

УДК 159

DOI: 10.34670/AR.2021.87.22.005

**Взаимосвязь детского травматического опыта, ранних
дезадаптивных схем и психопатологической симптоматики
у пациентов с параноидной шизофренией**

Давыдова Екатерина Владимировна

Аспирант,
Санкт-Петербургский государственный университет,
199034, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9;
e-mail: davidova.kate@hotmail.com

Аннотация

Исследование было направлено на изучение характеристик детского травматического опыта у взрослых пациентов с параноидной шизофренией, а также взаимосвязи детского травматического опыта с психопатологической симптоматикой и ранними дезадаптивными схемами у данной нозологической группы. В исследовании участвовали 30 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0). 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; методику диагностики ранних дезадаптивных схем Д. Янга «YSQ-S3R»; структурированную анкету для определения других характеристик детского травматического опыта. Для математической обработки данных использовалась описательная статистика, непараметрический корреляционный анализ Спирмена. Анализ результатов показал, что детская психологическая травма играет значимую роль в картине болезни у пациентов с параноидной шизофренией и может являться фактором риска. Выявлено, что из всех видов детского травматического опыта наиболее представленными оказались эмоциональное насилие, разлучение с родителями вследствие смерти или развода и коллективное насилие. Обнаружено, что детский травматический опыт имеет множественные взаимосвязи с психопатологической симптоматикой, а 3 домена ранних дезадаптивных схем («Разрыв связей/отвержение», «Дефицит автономии/боязнь проявить себя», «Ориентация на других») могут раскрывать механизм взаимосвязи детского травматического опыта с психопатологической симптоматикой.

Для цитирования в научных исследованиях

Давыдова Е.В. Взаимосвязь детского травматического опыта, ранних дезадаптивных схем и психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2021. Т. 10. № 1А. С. 29-41. DOI: 10.34670/AR.2021.87.22.005

Ключевые слова

Негативный детский опыт, НДО, ранние дезадаптивные схемы, психологическая травма, детский травматический опыт, параноидная шизофрения, шизофрения.

Введение

Существенное количество психологических теорий подчеркивают влияние детского опыта на формирование как личности взрослого человека, так и его эмоций, состояний и ощущения себя. Немаловажным является и изучение взаимосвязи детства с психическим здоровьем человека. Современная клиническая психология и психотерапия во многом основывается на биопсихосоциальной модели психических расстройств. Существуют доказательства, что семейные и средовые факторы вносят свой вклад в развитие и течение психических болезней [Холмогорова., Воликова, 2004].

В современной отечественной клинической психологии отмечается дефицит комплексных исследований семейного и средового контекста расстройств шизофренического спектра, при наличии разнообразных системных исследований родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами [Холмогорова., Воликова, 2004]. Важность 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, депрессивное расстройство и шизофрения) не выявили специфических генетических различий между ними. Было доказано, что молекулярно-генетические факторы риска являются общими для этих пяти психических расстройств.

Психологическая травма традиционно рассматривается как следствие неблагоприятных средовых факторов. Под психологической травмой обычно понимается личностно значимая ситуация, имеющая характер патогенного воздействия на психику человека и способная привести к расстройствам психики. Психологические травмы характеризуются интенсивностью, субъективной значимостью, внезапностью и частотой проявления. Детские травмы дополнительно имеют такие характеристики как актуальность, наличие возможности отреагирования и субъективное ощущение справедливости события [Волкова., Исаева, 2015].

Существует немало доказательств, что плохое обращение в детстве, связано с различными психическими расстройствами. Например, исследования, изучающие взаимосвязь между детским травматическим опытом и шизотипическими симптомами, показывают, что из различных аспектов жестокого обращения эмоциональное насилие наиболее сильно ассоциировалось с шизотипическими симптомами; кроме того, были обнаружены взаимосвязи с физическим и эмоциональным пренебрежением, а также психотравмирующими событиями детства. При этом результаты ряда исследований демонстрирует, что у пациентов с психотическими расстройствами не всегда существует генетическая предрасположенность, которая затем осложняется психотравмирующим опытом, что в итоге приводит к психозу. В частности, есть исследование, изучавшее взаимосвязь городской среды и шизофрении, показывающее что дети, растущие в неблагополучных экономических условиях, но не имеющие семейного анамнеза психозов, в семь раз чаще заболевают шизофренией, чем дети, не имеющие таких жизненных условий [Lewis, 1992].

Для целей нашего исследования обратим внимание на существующее мнение о том, что лица с расстройствами шизофренического спектра могут искаженно сообщать факты о своем прошлом. Тем не менее, в обзоре литературы Brewin et al. (1993) пришел к выводу, что «нет оснований связывать психиатрический статус с менее надежным или менее обоснованным отзывом о детском опыте». И, наконец, следует отметить, что результаты проведенных исследований подчеркивают важность изучения взаимосвязи детского травматического опыта

у пациентов с психическими расстройствами на клинических выборках с более существенной представленностью лиц с высоким уровнем шизотипических симптомов [Berenbaum, 2008].

В качестве концептуальной основы, которая могла бы описывать, каким образом детский травматический опыт связан с развитием психического расстройства, мы взяли так называемую Модель травмы развития, диссоциации и психопатологии (A developmental trauma model of dissociation and psychopathology) [Schimmenti, Caretti, 2016].

