

## ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Е.В. Давыдова**

*Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербурга, Россия*

**Аннотация.** В связи с дефицитом в отечественной клинической психологии комплексных исследований средового контекста расстройств шизофренического спектра изучение средовых факторов, влияющих на возникновение и течение заболевания, приобретает все большую актуальность. **Целью** нашего исследования являлось изучение характеристик детского травматического опыта, взаимосвязей данного вида опыта с психопатологической симптоматикой у пациентов с параноидной шизофренией, а также возможных механизмов данной взаимосвязи. **Материалы и методы.** Дизайн исследования включал: опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90, опросник неблагоприятного детского опыта (WHO ACE IQ), опросник «Уровень магического мышления» М. Экблада и Л. Дж. Чапман, Торонтскую шкалу алекситимии TAS-20-R, структурированную анкету. **Результаты.** Полученные данные демонстрируют, что наиболее часто встречающимися видами детского травматического опыта были эмоциональное насилие, разлучение с родителями и коллективное насилие, а наименее – психические заболевания у ближайших родственников и сексуальное насилие. Большинство респондентов отмечают психотравмирующие события как объективно-значимые. 57 % пациентов не имели возможности реагирования на случившиеся события, 89 % считают события субъективно несправедливыми, 46 % считают травматические события актуальными в настоящий момент. По интенсивности преобладали пролонгированные, приводящие к психическому перенапряжению события. Ряд видов детского травматического опыта имеет множество взаимосвязей с психопатологической симптоматикой: физическое насилие коррелирует с показателями враждебности; эмоциональное насилие – с тревогой и психотизмом; употребление ПАВ членами семьи – с обсессивно-компульсивными симптомами и враждебностью; эмоциональное пренебрежение и коллективное насилие – с психотизмом; буллинг – с межличностной сензитивностью и тревожностью. Общий уровень детского травматического опыта коррелирует с показателями психотизма и с внешне-ориентированным мышлением. Внутрисемейное насилие коррелирует с магическим мышлением. **Заключение.** Результаты исследования позволяют предположить, что детская психологическая травма является фактором риска развития расстройств шизофренического спектра, в частности параноидной шизофрении, а магическое мышление и внешне-ориентированное мышление могут быть включены в механизм данной взаимосвязи.

**Ключевые слова:** *детская психологическая травма, негативный детский опыт, негативный детский опыт, параноидная шизофрения, психологическая травма, психопатологическая симптоматика.*

### Введение

Биопсихосоциальная модель психических расстройств является основой современной клинической психологии и психотерапии. В рамках этой модели семейные и средовые факторы вносят существенный вклад в развитие и течение психических заболеваний<sup>1</sup>.

Однако в настоящий момент в отечественной клинической психологии отмечается

дефицит комплексных исследований семейного и средового контекста расстройств шизофренического спектра при наличии углубленных исследований внутрисемейной системы у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами [1]. Актуальность изучения средовых и семейных факторов обусловлена еще и тем, что современные многолетние генетические исследования пяти психических расстройств, которые рассматриваются в качестве отдельных категорий в клинической практике (расстройство аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности, биполярное расстройство, депрес-

<sup>1</sup> Холмогорова А.Б. Клиническая психология: в 4 т.: учебник для студентов учред. высш. проф. образования. Т. 2. Частная патопсихология. Гл. 2. Шизофрения. М.: Издательский центр «Академия», 2012. С. 37–127.

сивное расстройство и шизофрения), не выявили специфических генетических различий между ними. Было доказано, что молекулярно-генетические факторы риска являются общими для этих пяти психических расстройств [2]. Таким образом, исследования средовых факторов возникновения и течения психических расстройств приобретают все большую актуальность.

Психологическая травма рассматривается как следствие неблагоприятных средовых факторов. Под психологической травмой традиционно понимается личностно значимая ситуация, имеющая характер патогенного воздействия на психику человека и способная привести к психическим расстройствам. Психологические травмы характеризуются интенсивностью, субъективной значимостью, а также внезапностью и частотой проявления [3]. Детские травмы дополнительно имеют такие характеристики, как актуальность, наличие возможности реагирования и субъективное ощущение справедливости события [4].

ВОЗ выделяет детский психотравмирующий опыт в отдельное понятие – негативный детский опыт (НДО – Adversive Childhood Experience) и разделяет его на категории: физическое насилие, эмоциональное насилие, сексуальное насилие, употребление ПАВ родителями и опекунами, криминальное поведение родителей и опекунов, хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей, опекунов, партнерское внутрисемейное/домашнее насилие, развод, разлука, смерть родителей, эмоциональное пренебрежение, физическое пренебрежение/пренебрежение основными потребностями, буллинг, издевательства со стороны сверстников, коллективное и общественное насилие [5].

