

Неблагоприятный детский опыт: термины, концепции и методы анализа

Шумская Д.С.¹, Трусова А.В.^{1,2}, Кибитов А.О.^{1,3}

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

³Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия

Обзорная статья

Резюме. Неблагоприятный детский опыт (НДО) считается одним из ключевых факторов риска развития психических расстройств. Особую актуальность изучению НДО придают результаты современных исследований об устойчивой и значимой ассоциации НДО с повышенным уровнем риска суицида в целом, и прежде всего у пациентов с психическими расстройствами: депрессией, шизофренией, биполярным аффективным расстройством. Таким образом, корректный анализ спектра, степени выраженности и тяжести НДО исключительно важен для построения комплексных многомерных моделей предикции уровня суицидального риска у пациентов с психическим расстройством. Однако, на сегодняшний день нет единого и общепринятого подхода к оценке НДО, что может приводить к конфликтности и низкому уровню воспроизводимости результатов.

Цель настоящего обзора: анализ и сопоставление различных вариантов оценки и интерпретации НДО для выделения оптимальных исследовательских алгоритмов в рамках современной трактовки биопсихосоциальной модели в психиатрии.

В обзоре проведен анализ современных терминов, концепций и методологий изучения НДО. Обсуждаются определения и феноменология НДО, специфика и особенности некоторых методологических схем оценки НДО, а также различные подходы к использованию НДО для построения прогностических моделей.

Таким образом, исследования НДО и его последствий активно развивается: происходит пересмотр и уточнение данных предыдущих исследований, совершенствуются способы выявления и оценки НДО, улучшаются методы прогноза последствий НДО во взрослом возрасте. Происходит становление и уточнение теоретических положений и вводятся определения понятий, которым ранее не уделялось должного внимания. Несмотря на существование разных подходов к изучению последствий НДО у взрослых, на современном этапе развития исследований наиболее оптимальным представляется анализ НДО в рамках биопсихосоциальной модели с фокусом на взаимодействие генома и окружающей среды, а также с учётом сложных эффектов генетических, социальных и личностных факторов.

Ключевые слова: неблагоприятный детский опыт (НДО); биопсихосоциальная модель; методы оценки НДО; ACE-IQ; CTQ; последствия НДО, психические расстройства, риск суицида.

Информация об авторах:

Шумская Диана Сергеевна* — email: shumskaya.diana@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0009-2859-8626>

Трусова Анна Владимировна — e-mail: anna.v.trusova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0921-4203>

Кибитов Александр Олегович — e-mail: druggen@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8771-625X>

Как цитировать: Шумская Д.С., Трусова А.В., Кибитов А.О. Неблагоприятный детский опыт: термины, концепции и методы анализа. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:3:40-51. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-3-1058>.

Конфликт интересов: А.О. Кибитов является заместителем главного редактора.

Исследование поддержано грантом РНФ № 23-15-00347 «Модели прогноза высокого риска суицида у пациентов с психическими расстройствами на основе комплексного анализа взаимодействия генома и неблагоприятного детского опыта».



Adverse childhood experiences: terms, concepts, and study methods

Diana S. Shumskaya¹, Anna V. Trusova^{1,2}, Alexander O. Kibitov^{1,3}

¹V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

² Saint Petersburg State University, Russia

³ I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Russia

Review article

Summary. Adverse childhood experience (ACE) is considered one of the key predictors of the development of mental disorders. The findings of recent research show the stable and significant association of ACE with increased suicide risk in general, and primarily in patients with mental disorders such as depression, schizophrenia, and bipolar affective disorder. This makes the study of ACE particularly relevant. Thus, correct analysis of the spectrum, intensity, and severity of ACE is extremely important for the construction of complex multidimensional predicting models of the level of suicide risk in patients with mental disorders. However, to date, there is no unique and universally accepted approach to assessment of ACE, which may lead to controversy and low reproducibility of results.

The purpose of this review is to examine and compare various methods of assessing and interpreting of ACE in order to identify optimal research algorithms within the current interpretation of the biopsychosocial model in psychiatry.

This article reviews current terms, concepts, and methods of studying ACE. We discuss the definitions and phenomenology of the ACE, the specificity and features of some of the methodological approaches to measuring ACE, and various approaches to using ACE to build predictive models.

To summarize, research on ACE and its consequences is actively developing: earlier studies' data are being corrected and clarified, methods of detecting and grading ACE are being improved, and ways of forecasting the consequences of ACE in adulthood are being improved. We can see that theoretical claims are becoming more developed and refined; rigorous definitions are emerging, despite not previously being the focus of attention. Despite the existence of different approaches to the examination of the consequences of ACE in adulthood, at the current stage of research development, the best approach is to analyze ACE within the framework of the biopsychosocial model, focusing on the interaction of genome and environment and taking into account the complex effects of genetic, social, and personal factors.