Основные идеи данной теоретической модели заключаются в том, что детская психологическая травма может вызывать процессы паталогической диссоциации, которые затем могут пойти 2 путями:

Первый путь патологической диссоциации касается психических состояний. Его суть заключается в том, что из-за негативного детского опыта в отношениях с родителями ребенок может испытывать трудности с формированием последовательных когнитивных представлений о себе и других. Как следствие, у ребенка могут развиваться противоречивые и неинтегрированные психологические «рабочие схемы» взаимоотношений с собой и другими, а также интерпретации происходящего. В норме же должны выработаться согласованные и интегрированные рабочие схемы, чтобы психика в дальнейшем была способна ориентироваться во внешних стимулах, связывая их с теми или иными воспоминаниями о предыдущем опыте в схожих обстоятельствах. Противоречивые и неинтегрированные рабочие схемы могут легко привести к нарушениям в отношениях с собой и другими, так как представления о себе, собственном самосознании, а также интерпретации поведения других людей оказываются искажены ввиду ориентации на переработку опыта прошлого, а не на текущие «подсказки» окружающей среды и реальных других.

Данный путь может привести к психическому расстройству, ввиду того, что подобные рабочие схемы могут приобретать все более устойчивую форму, отдаляя человека от взаимодействия с актуальным внешним миром и создавая все более субъективное восприятие происходящего вокруг.

Второй путь патологической диссоциации касается соматических и телесных состояний. Травматический опыт на самом глубоком уровне ухудшает возможность восприятия собственных внутренних состояний, которые на самой ранней стадии развития в основном состоят из интероцептивных восприятий (интероцепцию здесь следует понимать, как процесс, обеспечивающий восприятие и анализ информации о состоянии организма) с соответствующими им соматическими и сенсорными коррелятами [Stern, 1985].

Ущерб, нанесенный психологической травмой, может препятствовать созреванию собственных стратегий саморегуляции, но также он может нанести урон способности различать телесные ощущения и связанные с ними эмоции. Это может быть связано с получившимися разрывами и возможными искажениями в восприятии собственного тела, которые могут в итоге ощущаться как конгломерат неразборчивых, разъединенных ощущений, а не как единое целое. Сниженная способность к интеграции и когнитивному представлению о состоянии тела может легко привести к тревожным соматическим жалобам и симптомам, а также к неадекватным мыслям, чувствам и поведению в ответ на них, что соотносится со сниженной толерантностью к психической и соматической боли, часто выраженной в соматических симптомах и связанных с ними расстройствах.

Графически данную модель в виде, адаптированном под цели нашего исследования, можно представить следующим образом.

Безусловно, данная модель сугубо схематична, тем не менее, она позволяет определить 2 вектора, по которым можно идти, размышляя о возможном механизме взаимосвязи детского

травматического опыта и психических расстройств в целом, и параноидной шизофрении в частности.

Опираясь на теоретическую модель, описанную выше и представленную на Рис. 1, рассмотрим, какие из существующих психологических механизмов могли бы быть факторами, связывающими детскую психологическую травму и психопатологическую симптоматику. В качестве предположения и опираясь на современные тенденции в клинической психологии и психотерапии, мы рассмотрим ранние дезадаптивные схемы в качестве такого связующего механизма.

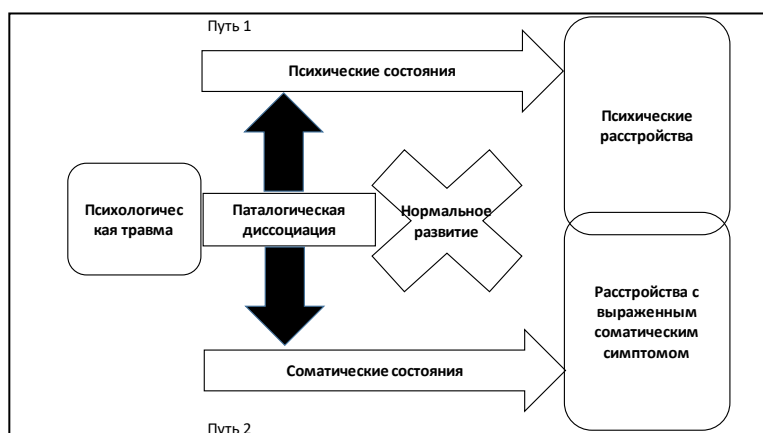


Рисунок 1 - Взаимосвязи психотравмирующего опыта, диссоциации и психопатологии

Теория ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга в свое время значительно расширила традиционную когнитивно-поведенческую терапию, добавив в нее акцент на характерологические аспекты расстройства и его детское происхождение [Young, 1990]. Согласно этой теории, детский травматический опыт в семье, со сверстниками и внутри социальных групп, может приводить к развитию так называемых ранних дезадаптивных схем (Early Maladaptive Schemas). Янг предложил, что ранняя дезадаптивная схема - это широкая модель, состоящая из воспоминаний, эмоций, когний и телесных ощущений относительно себя и своего взаимоотношения с другими, а последующее дезадаптивное поведение – является ответом на такую схему [Bortolon, 2013]. Считается, что ранние дезадаптивные схемы являются стабильными и глубокими когнитивными структурами, которые опосредуют личный опыт и то, как дети могут понимать и управлять своей окружающей обстановкой. Существуют исследования, демонстрирующие взаимосвязь ранних дезадаптивных схем с психическим здоровьем.