В настоящее время существует множество исследований, показывающих связь между психотравмирующими событиями детства и проблемами со здоровьем у взрослых. В частности, систематический обзор и метаанализ более чем 11 600 англоязычных статей показывает следующие закономерности [6]: слабая или средняя связь травмирующих событий детства с низкой физической активностью, ожирением, диабетом; средняя связь – с курением, злоупотреблением алкоголем, слабым здоровьем (по самоотчету), заболеваниями дыхательной и сердечно-сосудистой системы; сильная связь – с рискованным сексуальным поведением, психическими расстройствами,

алкоголизмом; наиболее сильная связь – с употреблением наркотических веществ, а также насилием, направленным на других или себя.

Существует немало доказательств, что психологическая травма, в частности плохое обращение в детстве, связана с различного рода психическими расстройствами [7]. Большое количество исследований показывает связь между детским травматическим опытом и депрессивными [8], а также пограничными личностными расстройствами у взрослых [9].

Исследования также показывают, что психологическая травма может влиять на формирование специфических представлений и убеждений, характерных, в частности, и для расстройств шизофренического спектра.

Результаты изучения связей между детским травматическим опытом и шизотипическими симптомами свидетельствуют, что из различных типов жестокого обращения с детьми в наибольшей степени с шизотипическими симптомами ассоциировалось эмоциональное насилие. Также были обнаружены значимые связи данной симптоматики с физическим и эмоциональным пренебрежением [10].

Существуют представления, что лица с расстройствами шизофренического спектра могут сообщать факты о своем прошлом в значительной мере искаженными. Тем не менее существует мнение о том, что «нет оснований связывать психиатрический статус с менее надежным или менее обоснованным отзывом о раннем опыте» [11].

Проведенные ранее исследования диктуют необходимость изучения механизмов, при которых психологическая травма способствует развитию шизотипических симптомов. Получены данные, указывающие, что травматические переживания инициируют нейробиологические нарушения<sup>2</sup>. Например, было установлено, что насилие в детстве, а также травматические события, приводящие к ПТСР, связаны с нарушениями в нейромедиаторных системах, гипоталамической гипофизарно-надпочечной оси и как со структурными, так и с функциональными изменениями мозга. Учитывая теоретические представления и результаты исследования, связывающие

---

<sup>2</sup> De Bellis M.D., Hooper S.R., Sapia J.L. Early Trauma Exposure and the Brain. In J.J. Vasterling, C.R. Brewin (Eds.), *Neuropsychology of PTSD: Biological, cognitive, and clinical perspectives*. 2005:153–177. The Guilford Press.

такие нейробиологические факторы с нарушениями шизофренического спектра [12], можно предположить, что нарушения в нейробиологических системах опосредуют связь между травматическими переживаниями и шизотипическими симптомами.

Другие исследования, в которых изучалась связь детского опыта с генетическими и биологическими показателями в контексте психоза, показали, что психологические процессы могут вызывать сенсбилизацию мезолимбической системы допамина, изменять стрессо-иммунную систему и структуры мозга, связанные с стрессом, такие как гиппокамп и миндалевидное тело [13–15]. При этом авторы данных исследований утверждают, что необходима дополнительная работа для интеграции полученных результатов в комплексные модели взаимосвязи детского травматического опыта с психическими расстройствами. Существующие на настоящий момент ограниченные доказательства также указывают на взаимосвязь детского психотравмирующего опыта с эпигенетическими факторами, которые непосредственно не участвуют в формировании психоза, а скорее являются регуляторами настроения (например, ген-транспортер серотонина), нейропластичности (BDNF) и стресс-реактивности (FKBP5) во взаимосвязи психических расстройств и детского травматического опыта [16].

Отдельный интерес представляет связь детского травматического опыта и алекситимии как предиктора и признака эмоционального расстройства, ассоциированного с тревогой и депрессией, так и компонента постстрессовых расстройств и психопатологических синдромов. В частности, алекситимические характеристики найдены у больных наркоманией, алкоголизмом, у лиц с маскированной депрессией, а также у ряда психиатрических больных [17]. При этом стоит отметить, что черты алекситимии во многом сходны с ангедонией, афазией и неярким аффектом, которые выступают негативными симптомами шизофрении.