Keywords: adverse childhood experience (ACE); biopsychosocial model; ACE evaluation methods; ACE-IQ; CTQ; ACE outcomes; mental disorders; suicidal risk.

Information about the authors:

Diana S. Shumskaya* — email: shumskaya.diana@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0009-2859-8626>

Anna V. Trusova — e-mail: anna.v.trusova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0921-4203>

Alexander O. Kibitov — e-mail: druggen@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8771-625X>

To cite this article: Shumskaya DS, Trusova AV, Kibitov AO. Adverse Childhood Experiences: Terms, Concepts, and Study Methods. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:3:40-51. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-3-1058>. (In Russ.)

Conflict of Interest: Alexander O. Kibitov is a deputy editors-in-chief

The study was supported by RSF grant № 23-15-00347 «Predictive models for a high suicide risk in patients with mental disorders based on a comprehensive analysis of the interaction of the genome and adverse childhood experiences»

Термин «неблагоприятный детский опыт» (НДО), как правило, используется как общее обозначение многообразных негативных событий раннего периода жизни индивидуума, последствия которых ассоциированы с повышением уровня риска психических расстройств и соматических заболеваний [27; 29], а также суицидального риска [33;36]. Согласно современной трактовке биопсихосоциальной модели [5], именно НДО может быть важнейшим фактором внешней среды, существенно увеличивающим риск развития расстройства в результате взаимодействия генома и окружающей среды (GxE interactions) [35]. Ряд современных исследований сообщают об устойчи-

вой и значимой ассоциации НДО с повышенным уровнем риска суицида в целом [12], и прежде всего у пациентов с психическими расстройствами: с депрессией [17], шизофренией [26], биполярным аффективным расстройством (БАР) [10].

Таким образом, корректный анализ спектра, степени выраженности и тяжести НДО исключительно важен для построения комплексных многомерных моделей предикции уровня суицидального риска у пациентов с психическим расстройством.

Однако, на сегодняшний день нет единого и общепринятого подхода к оценке НДО, что может приводить к конфликтности и низкому уровню воспроизводимости результатов. Имеет место

одновременное существование методологически различных подходов к оценке НДО, которые оказывают существенное влияние на результаты исследований и их интерпретацию.

Цель настоящего обзора: анализ различных вариантов оценки и интерпретации НДО для выделения оптимальных исследовательских алгоритмов в рамках современной трактовки биопсихосоциальной модели в психиатрии.

Феномен НДО: от терминологии к феноменологии

Для начала следует отметить, что в данной области поразительно много терминов, означающих довольно близкие понятия. Так, для поиска исследований на тему НДО или детского психотравмирующего опыта в зарубежных журналах можно использовать такие словосочетания как «adverse childhood experiences» (неблагоприятный детский опыт) [27; 29], «childhood maltreatment» (плохое обращение в детстве) [22; 28], «childhood adversity» (детские невзгоды) [36; 42], реже «early life stress/adversity» (стресс/невзгоды в раннем возрасте) [38; 50] и «childhood trauma» (детская травма) [46; 47]. В большинстве работ авторы на свой вкус, без какой-либо аргументации выбирают любое из этих понятий и описывают одни и те же виды детского психотравмирующего опыта.

Однако, нам удалось найти исследование, в котором приведено разделение некоторых из этих похожих понятий. McLaughlin К.А. пишет о разнице между терминами «childhood adversity» и «childhood trauma». Она цитирует определение травмы, предложенное Американской психологической ассоциацией, в котором травма характеризуется как подверженность угрозе жизни, сексуальному насилию (или его угрозе), сильным повреждениям самого субъекта или же наблюдение за такими угрозами по отношению к своим родственникам или близким друзьям [39]. Из чего автор делает вывод, что «детская травма» — это более узкое понятие, описывающее один из вариантов «детских невзгод», и что это понятие, соответственно, охватывает только виды насилия и не включает в себя, например, пренебрежение, бедность и отсутствие постоянного заботящегося взрослого [39]. Также McLaughlin приводит различие между терминами «childhood adversity» и «toxic stress» (токсический стресс).

Первое относится к внешним обстоятельствам, тем событиям, которые происходят с ребёнком и требуют от него адаптации, а второе относится к реакции (как психологической, так и биологической) организма на это событие [39]. Имеются исследования, в которых «токсический стресс» и «неблагоприятный детский опыт» используются как синонимы [24]. В работе Bartlett J. и Sacks V. предложены следующие дефиниции: результатом проживания неблагоприятного детского опыта может быть один из двух исходов. Первый из возможных результатов воздействия неблагоприятного детского опыта — психологическая травма,

альтернативным возможным исходом является токсический стресс. Один и тот же вид неблагоприятного детского опыта может привести к формированию психотравмы у одного ребенка и токсического стресса у другого, так как реакции детей на НДО индивидуальны [16].

Проблема терминологии определяется и фокусом внимания в рассмотрении НДО — например, «стресс в раннем возрасте», на наш взгляд, подразумевает анализ воздействия НДО, помещенное в фокус внимания воздействия НДО на внутренние психические процессы ребенка (ребенок — субъект), а «плохое обращение в детстве», скорее, смещает фокус в сторону ухаживающего взрослого, и предполагаемое воздействие НДО на ребёнка описывается уже через действия взрослого, который либо пренебрегает уходом за ребёнком, либо совершает насильственные действия по отношению к нему (ребенок — объект). Также с использованием термина «childhood trauma/детская травма» можно найти работы, посвященные не только о психологической травме, но и о соматических, физических травмах разного происхождения. При подготовке данного обзора мы использовали для первоначального поиска англоязычных источников все эти термины, а затем анализировали содержание публикаций.

В русскоязычной литературе преимущественно используются два термина: «детский психотравмирующий опыт» и «неблагоприятный детский опыт». Насколько мы видим, нет чёткого разделения этих понятий, они используются как синонимы. При этом обращает на себя внимание субъективно различающееся восприятие этих понятий в плане тяжести этого опыта, его разрушающего воздействия на психику ребёнка. Детский психотравмирующий опыт как будто подразумевает более тяжёлые формы плохого обращения: сексуальное или физическое насилие и тотальные формы пренебрежения. В то же время неблагоприятный детский опыт, кажется, включает в себя и более мягкие проявления плохого обращения или их малую интенсивность. Тем не менее, мы не обнаружили какого-то чёткого правила применения этих терминов в отношении разных видов насилия и пренебрежения.

В этой работе мы опираемся на представление о травме, как о нарушении в психическом функционировании человека, которое может быть связано как с тяжёлыми обстоятельствами его жизни (например, проживанием в зоне боевых действий), так и с различными видами жестокого обращения, разными видами насилия и/или, с жёсткими видами пренебрежения [6]. Соответственно, психологическая травма для нас не сводится к опыту, полученному исключительно из-за насильственных действий другого человека.

Помимо трудностей с терминологией вполне закономерно наблюдаются сложности и с определением конструкта НДО. Даже в одном из первых исследований на тему последствий НДО во взрослом возрасте [23] не приводится определение. McLaughlin связывает такое тотальное отсут-

стве в работах дефиниций конструкта не только с тем, что его весьма сложно определить, но и с тем, что это как будто слишком очевидно: «Вы поймёте, что это, когда увидите» [39]. Впрочем, нам всё-таки удалось найти несколько работ, где предложено определение НДО.

В статье Teicher M.H. и Samson J.A. приводится самое лаконичное определение, из тех, что мы нашли: «Плохое обращение характеризуется устойчивой или повторяющейся подверженностью событиям, которые обычно сопровождаются разрушением доверия» [49]. Данное определение вполне отражает суть происходящего с ребёнком, однако, доверие — слишком общий и многозначный термин для подобного определения.

Другой вариант определения представлен в работе Norman R.E. и коллег [41]. Авторы пишут, что плохое обращение в детстве объединяет в себе все формы физического и/или эмоционального жестокого обращения, сексуального насилия, пренебрежения или халатного обращения, коммерческой или любой другой эксплуатации детей, которые приводят к фактическому или потенциальному ущербу здоровью, жизни, развитию или достоинству ребёнка в контексте отношений ответственности, доверия или власти [41]. Данное определение охватывает только те виды психотравмирующего опыта, которые подразумевают нанесение прямого ущерба ребёнку ухаживающим взрослым и позволяет нам разграничить понятия НДО и плохого обращения в детстве. Таким образом, можно утверждать, что плохое обращение в детстве — это часть неблагоприятного детского опыта, которая объединяет в себе различные виды прямого неблагоприятного воздействия на ребёнка. Также в данной работе представлены определения основных видов плохого обращения: физического насилия, сексуального насилия, эмоционального и психологического насилия и пренебрежения.

Одно из наиболее емких определений предложила McLaughlin K.A. [39]. Неблагоприятный детский опыт — это «подверженность в течение детства и подросткового возраста окружающим обстоятельствам, которые могут требовать значительной психологической, социальной или нейробиологической адаптации от среднестатистического ребёнка и представляют собой отклонение от ожидаемого окружения» [39]. Есть также модификация этого определения, предложенная Lacey R.E. и Minnis H.: неблагоприятный детский опыт — «опыт, который требует от развивающегося ребёнка значительного приспособления в психологическом и социальном плане, а также со стороны нервной системы, и который выходит за рамки ожидаемого нормального окружения» [33]. Данные определения представляются нам как максимально полно описывающие суть неблагоприятного детского опыта и охватывающие все возможные его варианты. Кроме того, здесь нет каких-либо сложных категорий вроде доверия, как в прошлых определениях, что позволяет более предметно операционализировать это поня-

тие. В этом определении остаётся не совсем понятным, что считать «значительной» адаптацией/приспособлением. Тем не менее, мы остановимся на определении, которое предложила McLaughlin, так как оно, на наш взгляд, наиболее точное и наибольшей степени созвучно нашим представлениям о том, что такое НДО.

Категории неблагоприятного детского опыта

После поиска определений возникает вопрос: как же исследователи измеряют то, что не могут точно определить? Мы видим, что в исследованиях часто этот вопрос решается выделением конкретных видов плохого обращения с ребёнком, что, в свою очередь, приводит к появлению почти бесконечного перечня разного рода ситуаций. В целом, количество видов НДО зависит от выбранного инструмента оценки. Например, в опроснике для оценки травм, полученных в детстве (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ) [1; 18] выделено 5 видов событий, которые могут вызвать психологическую травму у ребёнка, а в международном опроснике неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire, ACE-IQ) [3; 9] таких категорий опыта 13. В недавнем метаанализе исследований последствий НДО во взрослом возрасте приводится более 30 различных категорий [29]. Такой широкий диапазон категорий неблагоприятного опыта показывает, насколько трудно определить, какой именно вид детского/раннего опыта считать травматичным. Стоит также учитывать, что степень дробления категорий опыта на более мелкие во многом зависит и от целей исследования — в том числе, создание психометрического инструмента для практического использования в клинике или же создание теоретической модели взаимодействия видов НДО между собой.

Чтобы не заблудиться в бесконечном количестве возможных видов НДО, рассмотрим несколько классификаций, которые позволят получить обобщённое представление о том, что точно можно считать неблагоприятным детским опытом.

В основании классификации Hughes K. и коллег [29] лежит оценка того, каким образом наносится вред ребёнку. Авторы выделяют две группы видов НДО: те, при которых вред ребёнку наносится прямо, и те, при которых вред ребёнку наносится косвенно [29]. К первой группе относятся такие виды неблагоприятного опыта, как разновидности насилия (эмоциональное, физическое, сексуальное) и пренебрежения (физического и эмоционального) и проч. Ко второй группе — родительский конфликт (в частности, свидетельство домашнего насилия), зависимости или другие психические расстройства родителя(-ей), потеря одного из родителей (посредством развода, заключения в тюрьму или смерти) и т.д. [29].

В работе Teicher M.H. и Samson J.A [49] представлена классификация, в основе которой лежит степень активности взрослого, проявляющего

Таблица. Классификация видов НДО по Teicher и Samson [49]
Table. Classification of types of childhood maltreatment according to Teicher and Samson [49]

Активность близкого взрослого	Вид плохого обращения	Подвид плохого обращения
Активное плохое обращение	Эмоциональное насилие	Вербальная агрессия (вид коммуникации, ставящий своей целью унижение ребёнка или повышение у него чувства страха)
		Эмоциональная манипуляция (помещение ребёнка в ситуацию, которая вызывает чувство вины, стыда или страха)
		Свидетельствование домашнего насилия (присутствие ребёнка в момент, когда взрослые унижают друг друга или угрожают друг другу или другим членам семьи физической расправой или же когда взрослые активно вовлечены в процесс нанесения физического вреда друг другу разными способами)
	Физическое насилие (различные способы причинения физического вреда ребёнку: швыряние и удары предметами в ребёнка, которое приводит к появлению синяков и рубцов, а иногда требует медицинской помощи, а также толкание, пинание ногами, волочение за волосы, принуждение снять одежду и проч.)	Чрезмерные физические наказания (метод воспитания и поддержания дисциплины, включающий в себя разные способы причинения физического вреда ребёнку)
	Сексуальное насилие (принуждение ребёнка к сексуальным действиям различного рода, включая прикосновения сексуального характера)	_____
Пассивное плохое обращение	Эмоциональное пренебрежение (неспособность удовлетворить эмоциональные нужды ребёнка, отсутствие реакции на его дистресс, интереса к его социальному и эмоциональному развитию, успехам в школе, надежда на то, что ребёнок сам справится с задачами, до которых он ещё не дорос)	_____
	Физическое пренебрежение (неспособность удовлетворить базовые потребности ребёнка в еде, одежде, медицинской помощи и безопасности)	_____

признаки плохого обращения с ребенком. Классификация представлена в Таблице.

В классификации Bellazaire A. [15] выделено три группы НДО: 1) насилие (эмоциональное, физическое, сексуальное); 2) пренебрежение (эмоциональное и физическое); 3) внутрисемейные сложности (жестокое обращение с матерью, химические зависимости членов семьи, психические заболевания членов семьи, развод или разлука родителей, наличие среди членов семьи заключённых в тюрьму) [15].

Из представленных классификаций видно, какие виды неблагоприятного детского опыта выделяются исследователями и чаще всего входят в классификации. Стоит отметить, что последние два подхода к классификации НДО сконцентрированы в большей степени на том, какое пагубное воздействие могут оказать на ребёнка члены семьи, не учитывая такие сильные виды травмирующего опыта как буллинг (издевательства над ребёнком в школе), свидетельствование актов насилия в обществе, вне семьи, проживание в зоне

боевых действий, бедность, опыт институционализации и множество других событий, которые могут происходить с ребёнком вне контекста непосредственных отношений с родителями. В этом плане, первая классификация представляется нам более универсальной, так как в неё можно включить массу видов НДО. Тем не менее, вторая и третья классификации тоже вполне уместны, если стоит задача исследовать только внутрисемейные виды НДО.

Методология измерения неблагоприятного детского опыта

Методологические аспекты оценки НДО могут быть рассмотрены в двух измерениях: А) ретроспективная или проспективная оценка; Б) степень формализации и стандартизации оценки— интервью или опросник.

Ретроспективная vs проспективная оценка.

Большинство работ, посвящённых изучению последствий перенесённого в детстве неблагоприятного опыта, имеют кроссекционный дизайн,

предполагающий однократную ретроспективную оценку детского опыта и каких-либо параметров (проблемы с психическим или соматическим здоровьем, нейробиологические характеристики, генетические факторы, психологические характеристики), которые по замыслу исследователя связываются с неблагоприятным опытом.

Закономерно возникает вопрос о доверии к ретроспективной субъективной оценке неблагоприятного опыта, ведь такого рода оценка может быть сильно и множественно искажена. Среди возможных искажений можно перечислить: забывание и проявления различных психологических защит, зависимость ответов от настроения респондента и от его психического состояния или статуса, например, сложности с памятью и вниманием у пациентов с депрессией [19; 40; 43].

Перспективная оценка предполагает длительный период наблюдения и лонгитюдный дизайн исследования. Несмотря на то, что лонгитюдные исследования критически важны в осмыслении того, как формируется то или иное нарушение, та или иная психологическая черта и проч., таких исследований крайне мало. Связано это и с дороговизной проведения подобных исследований, и со сложностями в наборе лояльных респондентов, согласных участвовать на протяжении всего периода исследования.

Помимо этих ограничений, в контексте изучения и анализа неблагоприятного детского опыта возникают дополнительные сложности: расспрос ребёнка о пережитом опыте требует учитывать риски ретравматизации; расспрос родителя о неблагоприятном опыте, перенесённом ребёнком, снижает валидность: родитель может либо не знать всего, либо скрывать информацию, если её раскрытие может повредить ему или его партнёру [40].

Есть ещё такие сложности: перспективные исследования могут не учитывать множество фактов НДО в силу того, что это актуальный эмоционально заряженный опыт, с которым респонденты не хотят соприкоснуться, и о котором в большей степени будут готовы рассказать потом, когда этот опыт не будет уже настолько эмоционально нагруженным [32]. Как правило, имеющиеся в распоряжении исследователей самоотчеты включают тех, кто уже обратился за помощью, а это значит, что люди, участвующие в перспективных исследованиях и в ретроспективных, возможно, различаются по параметру обращения за помощью, что тоже объясняет различия в результатах ретроспективных и перспективных исследований [32].

Ещё один важный нюанс — плохое обращение, о котором становится известно, обычно прекращается, а то, которое остаётся в секрете, имеет тенденцию усугубляться [32], чем также можно объяснить сильные связи НДО с неблагоприятными исходами, которые получаются в ретроспективных исследованиях и не такие ярко выраженные связи — в перспективных.

Можно ли доверять ретроспективным данным? На этот счёт есть разные точки зрения. Например,

в исследовании Colman I. и соавт. показано, что проспективные и ретроспективные данные очень сильно различаются: пациенты, проспективно сообщившие об НДО часто “забывают” о нём в ретроспективном отчёте и, наоборот, пациенты, ретроспективно сообщившие об НДО, не имеют таких сведений в проспективных отчётах [19]. В то же время респонденты с депрессией или психологическим дистрессом с меньшей вероятностью “забывали” ретроспективно о пережитом НДО [19]. Авторы делают вывод, что депрессивное или стрессовое состояние влияют на ретроспективные отчёты людей о своём детстве, склоняя их к негативным воспоминаниям [19]. В то же время в более свежем исследовании Pereira S.M.P. и коллег показано, что у большинства взрослых, ретроспективно сообщивших о насилии, были проспективные данные об этом, а тяжесть депрессии влияла на ретроспективные отчёты незначительно [43].

В трёх исследованиях была подсчитана также степень согласованности (каппа Коэна) ретроспективных и проспективных данных, и она оказалась довольно низкой [14; 40; 44], несмотря на то, что коррелировали эти данные очень хорошо [44]. Исследователи отмечают, что данные, полученные с помощью ретроспективных и проспективных инструментов, делят респондентов на две непересекающиеся группы, и что эти данные нельзя назвать взаимозаменяемыми [14; 40].

Тем не менее, ретроспективные и проспективные исследования дают приблизительно похожие результаты в прогнозе психических заболеваний (различие лишь в силе взаимосвязей) [13; 40; 44]. Однако имеется ряд важных деталей:

- ретроспективно участники склонны переоценивать тяжесть, спектр и количество случаев неблагоприятного детского опыта [40; 44];
- участники, которые ретроспективно не припоминают проблем в детстве, склонны и текущее состояние оценивать как нормальное, хотя по объективным показателям могут быть видны какие-либо нарушения [44];
- даже «забытые» виды неблагоприятного опыта, которые можно измерить только проспективно, лучше прогнозируют объективно измеряемые показатели (например, тест на рабочую память, биомаркеры) [44];
- ретроспективные самоотчёты лучше прогнозируют те показатели здоровья, которые получены с помощью шкал самоотчёта, а также риск развития психических нарушений с аффективным компонентом: депрессия, самоповреждения и в меньшей степени тревожность [13; 40; 44].

Возможно, идеальным вариантом было бы использование и проспективных и ретроспективных дизайнов исследования для получения наиболее объективной картины [40; 44]. Однако, учитывая, что и те, и другие данные способны прогнозировать психические расстройства, мы можем считать, что обе категории данных достоверны.

Интервью vs опросники.

В международном масштабе существует множество методов оценки неблагоприятного детского опыта. Например, в систематическом обзоре Saini S.M. и коллег представлено 52 различных инструмента [45].

Все методы оценки НДО можно разделить на две группы: интервью и опросники. Есть разные мнения о том, какую группу методов лучше использовать для как можно более валидного выявления столь эмоционально значимых событий в жизни человека.

Интервью, несомненно, имеет свои преимущества:

1. возможность управлять ходом интервью: исследователь не только выявляет психотравмирующие события, но и может задать уточняющие вопросы о длительности события, частоте, возрасте респондента в тот момент [25];
2. есть некоторая степень защиты от неискренности, неправильного понимания вопроса респондентом, главным образом, благодаря контакту с интервьюером, который в нужный момент приведёт пример и тем самым подтолкнёт респондента к детальному рассказу о своём опыте [25];
3. степень согласованности между проспективными и ретроспективными данными выше, если в ретроспективном исследовании используется интервью [14].

Наряду с достоинствами можно выделить следующие недостатки [25]:

1. длительность: интервью занимает довольно много времени;
2. сложность обработки: необходима дополнительная подготовка для того, чтобы уметь правильно посчитать и проинтерпретировать результаты интервью

Помимо этого, можно добавить следующие недостатки:

1. необходима специальная подготовка интервьюера для обеспечения эффективности интервью как метода выявления определённых негативных событий в жизни респондента;
2. важное значение приобретает установление контакта между интервьюером и респондентом, так как без должного контакта мы вряд ли сможем оценить достоинства интервью;
3. высокая вероятность возникновения неконтролируемых эмоциональных реакций респондента, а соответственно, интервьюеру необходимо знать, как можно помочь человеку справиться с этими чувствами в моменте, а также иметь контакты специалиста, который мог бы помочь человеку проработать травму.

Ввиду возникающих сложностей с проведением интервью исследователи часто выбирают альтернативную группу методов — шкалы самоотчета. Среди их достоинств — высокая скорость получения

результата, простота расчётов, а среди недостатков — возможность неискренности респондента, необходимость контроля пропущенных вопросов, привязка к конкретным вопросам (невозможность изменить текст опросника на своё усмотрение), невозможность уточнения деталей события (как это можно сделать в интервью). Последнее обстоятельство привело к тому, что появилось невероятное количество опросников, которые применимы для разных целей и в которых выделено разное количество категорий НДО. Так, например, если Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences — International Questionnaire (ACE-IQ)) [9] и Опросник детской травмы (Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)) [18] полезны для проведения скрининга, выявления наличия определённых событий в детском опыте респондента и, возможно, частоты возникновения этих событий, то Шкала хронологии столкновения с плохим обращением и насилием (The Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) scale) [48] позволяет оценить период в детстве, в который произошло событие, а также длительность этого события. Однако на данный момент переведены на русский язык и валидизированы только два опросника: ACE-IQ [3] и CTQ [1].

Таким образом, перед нами две группы методов, каждая из которых имеет свои достоинства и недостатки. С одной стороны, есть данные, что о тяжёлых событиях легче сказать бумаге, чем интервьюеру [21], но, с другой стороны, интервью потенциально может дать больше достоверной информации. Исследования указывают на то, что значимой разницы между применением интервью и опросников нет [11; 25] и выбор метода и инструмента зависит от целей исследования: к примеру, если нужна более подробная информация с учётом контекста, то интервью представляется наиболее подходящим вариантом [25].

Использование ретроспективных опросников для изучения влияния НДО на психическое здоровье взрослых вполне оправдано, особенно если учитывать нюансы интерпретации полученных эффектов и следить за правильным пониманием вопросов участниками, чтобы минимизировать искажения смысла. Наиболее часто используемыми в мировой исследовательской практике являются Опросник детской травмы (CTQ) [1; 18] и Международный опросник неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ) [3; 9], поэтому использование их русскоязычных версий наиболее оправдано и позволит соотносить полученные результаты с зарубежными.

Изучение влияния неблагоприятного детского опыта на здоровье во взрослом возрасте

В исследованиях, изучающих связь НДО с нарушениями соматического и психического здоровья у взрослых, можно выделить три основных подхода к оценке рисков возникновения того или иного расстройства: дискретный, кумулятивный и измерительный [38; 52].

Дискретный подход предполагает выделение конкретных видов психотравмирующего опыта и изучение связи одного изолированного варианта опыта с какими-либо последствиями или исходами. Чаще всего в качестве такого варианта опыта выступает сексуальное насилие [4; 8]. Дискретный подход позволяет изучить, как отражается конкретный вид НДО на дальнейшем развитии человека, но в нём есть и недостаток: мы не можем знать, стало ли нарушение следствием определённого опыта, который мы учитываем, или же совсем другого опыта, который мы не можем учесть в рамках подобного исследования [52]. К тому же, к сожалению, редко бывает так, что в жизни ребёнка случается только один вариант психотравмирующего опыта.

Кумулятивный подход был разработан для того, чтобы учесть взаимодействие разных видов неблагоприятного опыта. Этот подход предполагает подсчёт количества пережитых видов неблагоприятного опыта и поиск связи количества неблагоприятных событий в детстве с различными патологиями во взрослом возрасте. Это самый распространённый подход в исследовательской практике, он присутствует и в зарубежных [29; 36], и в отечественных [2; 7] работах.

В большинстве исследований подтверждается, связь количества неблагоприятных ситуаций в детстве с риском развития психических расстройств и соматических заболеваний [29; 48]. Кумулятивный подход привлекает своей простотой, учитывает факт присутствия нескольких видов НДО в жизни человека, что позволяет говорить о НДО как об интегральной характеристике, к тому же, статистически значимые сильные связи с разного рода нарушениями в области физического и/или психического здоровья довольно часто обнаруживаются именно при применении этого подхода [33; 52].

Однако, кумулятивный подход не дифференцирует вклад каждого конкретного опыта, ведь суммируются негативные ситуации без их предварительной классификации [52]. В итоге может получиться, к примеру, что ребёнок, который перенёс физическое и сексуальное насилие, а также был свидетелем жестокого обращения будет сопоставим (окажется в одной и той же группе сравнения) с ребёнком, который перенёс бедность, материнскую депрессию и пренебрежение, так как у обоих окажется по 3 балла накопленного неблагоприятного опыта. К тому же, можно заметить тенденцию в исследованиях к изучению случаев с множеством одновременно присутствующих неблагоприятных ситуаций в детстве [29; 34], что оставляет вне поля зрения людей, которые испытали только один или два вида НДО.

Измерительный подход считается наиболее инновационным и предполагает включение разных видов НДО в единую предсказательную модель с учётом их дифференцированного вклада в формирование нарушений психического и соматического здоровья. На данный момент, исследований с использованием измерительного подхода

немного, вероятно по причине сложности анализа, однако есть несколько свидетельств в пользу того, что данный подход намного лучше предсказывает развитие разного рода нарушений у взрослых вследствие НДО [34; 52]. Так, Westermair с коллегами провели сравнительный анализ прогностической силы всех трёх подходов: дискретного, кумулятивного и измерительного [52]. Оказалось, что в моделях, где применяется дискретный подход, часто появляются ложные связи, а в моделях с кумулятивным подходом, наоборот, происходит недооценка или “маскировка” некоторых связей.

Модель, основанная на измерительном подходе, позволяет найти баланс между ложными и замаскированными связями, поэтому авторы посчитали её лучшей [52]. Однако всё-таки не совсем понятно, как рассчитывать вклад каждого отдельного варианта неблагоприятного опыта в формирование нарушений психического и соматического здоровья. В рассмотренном нами исследовании авторы использовали регрессионный анализ, но любые статистические модели являются по меньшей мере схематичными и не исчерпывают многообразия сложных и взаимодействующих процессов.

Более того, есть сведения о том, что люди с примерно одинаковыми паттернами НДО часто склонны к формированию разных нарушений, а некоторым удаётся преодолеть психотравмирующий опыт без последствий [27]. Этот факт заставил исследователей задуматься о том, какие факторы, помимо неблагоприятного опыта, могут вносить вклад в формирование риска негативных исходов, таких как психические расстройства и соматические заболевания. Так возникли предположения о генетической предрасположенности к устойчивости по отношению к сильным стрессорам, о роли социального окружения и личностных факторов [27].

Особый интерес в данном контексте представляют исследования взаимодействия “ген-среда”, для объяснения которого используются 3 модели [20; 51]:

1. активная: предполагает, что человек с уязвимостью к некоторому болезненному исходу с большей вероятностью попадает в окружение, которое приводит его к стрессу и развитию патологического процесса;
2. пассивная: так как психические заболевания передаются по наследству, предполагается, что у родителей также есть расстройство, которое влияет на их взаимодействие с потомством, привнося в его жизнь больше стрессоров;
3. реактивная: некоторые генетически обусловленные черты характера и физические особенности вызывают предсказуемые паттерны реагирования со стороны окружения.

На данный момент лишь в одной работе исследователи попытались рассчитать дифференциальный вклад каждой из этих моделей во взаимосвязь НДО и аутизма, подтвердив активную и

реактивную модели [51]. Помимо этого, авторы обнаружили 14 независимых локусов, ассоциированных с разными видами НДО, а также подтвердили потенциальную каузальную роль НДО в формировании депрессии, синдрома дефицита внимания и гиперактивности, но опровергли эту роль для соматических заболеваний и воспаления [51]. В других исследованиях были показаны связи НДО с полигенными шкалами риска депрессии, тревожности, шизофрении, биполярного аффективного расстройства [20; 30], а также с полигенными шкалами риска благополучия, которое отрицательно коррелировало как с НДО, так и с психическими заболеваниями [31].

Заключение

Таким образом, исследования НДО и его последствий активно развиваются: происходит пересмотр и уточнение данных предыдущих иссле-

дований, совершенствуются способы выявления и оценки НДО, улучшаются методы прогноза последствий НДО во взрослом возрасте. Происходит становление и уточнение теоретических положений и вводятся определения понятий, которым ранее не уделялось должного внимания. Несмотря на существование разных подходов к изучению последствий НДО у взрослых, на современном этапе развития исследований наиболее оптимальным представляется анализ НДО в рамках биопсихосоциальной модели с фокусом на взаимодействие генома и окружающей среды.

Очевидна необходимость разработки качественных комплексных моделей прогнозирования различных вариантов последствий НДО во взрослом возрасте в соответствии с биопсихосоциальной моделью с учетом не только прямого влияния разных видов НДО, но и сложных эффектов генетических, социальных и личностных факторов.

Литература / References

1. Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Психометрические характеристики опросника детской травмы в российской выборке. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2024;34(2):13-23.
Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Kibitov AO, Mazo GE. Psychometric Characteristics of The Childhood Trauma Questionnaire in The Russian Sample. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikihiatriya*. 2024;34(2):13-23. (In Russ.).
2. Катан Е.А., Карпец В.В., Чехонадский И.Д., Данильчук В.В., Демина М.В., Карпова Е.С. Состояния и свойства личности, способствующие формированию зависимости от алкоголя у пациентов с разной интенсивностью неблагоприятных детских переживаний. *Оренбургский медицинский вестник*. 2020;8(4-32):5-12.
Katan EA, Karpets VV, Chehonadskiy ID, Danilchuk VV, Demina MV, Karpova ES. States and Personality Properties That Contribute to The Formation of Alcohol Disorders in Patients with Different Intensity of Adverse Childhood Experiences. *Orenburgskii meditsinskii vestnik*. 2020;8(4-32):5-12. (In Russ.).
3. Кибитов А.А., Трусова А.В., Вышинский К.В., Мазо Г.Э., Кибитов А.О. Разработка и анализ психометрических свойств новой русскоязычной версии Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ). *Консультативная психология и психотерапия*. 2024;32(1):29-57.
Kibitov AA, Trusova AV, Vyshinsky KV, Mazo GE, Kibitov AO. Development and Analysis of Psychometric Properties of a New Russian Version of The Adverse Childhood Experience — International Questionnaire (ACE-IQ). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2024;32(1):29-57. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320102>
4. Кузнецова С.О., Абрамова А.А., Ефремов А.Г., Ениколопов С.Н. Исследование особенностей аутоагрессивного поведения у лиц, переживших сексуальное злоупотребление в детском возрасте. *Национальный психологический журнал*. 2019;3(35):88-100.
Kuznetsova SO, Abramova AA, Efremov AG, Enikolopov SN. The study of the auto-aggressive behaviour in individuals who survived sexual abuse in childhood. *Natsional'nyy psikhologicheskii zhurnal*, 2019;3(35):88-100. (In Russ.). <https://doi.org/10.11621/npj.2019.0310>
5. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Филиппов Д.С., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2020;2:3-15.
Neznanov NG, Rukavishnikov GV, Kasyanov ED, Philippov DS, Kibitov AO, Mazo GE. Biopsychosocial model in psychiatry as an optimal paradigm for relevant biomedical research. *Obozrenie psikihiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2020;2:3-15. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-3-15>
6. Немов Р.С. *Психологический словарь*. М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС; 2007.
Nemov R.S. *Psikhologicheskii slovar'*. M.: Gumanitarnyi izdatel'skii tsentr VLADOS; 2007. (In Russ.).
7. