Compr Psychiatry. 2015;62:187–203. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2015.07.014.
9. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2012;379(9834):2373–82. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
10. Nock MK, Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In: Nock MK, editor. Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 2009. С. 9–18. https://doi.org/10.1037/11875-001.
11. Wolff JC, Ollendick TH. The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. Clin Child Fam Psychol Rev. 2006;9(3–4):201–20. https://doi.org/10.1007/s10567-006-0011-3.
12. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. J Child Psychol Psychiatry. 2016;57(3):241–66. https://doi.org/10.1111/jcpp.12507.
13. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(12):1438–46. https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1438.
14. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1069–81.
15. Почебут ЛГ. Методика диагностики агрессивного поведения. В: Практикум по социальной психологии. СПб.: Речь; 2001. С. 112–118.
16. Бек АТ, Стир РА, Браун ГК. Опросник депрессии Бека (BDI-II): руководство. Пер. и адапт. Тарабриной НВ. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского; 2001.
17. Тор ЮН, Русина НА, Маковеева ПС, Швецова СВ. Этиотропная психотерапия депрессии через переработку неинтегрированной агрессии: подход в рамках интегральной каузальной психотерапии. Psychotherapy Science Today. 1(1):13–21. https://doi.org/10.64435/spes8434.
18. Кернберг ОФ. Тяжёлые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М.: Класс; 2000.