Следует также отметить, что существующие исследования демонстрируют важность изучения взаимосвязи детского травматического опыта у пациентов с психическими расстройствами на клинических выборках с более существенной представленностью лиц с высоким уровнем шизотипических симптомов [11].

**Целью** настоящего исследования являлось изучение характеристик детского трав-

матического опыта (вид, интенсивность, значимость, внезапность и частота, актуальность, возможность реагирования и субъективное ощущение справедливости), а также взаимосвязей данного вида опыта со специфическими представлениями, убеждениями, способностью переживания чувств и телесных ощущений в сознании (алекситимии) и выраженностью психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией.

### Материалы и методы

Исследование проводилось на базе Городской психиатрической больницы № 6 г. Санкт-Петербурга. Выборку составили 30 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет с диагнозом «параноидная шизофрения» (F20.0). На момент интервьюирования все респонденты находились в подостром состоянии/становлении ремиссии, соответствующем уровню данного вида исследования. Все больные отбирались по качественным признакам: гомогенность болезненной симптоматики, психофармакологической терапии, а также наличие статуса добровольной госпитализации в психиатрический стационар и наличие информированного согласия в истории болезни на участие в исследованиях и передачу данных о себе в «научных и учебных целях».

Дизайн исследования включал опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90; опросник неблагоприятного детского опыта (WHO ACE IQ) для определения вида психотравмирующего опыта и степени его выраженности; опросник «Уровень магического мышления» М. Экблада и Л. Дж. Чапман для определения уровня магического мышления, являющегося симптомом шизофренического расстройства и фактором предрасположенности к нему; Торонтскую шкалу алекситимии TAS-20-R, а также структурированную анкету для определения характеристик детского травматического опыта, разработанную автором в связи с задачами исследования.

Выявление взаимосвязей показателей осуществлялось по процедурам рангового корреляционного анализа с расчетом значений коэффициента корреляции Спирмена –  $r_s$ . Математическая обработка полученного массива данных проводилась с помощью компьютерного пакета статистических программ SPSS v.19.

## Медицинская психология

### Результаты

В табл. 1 представлено ранжирование видов детского психотравмирующего, негативного опыта (данные опросника WHO ACE IQ).

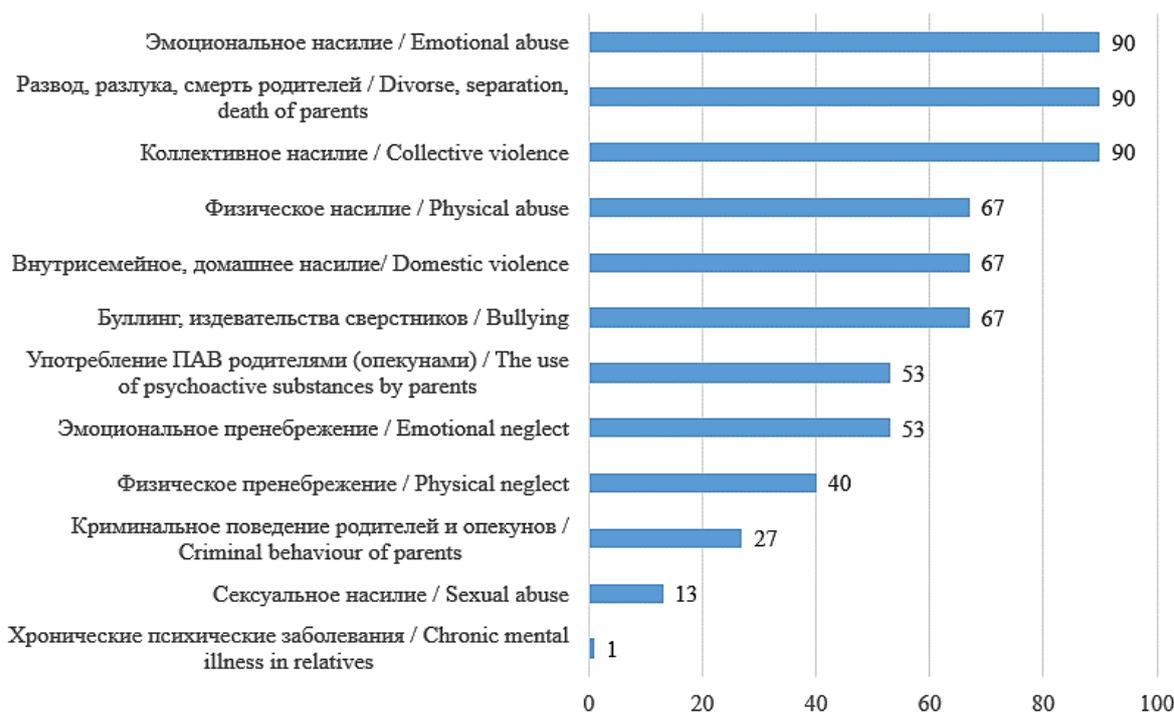
На рисунке представлены данные о частоте встречаемости того или иного вида негативного детского опыта у исследуемой выборки (в % от общего числа респондентов).