Таким образом, **цель нашего исследования:** изучить характеристики детского травматического опыта (вид, интенсивность, значимость, актуальность, возможность отреагирования и субъективное ощущение справедливости события), взаимосвязь данного вида опыта с ранними дезадаптивными схемами и психопатологической симптоматикой у взрослых пациентов с параноидной шизофренией.

Выборка и методы исследования

Выборка. Исследование проводилось на базе городской психиатрической больницы № 6 Санкт-Петербурга. Выборку составили 30 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0), находящиеся на стационарном лечении

(психофармакотерапия, психокоррекционные/ психотерапевтические мероприятия). 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 наличия информированного согласия в истории болезни на участие в исследованиях и передачу данных о себе в «научных и учебных целях».

Методики. Дизайн исследования включал в себя: опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90; опросник неблагоприятного детского опыта (WHO ACE IQ) для определения вида психотравмирующего опыта и степени его выраженности; методику диагностики ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга «YSQ-S3R»; а также структурированную анкету для определения других характеристик детского травматического опыта, разработанную в связи с задачами исследования.

Математическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS. Для обработки имеющихся данных мы использовали описательную статистику; непараметрический корреляционный анализ Спирмена для выявления взаимосвязей показателей негативного детского опыта, магического мышления, алекситимии, ранних дезадаптивных схем и психопатологической симптоматики.

Результаты исследования

Для удобства интерпретации результатов исследования отметим, что здесь и далее, детский травматический опыт и негативный детский опыт (НДО), будут обозначены как синонимы.

Прежде всего, рассмотрим данные о частоте встречаемости того или иного вида НДО у исследуемой выборки (в % от общего числа респондентов).

Таблица №1 - Ранжированные виды негативного детского опыта в исследованной выборке

Частота встречаемости	Вид НДО
Наиболее частое Наименее частое	Эмоциональное насилие; Развод, разлука, смерть родителей; Коллективное насилие
	Физическое насилие; Внутрисемейное, домашнее насилие; Буллинг, издевательства сверстников
	Употребление ПАВ родителями и опекунами; Эмоциональное пренебрежение
	Физическое пренебрежение
	Криминальное поведение родителей и опекунов
	Сексуальное насилие
	Хронические психические заболевания у родственников
Среднее количество видов НДО на 1 человека: 7 видов, Минимальное количество: 2 вида	

Данные, представленные в таблице №1 и Рис. 2 и заполненных анкетах, демонстрируют, что у всех респондентов присутствовало хотя бы 2 вида НДО, при этом, наиболее часто встречающимися были эмоциональное насилие, разлучение с родителями в следствие смерти

The relationship between childhood...

или развода и коллективное насилие (речь идет о том, что дети были свидетелями жестокого обращения с другими во дворе, школе...) (90%). Наименее встречающимися были заявленные респондентами психические заболевания у ближайших родственников (10%) и сексуальное насилие (13%). 57% не имели возможности отреагирования случившегося (разговор с взрослым); 89% - относятся к упомянутым психотравмирующим эпизодам как к чему-то несправедливому; 46% пациентов считают травматические события актуальными в настоящий момент и периодически вспоминают о них, отмечают ощущение влияния случившегося на их жизнь. По интенсивности в данной выборке представлены все виды событий с преобладанием пролонгированных, трансформирующих условия многих лет жизни, а также приводящих к психическому перенапряжению.

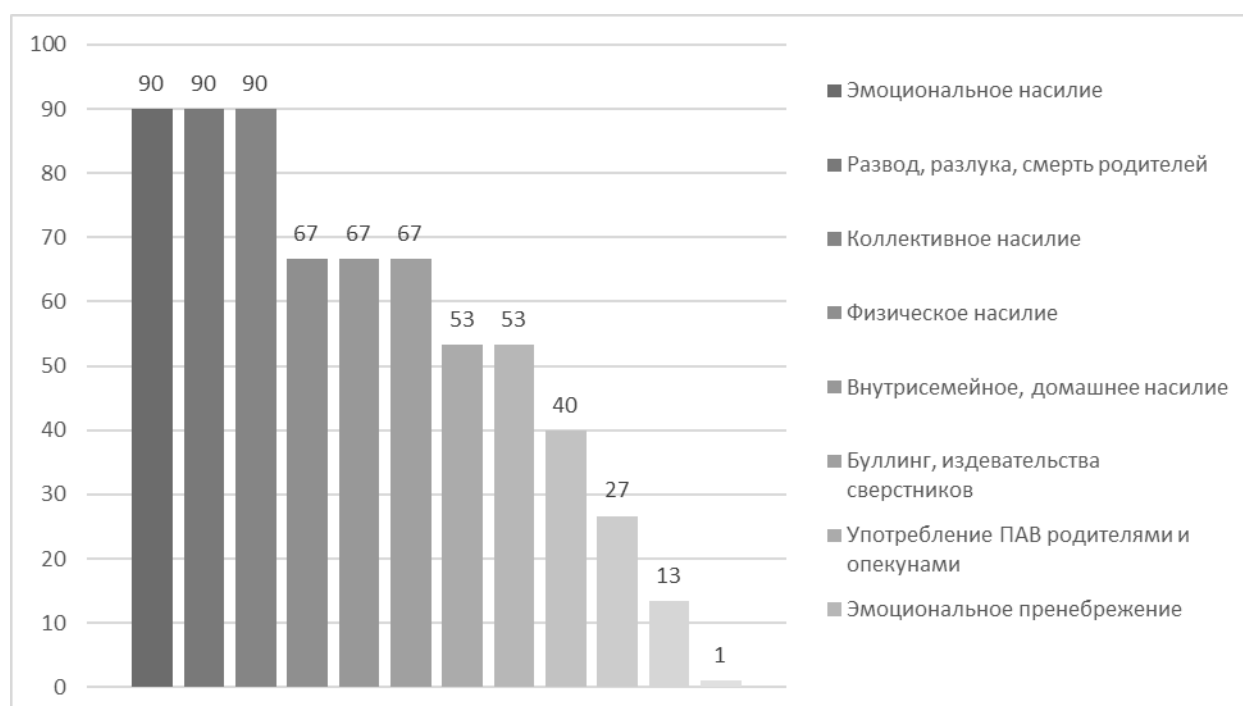


Рисунок 2 - Представленность НДО, в % от общего числа респондентов

Далее обратимся к полученным данным по ранним дезадаптивным схемам.

Таблица 2 - Представленность ранних дезадаптивных схем у исследуемой выборки

Домен	Схема	Данные выборки	Среднее по домену
1.Нарушение связи и отвержение	Покинутость/нестабильность	36,13	28,56
	Недоверие/ожидание жестокого обращения	28,27	
	Эмоциональная депривированность	28,53	
	Дефективность/стыд	17,07	
	Социальная отчужденность	32,80	
2.Нарушенная автономия	Зависимость/ некомпетентность	28,93	28,90
	Уязвимость	28,40	
	Спутанность/неразвитая идентичность	29,07	
	Неуспешность	29,20	
3.Нарушенные границы	Привилегированность/грандиозность	36,80	39,47
	Недостаток самоконтроля	42,13	

Домен	Схема	Данные выборки	Среднее по домену
4. Направленность на других	Покорность	37,73	42,67
	Самопожертвование	41,73	
	Поиск одобрения	48,53	
5. Сверхбдительность и запреты	Негативизм/пессимизм	35,87	39,93
	Подавление эмоций	36,13	
	Жесткие стандарты/придирчивость	49,47	
	Пунитивизм	38,27	

Как можно увидеть из таблицы №2, наибольшее значение – по домену 4 «Направленность на других». Отметим, что домен «Нарушение связи и отвержение» отражает ожидание того, что потребности пациента в защите, безопасности, стабильности, опеке, эмпатии, принятии, одобрении и уважении не удовлетворяются. В семейной истории таких пациентов характерно: изолированное (обособленное), холодное, отвергающее, взрывное, непредсказуемое или жестокое поведение.

Далее идет домен 5 «Сверхбдительность и запреты», который отражает придание чрезмерного значения подавлению своих спонтанно возникающих чувств, импульсов и предпочтений или выработку жестких внутренних правил, касающихся этичности поведения – часто в ущерб собственному счастью, самореализации, расслаблению, самовыражению, близким отношениям и здоровью. Для семей таких пациентов характерны: жестокость, деспотичность, требовательность, иногда применение наказаний: наличие множества обязательств, перфекционизм, следование правилам, скрывание эмоций, избегание возможных ошибок превалирует над получением удовольствия, радости и релаксации. Обычны скрытые тенденции к пессимизму и тревожности они выходят на поверхность, если пациенту не удастся быть бдительным и осторожным в течение всего времени.

Далее следует домен 3 – «Нарушенные границы», показывающий дефицит внутренних границ, ответственности перед другими, долгосрочной ориентации на цель. Данная группа ранних дезадаптивных схем приводит к сложности в уважении прав других людей, сотрудничеству с другими и становлении реалистичных целей. Для семей таких пациентов характерно: попустительство, баловство, нехватка руководства и воспитание чувства превосходства – вместо соответствующей конфронтации, дисциплины и взятия на себя ответственности (в разумных пределах), обоюдного сотрудничества и постановки реалистичных целей.

Следующий домен 2 – «Нарушенная автономия» – ожидания (от себя и окружающего мира), которые сталкиваются с пониженной способностью к сепарации, выживанию, независимому функционированию и успешному проявлению себя. В типичной семейной истории таких пациентов спутанность (семейных ролей, отсутствие внутрисемейных личных границ), подрыв уверенности ребенка в себе, гиперопека или провал попытки подготовить ребенка к успешному проявлению себя вне семьи.

И, наконец, домен 1 – «Нарушение связи и отвержение», которые характеризуется тем, что ожидание того, что потребности пациента в защите, безопасности, стабильности, опеке, эмпатии, принятии, одобрении и уважении не были удовлетворены. В семейной истории таких пациентов характерно: изолированное (обособленное), холодное, отвергающее, взрывное, непредсказуемое или жестокое поведение.

Теперь рассмотрим взаимосвязь НДО, и психопатологической симптоматики.

Достоверные связи, выявленные в ходе корреляционного анализа, представлены на Рис 3.

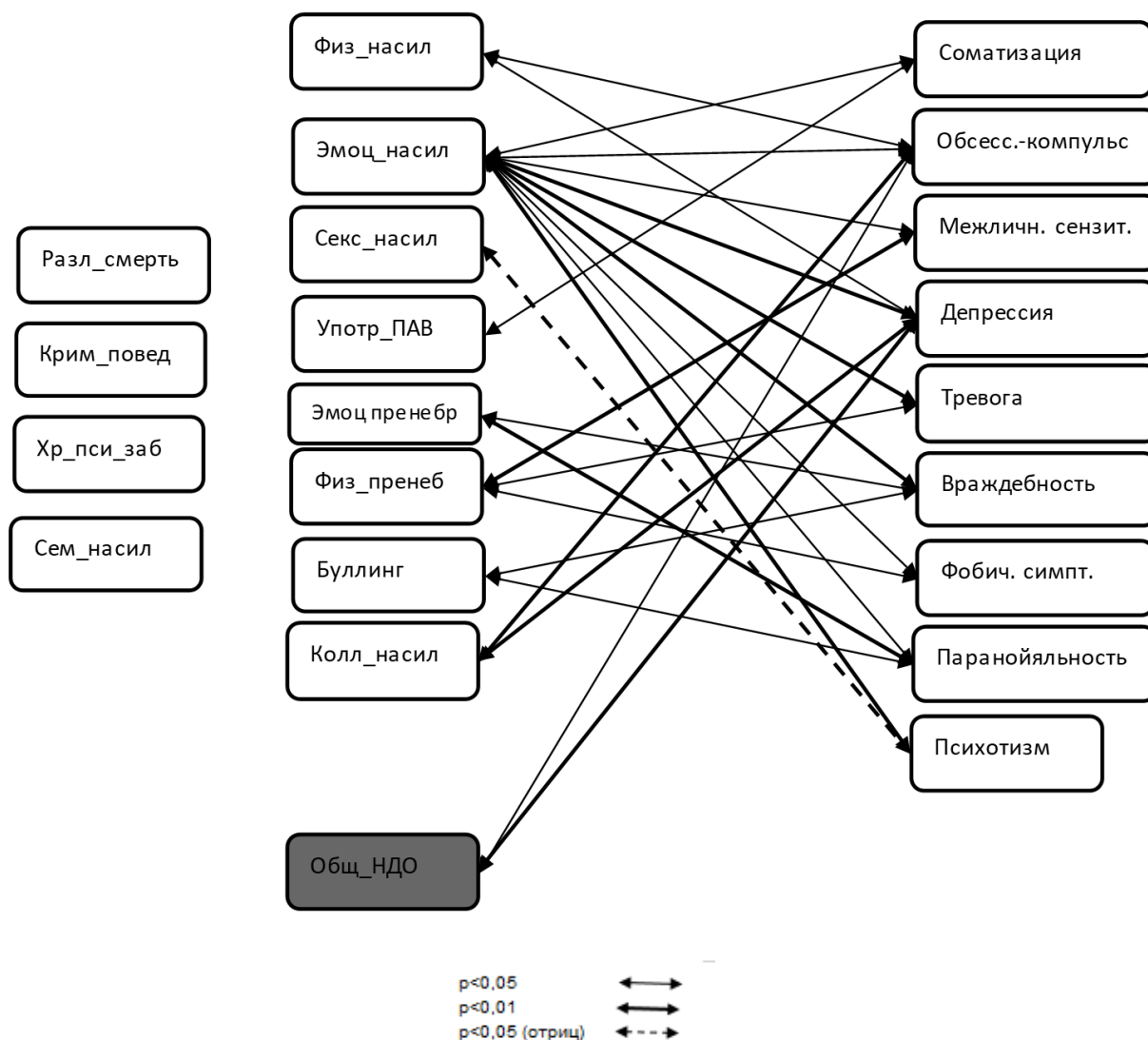


Рисунок 3 - Структура взаимосвязи негативного детского опыта (НДО) с психопатологической симптоматикой

Как видно из Рис. 2, НДО имеет множество значимых взаимосвязей с симптоматикой. Значимые взаимосвязи обнаружены у шкал «Физическое насилие», «Эмоциональное (психологическое) насилие», «Сексуальное насилие», «Употребление ПАВ родителями или опекунами», «Эмоциональное пренебрежение», «Физическое пренебрежение», «Буллинг» и «Коллективное насилие».

Наибольшее количество взаимосвязей обнаруживает шкала «Эмоциональное (психологическое) насилие». Данный показатель взаимосвязан со всеми шкалами симптоматического опросника SCL-90, отражающего психопатологическую симптоматику. Напомним, что эмоциональное насилие является также самым часто встречающимся видом НДО. Полученные данные позволяют предполагать, что этот вид НДО имеет существенное значение в картине болезни у пациентов с параноидной шизофренией.

Дополнительно отметим, что общий уровень НДО связан со шкалой обсессивно-

компульсивных симптомов и шкалой депрессии. Шкалы «Разлучение с родителями/опекунами в связи с разводом или смертью», «Криминальное поведение родителей/опекунов», «Хронические психические заболевания родителей/опекунов» и «Семейное насилие» оказались не связанными с психопатологической симптоматикой.

Далее рассмотрим взаимосвязь НДО, ранних дезадаптивных схем и психопатологической симптоматики.

Достоверные взаимосвязи, выявленные в ходе корреляционного анализа, представлены далее на Рис. 4.

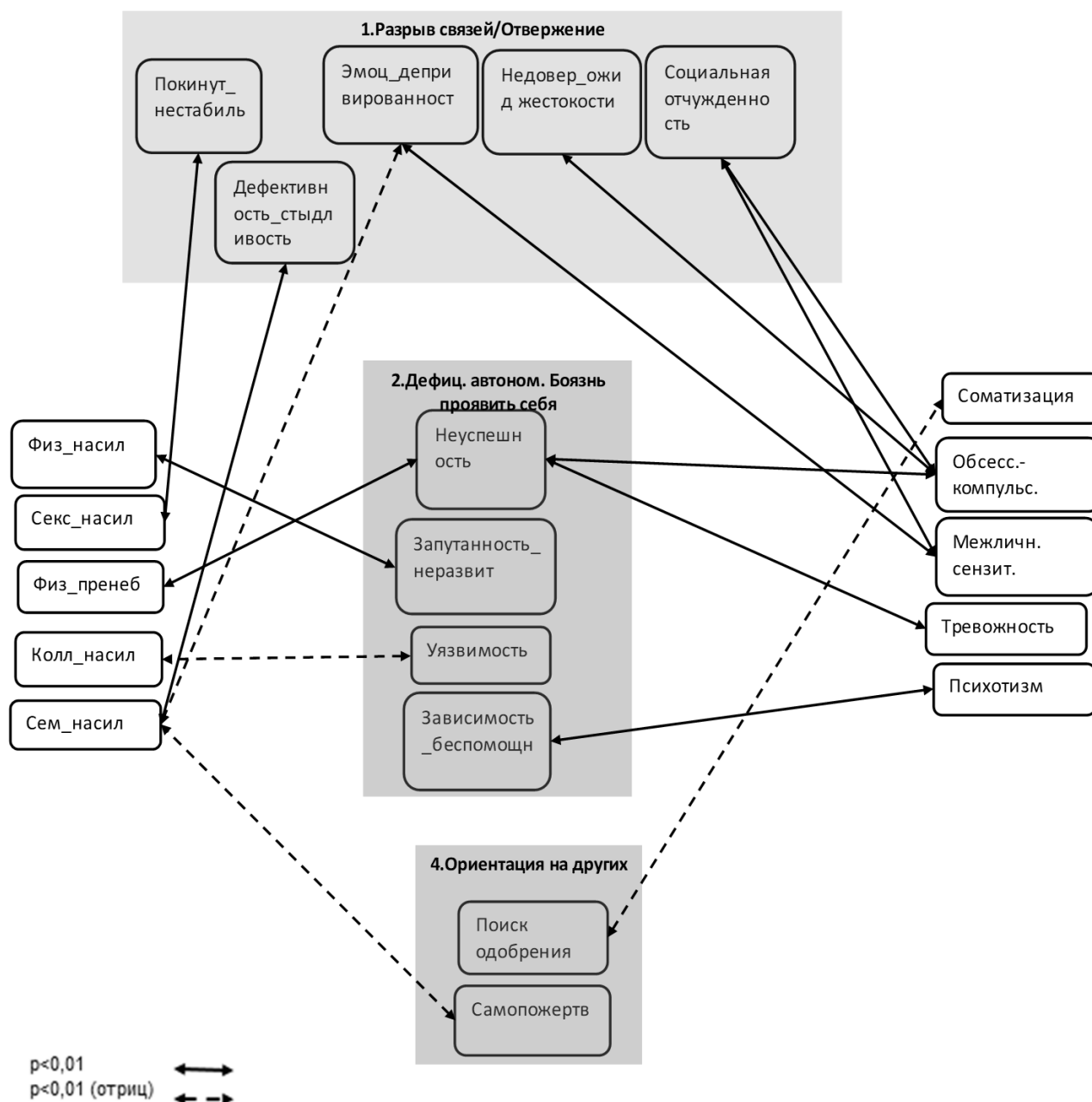


Рисунок 4 - Структура взаимосвязи негативного детского опыта (НДО) с ранними дезадаптивными схемами и психопатологической симптоматикой.

Прежде чем приступить к интерпретации взаимосвязей отметим, что на рисунке изображены только связи, значимые на уровне $p < 0,01$.

Как видно из Рис. 3, 5 видов НДО («Физическое насилие», «Сексуальное насилие», «Физическое пренебрежение», «Коллективное насилие», «Семейное насилие») имеют взаимосвязи с 3 доменами ранних дезадаптивных схем («Разрыв связей/отвержение», «Дефицит автономии/боязнь проявить себя», «Ориентация на других»), а ранние дезадаптивные схемы, соответственно, связаны с 5 показателями психопатологической симптоматики («Соматизация», «Обсессивно-компульсивные симптомы», «Межличностная сензитивность», «Тревожность» и «Психотизм»).

Наибольшее количество взаимосвязей обнаружено у НДО (шкалы «Сексуальное насилие», «Семейное насилие»), так и шкал психопатологической симптоматики (шкалы «Обсессивно-компульсивные симптомы» и «Межличностная сензитивность») – с доменом «Разрыв связей/отвержение».

Следующий по количеству связей домен – это «Дефицит автономии/боязнь проявить себя». 2 вида НДО («Физическое насилие» и Коллективное насилие») и 3 вида психопатологической симптоматики («Обсессивно-компульсивные симптомы», «Тревожность» и «Психотизм») имеют значимые взаимосвязи с данным доменом на уровне $p < 0,01$.

И, наконец, «Семейное насилие» связано с доменом «Ориентация на других», а данный домен, в свою очередь, с таким психопатологическим симптомом как «Соматизация».

Обсуждение результатов исследования

Одной из целей нашего исследования являлось определение качественной специфики детского травматического опыта у пациентов с параноидной шизофренией. Полученные нами данные демонстрируют, что детский травматический опыт действительно играет значимую роль в картине болезни у исследуемой выборки. Существуют преобладающие виды опыта (эмоциональное насилие, разлучение с родителями в следствие смерти или развода и коллективное насилие). Отметим, что результаты нашего исследования частично совпали с данными Berenbaum, (2008), где изучалась связь между детским травматическим опытом и шизотипическими симптомами. В обоих исследованиях можно отметить превалирование эмоционального (психологического) насилия над другими видами опыта. Ввиду того, что эмоциональное насилие – самый часто встречающийся вид НДО, можно предполагать, что именно этот вид НДО имеет существенное значение в картине болезни у пациентов с параноидной шизофренией.

Наибольшее количество взаимосвязей между детским травматическим опытом (шкалы «Сексуальное насилие», «Семейное насилие»), психопатологической симптоматикой (шкалы «Обсессивно-компульсивные симптомы» и «Межличностная сензитивность») и ранними дезадаптивными схемами было обнаружено с доменом «Разрыв связей/отвержение». Мы можем предполагать, что ребенок, столкнувшийся с такими психотравмирующими событиями может сформировать особую модель взаимодействия с собой и окружающим миром (дезадаптивную схему), в которой нет предсказуемости, ощущения безопасности и стабильности, что может привести к мыслям, импульсам и действиям, непроизвольно возникающим в сознании, что характерно для обсессивно-компульсивной симптоматики. Или же к беспокойству и заметному дискомфорту в межличностном взаимодействии, а также негативным ожиданиям относительно любых коммуникаций с другими людьми, что характерно для межличностной сензитивности.

Следующий по количеству связей домен это «Дефицит автономии/боязнь проявить себя». 2 вида НДО («Физическое насилие» и Коллективное насилие») и 3 вида психопатологической симптоматики («Обсессивно-компульсивные симптомы», «Тревожность» и «Психотизм»). Мы можем предполагать, что 2 данных вида НДО могут приводить к устойчивой модели взаимодействия с собой и миром (дезадаптивной схеме), связанной с размытыми личностными границами, слабым эго, зависимым поведением, генерализованной тревогой и другими симптомами, которые могут привести к выраженной психопатологической симптоматике в виде тревожности и психотизма.

«Семейное насилие» связано с доменом «Ориентация на других», а данный домен, в свою очередь, с таким психопатологическим симптомом как «Соматизация». Мы можем предполагать, что ребенок, столкнувшийся с семейным насилием действительно может выработать схему взаимодействия, при которой ему нужно подстраиваться, быть крайне бдительным, постоянно думать о поведении и реакциях других, игнорируя тем самым свои чувства и переживания, находясь в постоянном напряжении. А как известно, соматизация как раз свидетельствует о присутствии у респондентов дистресса, возникающего на фоне телесной дисфункции.

Немаловажным будет отметить, что в этой части наше исследование частично подтверждает данные исследования Bortolon С. и др., изучавшего взаимосвязь ранних дезадаптивных схем с позитивными симптомами шизофрении, в котором также значимыми оказались именно эти домены (Bortolon, 2013).

Выводы

Подводя итоги нашего исследования, касающегося изучения детского травматического опыта у пациентов с параноидной шизофренией, можно сделать следующие выводы. Наше исследование подтвердило, что детская психологическая травма имеет значимую роль в картине болезни у пациентов с параноидной шизофренией и может являться значимым фактором риска для данной нозологической группы. Детский травматический опыт действительно имеет множественные связи с психопатологической симптоматикой, причем эмоциональное насилие связано со всеми видами психопатологической симптоматики. Кроме того, 3 домена ранних дезадаптивных схем («Разрыв связей/отвержение», «Дефицит автономии/боязнь проявить себя», «Ориентация на других») могут быть включены в механизм взаимосвязи детского травматического опыта с психопатологической симптоматикой как опосредующие или сопутствующие факторы.

Результаты нашего исследования вносят вклад в понимание особенностей детского травматического опыта у пациентов с параноидной шизофренией. Полученные данные могут быть полезны специалистам, работающим с данной нозологической группой, в частности, клиническим психологам, психиатрам и врачам-психотерапевтам. Исследование подтверждает необходимость включения детского травматического опыта в картину болезни пациентов с параноидной шизофренией, а значит, важности этого аспекта для психотерапии и психокоррекции. Часть исследования, касающаяся возможных опосредующих факторов, которые могли бы быть включены в механизм взаимосвязи детского травматического опыта и психопатологической симптоматики, дает более глубокое понимание и, возможно, новый взгляд для будущих исследователей и теоретиков касательно того, как именно детская психологическая травма может являться фактором риска для развития психического

расстройства.

Дополнительно стоит отметить, что у нашего исследования могут быть ограничения. Прежде всего отметим относительно небольшое количество респондентов в выборке (30 человек), а также возможные половые особенности, ввиду того, что все респонденты были мужчины, страдающие параноидной шизофренией. Таким образом, рекомендацией для дальнейшего изучения данной темы могло бы быть расширение выборки за счет количества, добавления эквивалентного количества респондентов женского пола, а также других клинических групп для сопоставления результатов.

Библиография

1. Волкова Е. Н., Исаева О. М. Ребенок и насилие: диагностика, предотвращение и профилактика: монография // Н. Новгород. – 2015.
2. Холмогорова А.Б., Воликова А.Х. Семейный контекст расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 2. С. 11—20.
3. Berenbaum H. et al. Psychological trauma and schizotypal personality disorder // Journal of Abnormal Psychology. – 2008. – Т. 117. – №. 3. – С. 502.
4. Bortolon C. et al. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study // Psychiatry Research. – 2013. – Т. 209. – №. 3. – С. 361-366.
5. Jordan W. Smoller (lead), Nicholas Craddock, Kenneth Kendler, Phil Hyoun Lee, Benjamin M. Neale, John I Nurnberger, Stephan Ripke, Susan Santangelo, Patrick F. Sullivan. Identification of risk with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // Published online February 28, 2013 www.thelancet.com
6. Lewis G. et al. Schizophrenia and city life // The Lancet. – 1992. – Т. 340. – №. 8812. – С. 137-140.
7. Simard V., Moss E., Pascuzzo K. Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. – 2011. – Т. 84. – №. 4. – С. 349-366.
8. Schimmenti A., Carretti V. Linking the overwhelming with the unbearable: developmental trauma, dissociation, and the disconnected self // Psychoanalytic Psychology. – 2016. – Т. 33. – №. 1. – С. 106.
9. Stern D. The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books // Winne, LC and Singer, MT (1963), Thought disorder and family relations of schizophrenics. – 1985. – Т. 1. – С. 9, 191-206.
10. Young J. E. Cognitive therapy for personality disorders. – 1990.
11. Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. Schema-focused therapy: A practitioner's guide. – 2003.

The relationship between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemes and psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia

Ekaterina V. Davydova

Post-graduate student,
Saint Petersburg State University,
199034, 7/9, Universitetskaya embankment, St. Petersburg, Russian Federation;
e-mail: davidova.kate@hotmail.com

Abstract

Our research was aimed at studying the characteristics of adverse childhood experience in adult patients with paranoid schizophrenia, the relationship of adverse childhood experience with psychopathological symptoms and early maladaptive schemes in this nosological group. The study involved 30 men aged 20 to 40 years with a diagnosis of paranoid schizophrenia (F20.0). The study design included the following methods: SCL-90 psychopathological symptom severity

Ekaterina V. Davydova

questionnaire; questionnaire of adverse childhood experiences (WHO ACE IQ) to determine the type of traumatic experience and the degree of its severity; methodology for diagnosing early maladaptive schemes by D. Young "YSQ-S3R"; a structured questionnaire to determine other characteristics of childhood traumatic experiences. For mathematical data processing we used descriptive statistics and Spearman's nonparametric correlation analysis. Analysis of the results showed that adverse childhood experience has a significant role in the picture of the disease in patients with paranoid schizophrenia and may be a risk factor. Of all types of childhood traumatic experiences, emotional abuse, separation from parents due to death or divorce, and collective violence were the most represented. It was revealed that childhood traumatic experience has multiple correlations with psychopathological symptoms, and 3 domains of early maladaptive schemes ("Disconnection/Rejection", "Impaired Autonomy and/or Performance", "Other-Directedness") - can be explain the mechanism of the relationship between adverse childhood experience with psychopathological symptoms.

For citation

Davydova E.V. (2021) Vzaimosvyaz' detskogo travmaticheskogo opyta, rannikh dezadaptivnykh skhem i psikhopatologicheskoi simptomatiki u patsientov s paranoidnoi shizofreniei [The relationship between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemes and psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 10 (1A), pp. 29-41. DOI: 10.34670/AR.2021.87.22.005

Keywords

Adverse childhood experience, ACE, early maladaptive schemas, psychological trauma, childhood traumatic experience, paranoid schizophrenia, schizophrenia.

References

1. Volkova E. N., Isaeva O. M. Rebenok i nasilie: diagnostika, predotvrashchenie i profilaktika: monografiya [Child and violence: diagnosis, prevention and prevention: monograph]/N. Novgorod. – 2015.
2. Holmogorova A.B., Volikova A.H. Semejnyj kontekst rasstrojstv affektivnogo spektra [Family context of affective spectrum disorders] // *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2004. № 2. S. 11—20.
3. Berenbaum H. et al. Psychological trauma and schizotypal personality disorder // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2008. – T. 117. – №. 3. – C. 502.
4. Bortolon C. et al. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study // *Psychiatry Research*. – 2013. – T. 209. – №. 3. – C. 361-366.
5. Jordan W. Smoller (lead), Nicholas Craddock, Kenneth Kendler, Phil Hyoun Lee, Benjamin M. Neale, John I Nurnberger, Stephan Ripke, Susan Santangelo, Patrick F. Sullivan. Identification of risk with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // Published online February 28, 2013 www.thelancet.com
6. Lewis G. et al. Schizophrenia and city life // *The Lancet*. – 1992. – T. 340. – №. 8812. – C. 137-140.
7. Simard V., Moss E., Pascuzzo K. Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 2011. – T. 84. – №. 4. – C. 349-366.
8. Schimmenti A., Carretti V. Linking the overwhelming with the unbearable: developmental trauma, dissociation, and the disconnected self // *Psychoanalytic Psychology*. – 2016. – T. 33. – №. 1. – C. 106.
9. Stern D. The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Book // Winne, LC and Singer, MT (1963), Thought disorder and family relations of schizophrenics. – 1985. – T. 1. – C. 9,191-206.
10. Young J. E. Cognitive therapy for personality disorders. – 1990.
11. Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. Schema-focused therapy: A practitioner's guide. – 2003.