Данные, представленные в табл. 1 и на рисунке, демонстрируют, что у 100 % респондентов присутствовало хотя бы два вида негативного детского опыта. Часто встречающимися видами НДО были эмоциональное насилие, разлучение с родителями вследствие смерти или развода и коллективное насилие (буллинг) (90 %), а наименее встречающимися – заявленные респондентами

Таблица 1  
Table 1

Ранжированные виды негативного детского опыта в исследованной выборке  
Ranked types of adverse childhood experience in the sample

Частота встречаемости / Frequency	Вид НДО / Type of ACE
Наиболее частое Most frequent	Эмоциональное насилие / Emotional abuse; Развод, разлука, смерть родителей / Divorce, separation, death of parents; Коллективное насилие / Collective violence
	Физическое насилие / Physical abuse; Внутрисемейное, домашнее насилие / Domestic violence; Буллинг, издевательства сверстников / Bullying, peer bullying
	Употребление ПАВ родителями и опекунами / Substance abuse by parents; Эмоциональное пренебрежение / Emotional neglect
	Физическое пренебрежение / Physical neglect-----
	Криминальное поведение родителей и опекунов / Criminal behavior by parents
	Сексуальное насилие / Sexual abuse
	Наименее частое Least frequent
Среднее количество видов НДО на 1 человека: 7 видов / The average number of ACE types per person: 7 types. Минимальное количество: 2 вида / Minimum number: 2 types.	



Частота встречаемости НДО, в % от общего числа респондентов  
ACE frequency, in % of the total number of respondents

психические заболевания у ближайших родственников (10 %) и сексуальное насилие (13 %). Обращаем внимание на частичное совпадение результатов нашего исследования и исследования Н. Berenbaum et al. (2008), где изучалась связь между детским травматическим опытом и шизотипическими симптомами. В обоих исследованиях можно отметить преобладание эмоционального насилия над другими видами опыта [11].

Дополнительно указываем на то, что все респонденты отмечают психотравмирующие события как объективно значимые. Под объективно значимыми понимаются травматические события, значимость которых можно считать высокой для подавляющего большинства людей (смерть близкого, развод и пр.); под условно-патогенными понимаются травматические события, вызывающие переживания в силу особенностей иерархии ценностей и отношений человека<sup>3</sup>. 43 % респондентов имели возможность реагирования на случившиеся события в детстве (разговор с близким, значимым взрослым), а 57 % такой возможности не имели и справлялись с собственными переживаниями самостоятельно. Лишь 11 % респондентов считают случившиеся события справедливыми, тогда как 89 % относятся к упомянутым психотравмирующим эпизодам как к чему-то субъективно несправедливому.

Около 45 % пациентов считают травматические события актуальными в настоящий момент и периодически вспоминают о них, отмечают субъективное ощущение влияния случившегося на их жизнь, 54 % свидетельствуют о том, что не вспоминают о них уже давно и это никак не связано с их взрослой жизнью. По интенсивности в данной выборке представлены все виды событий (массивные/катастрофические; ситуационные острые; пролонгированные ситуационные, трансформирующие условия многих лет жизни; пролонгированные ситуационные, приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения) с преобладанием пролонгированных ситуационных, трансформирующих условия многих лет жизни, а также приводящих к психическому перенапряжению.

<sup>3</sup> Мясичев В.Н. Психология отношений: избранные психологические труды / ред. А.А. Бодалев. М.: Институт практической психологии; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. 356 с.

В табл. 2 представлены взаимосвязи определенных видов негативного детского опыта (НДО) с симптоматикой.

Данные, представленные в табл. 2, демонстрируют значимые связи с выраженностью симптоматики целого ряда показателей НДО. В частности, физическое насилие коррелирует с показателями враждебности, отражающими мысли, чувства или действия, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости ( $p < 0,05$ ); эмоциональное насилие коррелирует с тревогой ( $p < 0,05$ ) и психотизмом ( $p < 0,01$ ); употребление ПАВ членами семьи – с обсессивно-компульсивными симптомами ( $p < 0,05$ ) и враждебностью ( $p < 0,01$ ); эмоциональное пренебрежение и коллективное насилие – с психотизмом ( $p < 0,05$ ); буллинг – с межличностной сензитивностью и тревожностью ( $p < 0,01$ ).

Следует также отметить, что общий уровень негативного детского опыта коррелирует с показателями психотизма ( $p < 0,01$ ), что может говорить о значимой взаимосвязи НДО с данной шкалой, включающей в себя вопросы, указывающие на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни и на симптомы шизофрении, такие как галлюцинации или голоса. Таким образом, детский психотравмирующий опыт в целом может являться одним из значимых факторов в биопсихосоциальной модели шизофрении.

Полученные данные также показывают, что несколько видов НДО одновременно связаны как с показателями алекситимии, так и с выраженностью психопатологической симптоматики.

Отметим, что используемая нами Торонтская шкала алекситимии (TAS-20) имеет три фактора, отражающих основные компоненты алекситимии: трудности идентификации чувств; трудности с описанием чувств другим людям; внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления (ВОМ). Данные, представленные в табл. 3, демонстрируют, что физическое насилие в детстве связано как с внешне-ориентированным мышлением ( $p < 0,05$ ), так и с враждебностью ( $p < 0,05$ ), а эмоциональное насилие и коллективное насилие – с внешне-ориентированным мышлением ( $p < 0,05$ ), и психотизмом ( $p < 0,01$  и  $p < 0,05$ , соответственно).

При этом общий уровень НДО также коррелирует с внешне-ориентированным мышлением ( $p < 0,01$ ) и психотизмом ( $p < 0,01$ ), что говорит о том, что факторы алекситимии,

Таблица 2  
Table 2

Структура связей неблагоприятного детского опыта (НДО) и выраженности психопатологической симптоматики  
The structure of the relationship between adverse childhood experience (ACE) and the severity of psychopathological symptoms

Исследуемые параметры / Indicator	Соматизация / Somatization	Обсессивно-компульсивные расстройства / Obsessive-compulsive disorder	Межличностная чувствительность / Interpersonal sensitivity	Депрессия / Depression	Тревожность / Anxiety	Враждебность / Hostility	Фобическая тревожность / Phobic anxiety	Паранойальные симптомы / Paranoid symptoms	Психотизм / Psychoticism
Физическое насилие / Physical abuse	,085	-,124	-,132	-,212	-,255	-,442*	-,244	-,157	-,379
Эмоциональное насилие / Emotional abuse	-,070	-,062	-,146	-,178	-,484*	-,043	-,373	,109	-,598**
Употребление ПАВ / The use of psychoactive substances by parents	-,297	-,488*	-,370	-,295	-,382	-,592**	-,404*	-,368	-,206
Криминальное поведение / Criminal behavior	-,076	-,061	-,008	,023	-,190	-,074	,039	,146	-,252
Внутрисемейное насилие / Domestic violence	,075	-,114	,089	-,010	-,140	-,336	-,175	,099	-,389
Развод, разлучение, смерть родителя / Divorce, separation, death of parent	,165	,075	,147	,213	,157	,231	,314	,235	-,032
Эмоциональное пренебрежение / Emotional neglect	-,211	,042	-,199	-,108	-,485*	-,030	-,304	-,064	-,406*
Физическое пренебрежение / Physical neglect	,022	-,130	-,016	-,257	-,183	-,252	-,254	-,300	-,185
Буллинг / Bullying	-,202	-,241	-,515**	-,298	-,556**	-,289	-,360	-,036	-,335
Коллективное насилие / Collective violence	,063	,054	-,232	-,117	-,328	-,022	-,269	-,098	-,418*
Общий уровень НДО / Total ACE level	,022	-,037	-,124	-,143	-,433*	-,215	-,312	,035	-,542**

\* – корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя) / correlation is significant at 0.05 (two-tailed);  
\*\* – корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя) / correlation is significant at 0.01 (two-tailed).

Таблица 3  
Table 3

Значимые взаимосвязи неблагоприятного детского опыта (НДО), алекситимии и выраженности психопатологической симптоматики  
Significant relationships between adverse childhood experiences (ACEs), alexithymia, and the severity of psychopathological symptoms

Исследуемые параметры / Indicator	Внешне-ориентированное мышление (компонент алекситимии) / Externally oriented thinking	Враждебность / Hostility	Психотизм / Psychoticism
Физическое насилие / Physical abuse	-,439*	-,442*	-,379
Эмоциональное насилие / Emotional abuse	-,421*	-,043	-,598**
Коллективное насилие / Collective violence	-,491*	-,022	-,418*
Общий уровень НДО / Total ACE level	-,513**	-,215	-,542**

\* – корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя) / correlation is significant at 0.05 (two-tailed);  
\*\* – корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя) / correlation is significant at 0.01 (two-tailed).

в частности внешне-ориентированное мышление, могут играть опосредующую роль в процессе формирования у данной клинической группы психопатологической симптоматики, взаимосвязанной с детским травматическим опытом как средовым фактором.

Наконец, внутрисемейное насилие, представленное у 67% пациентов, коррелирует с показателем магического мышления ( $p < 0,05$ ). Основными признаками магического мышления являются игнорирование законов логики, нечувствительность к объективным причинно-следственным связям, принцип «жесткого» детерминизма, анимизм, оценка событий на основе софизма «после того – значит, вследствие того» [18]. Можно предполагать, что внутрисемейное насилие, когда у ребенка нет возможности постоять за себя и близких, а остается только примириться с обстоятельствами, оказывает существенное влияние на восприятие мира, создавая парадоксальные причинно-следственные связи, не соответствующие объективной реальности. При этом в норме у взрослых здоровых людей уровень магического мышления значительно ниже, чем у людей, больных шизофренией, и существует предположение, что магическое мышление несет в себе специфику и является значимым для шизофренического процесса [19].

### Заключение

Таким образом, выявленные взаимосвязи между детским травматическим опытом, магическим мышлением, внешне-ориентированным мышлением как компонентом алекситимии, а также степенью выраженности симптоматики у исследуемой клинической выборки могут свидетельствовать о том, что детская психологическая травма и негативный детский опыт в целом могут являться фактором риска для развития расстройств шизофренического спектра (в частности параноидной шизофрении) и значимым фактором в картине болезни данной нозологической группы, а магическое мышление и внешне-ориентированное мышление могут быть включены в механизм данной взаимосвязи.

В этой связи актуальным является дальнейшее исследование возможных механизмов, стоящих между детской психологической травмой и развитием симптомов заболевания, проверка существующих теоретических моделей и их дополнение, а также сопоставление данных, полученных на клинической группе больных

с параноидной шизофренией, с другими клиническими группами, в частности, группой пациентов с невротическими расстройствами.

### Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

### Литература

1. Коновалова А.Х., Холмогорова Б.А., Долныкова А.А. Репрезентации родительской семьи у больных шизоаффективными расстройствами и шизофренией // *Консультативная психология и психотерапия*. 2013. № 4. С. 70–95. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20901343>
2. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // *The Lancet*. 2013. Vol. 381(9875). P. 1371–1379. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62129-1
3. Петрова Е.А. Феномен психотравмы: теоретический аспект // *Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого*. 2013. № 2 (74). С. 89–91. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21142356>
4. Волкова Е.Н., Исаева О.М. Ребенок и насилие: диагностика, предотвращение и профилактика: монография. – Нижний Новгород, 2015. 290 с. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=31052101>
5. Валидизация русскоязычной версии международного опросника неблагоприятного детского опыта на выборке наркологических больных / Е.А. Катан, В.В. Карпец, С.В. Котлярова и др. // *Вопросы наркологии*. 2019. № 1-3. С. 66–85. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36956127>
6. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis / K. Hughes, M.A. Bellis, K.A. Hardcastle et al. // *Lancet Public Health*. 2017. Vol. 2 (8). P. e356–e366. DOI: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4
7. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis / K.S. Kendler, C.M. Bulik, J. Silberg et al. // *Arch Gen Psychiatry*. 2000. Vol. 57 (10). P. 953–959. DOI: 10.1001/archpsyc.57.10.953
8. History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood / B.E. Gibb, L.B. Alloy, L.Y. Abramson et al. // *Cognitive Therapy and*

Research. 2001. Vol. 25. P. 425–446. DOI: 10.1023/A:1005586519986

9. The developmental psychopathology of personality disorders / J.G. Johnson, P.G. McGeoch, V.P. Caskey et al. In B. L. Hankin & J.R.Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. Sage Publications, Inc, 2005. P 417–464. DOI: 10.4135/9781452231655.n15

10. Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a community-based longitudinal study / J.J. Johnson, E.M. Smailes, P. Cohen et al. // *Journal of Personality Disorders*. 2000. Vol. 14 (2). P. 171–187. DOI: 10.1521/pedi.2000.14.2.171

11. Psychological trauma and schizotypal personality disorder / H. Berenbaum, R.J. Thompson, M.E. Milanek et al. // *Journal of Abnormal Psychology*. 2008. Vol. 117 (3). P. 502–519. DOI: 10.1037/0021-843X.117.3.502

12. Schizophrenia: etiology and course / E. Walker, L. Kestler, A. Bollini, K.M. Hochman // *Annual Review of Psychology*. 2004. Vol. 55. P. 401–430. DOI: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141950

13. van Winkel R., Stefanis N.C., Myin-Germeys I. Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction // *Schizophrenia bulletin*. 2008. Vol. 34 (6). P. 1095–1105. DOI: 10.1093/schbul/sbn101

14. Selten J.-P., Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? // *The British Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 187. P. 101–102. DOI: 10.1192/bjp.187.2.101.

15. Collip D., Myin-Germeys I., Van Os J. Does the concept of «sensitization» provide a plausible mechanism for the putative link between the environment and schizophrenia? // *Schizophrenia bulletin*. 2008. Vol. 34 (2). P. 220–225. DOI: 10.1093/schbul/sbm163.

16. Childhood trauma as a cause of psychosis: linking genes, psychology, and biology / R. van Winkel, M. van Nierop, I. Myin-Germeys, J. van Os // *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 58 (1). P. 44–51. DOI: 10.1177/070674371305800109

17. Секоян И.Э. Алекситимия: предиктор, признак психосоматизации или личностная характеристика? // *Независимый психиатрический журнал*. 2007. № 4. С. 22–28. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12830098>

18. Выраженность шизотипических проявлений и особенности функциональной асимметрии головного мозга / Е.М. Сычугов, Е.В. Дорофеев, Е.Н. Сенина и др. // *Медицинский альманах*. 2018. № 5. С.153. DOI: 10.21145/2499-9954-2018-5-153-159

19. George L., Neufeld R.W. Magical ideation and schizophrenia // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987. Vol. 55 (5). P. 778–779. DOI: 10.1037//0022-006x.55.5.778.

**Давыдова Екатерина Владимировна**, аспирант кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7–9), davidova.kate@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8320-4030>

*Поступила в редакцию 24 июля 2020 г.; принята 11 октября 2020 г.*

DOI: 10.14529/jpps210105

## CHARACTERISTICS OF CHILDHOOD TRAUMATIC EXPERIENCES IN ADULT PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

**E.V. Davydova**, davidova.kate@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-8320-4030  
St. Petersburg State University (7-9 Universitetskaya Embankment,  
Saint Petersburg, 199034, Russia)

**Abstract.** In the absence of sufficient data on the environment-related context of schizophrenia spectrum disorders in Russian clinical psychology, the study of the factors affecting

the onset and course of these disorders is becoming increasingly important. **Aim.** The aim of our research was to study the characteristics of childhood traumatic experience, as well as its relations with psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia and possible mechanisms of such relations. **Materials and methods:** the symptom check list SCL-90 for assessing the severity of psychopathological symptoms, the adverse childhood experience international questionnaire (WHO ACE IQ), the magical ideation scale by M. Eckblad and L. Chapman, the Toronto alexithymia scale TAS-20-R, and a structured questionnaire have been used for the purpose of the study. **Results.** The obtained data demonstrate that the most frequent types of childhood traumatic experiences were emotional abuse, separation from parents and collective violence, the least frequent psychological traumas are mental illness in family members and sexual abuse. Most respondents report traumatic events as objectively significant. 57 % of respondents do not have the ability to respond to traumatic events, 89 % consider the events subjectively unfair, 46 % believe that traumatic events are relevant at the moment. Prolonged events leading to mental overstrain were of prevailing intensity. A number of types of childhood traumatic experiences have correlations with psychopathological symptoms: physical violence correlates with hostility; emotional abuse has correlations with anxiety and psychoticism; substance abuse by family members correlates with both obsessive-compulsive symptoms and hostility; emotional neglect and collective violence have correlations with psychoticism; bullying correlates with interpersonal sensitivity and anxiety. The overall level of childhood traumatic experience correlates with psychoticism and externally-oriented thinking. Domestic violence correlates with magical ideation. **Conclusion:** the results of the study suggest that childhood psychological trauma is a risk factor for the development of schizophrenia spectrum disorders, in particular paranoid schizophrenia. Magical ideation and externally-oriented thinking can be included in the mechanism of this relationship.

**Keywords:** childhood psychological trauma, adverse childhood experience, ACE, paranoid schizophrenia, psychological trauma, psychopathological symptoms.

**Conflict of interest.** The author declares no conflict of interest.

### References

1. Konovalova A.H., Holmogorova B.A., Dolnykova A.A. Representation of the parental family in patients with schizoaffective disorders and schizophrenia. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya = Counselling psychology and psychotherapy*. 2013; 4: 70–95. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20901343> (in Russ.).
2. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *The Lancet*. 2013; 381 (9875): 1371–1379. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62129-1
3. Petrova E.A. The phenomenon of psychological trauma: a theoretical aspect. *Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta im. Yaroslava Mudrogo = Bulletin of the Novgorod State University. Yaroslav the Wise*. 2013; 2 (74): 89–91. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21142356> (in Russ.).
4. Volkova E.N., Isaeva O.M. *Child and violence: diagnosis, prediction and prevention*. Nizhny Novgorod. 2015: 290. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=31052101> (in Russ.).
5. Katan E.A., Karpec V.V., Kotlyarova S.V. et al. Validation of the Russian-language version of the international questionnaire of adverse childhood experiences on a sample of drug addicts. *Voprosy narkologii = Addiction issues*. 2019; 1-3: 66–85. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36956127> (in Russ.).
6. Hughes K., Bellis M.A., Hardcastle K.A. et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017; 2 (8): e356–e366. DOI: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4
7. Kendler K.S., Bulik C.M., Silberg J. et al. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57 (10): 953–959. DOI: 10.1001/archpsyc.57.10.953
8. Gibb B.E., Alloy L.B., Abramson L.Y. et al. History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research*. 2001; 25: 425–446. DOI: 10.1023/A:1005586519986
9. Johnson J.G., McGeoch P.G., Caskey V.P. et al. The developmental psychopathology of personality disorders. In B.L. Hankin & J.R.Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology:*

*A vulnerability-stress perspective.* 2005: 417–464. Sage Publications, Inc. DOI: 10.4135/9781452231655.n15

10. Johnson J.J., Smailes E.M., Cohen P. et al. Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders.* 2000; 14 (2): 171–187. DOI: 10.1521/pedi.2000.14.2.171

11. Berenbaum H., Thompson R.J., Milanek M.E. et al. Psychological trauma and schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology.* 2008; 117 (3): 502–519. DOI: 10.1037/0021-843X.117.3.502

12. Walker E., Kestler L., Bollini A., Hochman K.M. Schizophrenia: etiology and course. *Annual Review of Psychology.* 2004; 55: 401–430. DOI: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141950

13. van Winkel R., Stefanis N.C., Myin-Germeys I. Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction. *Schizophrenia bulletin.* 2008; 34 (6): 1095–1105. DOI: 10.1093/schbul/sbn101

14. Selten J.-P., Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? *The British Journal of Psychiatry.* 2005; 187: 101–102. DOI: 10.1192/bjp.187.2.101.

15. Collip D., Myin-Germeys I., Van Os J. Does the concept of «sensitization» provide a plausible mechanism for the putative link between the environment and schizophrenia? *Schizophrenia bulletin.* 2008; 34 (2): 220–225. DOI: 10.1093/schbul/sbm163.

16. van Winkel R., van Nierop M., Myin-Germeys I., van Os J. Childhood trauma as a cause of psychosis: linking genes, psychology, and biology. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2013; 58 (1): 44–51. DOI: 10.1177/070674371305800109

17. Sekoyan I.E. Alexithymia: predictor, sign of psychosomatization or personal characteristics. *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal = Independent psychiatrist journal.* 2007; 4: 22–28. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12830098> (in Russ.)

18. Sychugov E.M., Dorofeev E.V., Senina E.N. et al. Severity of schizotypal manifestations and features of the functional asymmetry of the brain. *Meditinskii al'manakh = Medical almanac.* 2018; 5: 153–159. DOI: 10.21145/2499-9954-2018-5-153-159 (in Russ.).

19. George L., Neufeld R.W. Magical ideation and schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1987; 55 (5): 778–779. DOI: 10.1037//0022-006x.55.5.778.

**Received 24 July 2020; accepted 11 October 2020**

---

### ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Давыдова, Е.В. Характеристики детского травматического опыта у пациентов с параноидной шизофренией / Е.В. Давыдова // Психология. Психофизиология. – 2021. – Т. 14, № 1. – С. 43–52. DOI: 10.14529/jpps210105

### FOR CITATION

Davydova E.V. Characteristics of Childhood Traumatic Experiences in Adult Patients with Paranoid Schizophrenia. *Psychology. Psychophysiology.* 2021, vol. 14, no. 1, pp. 43–52. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps210105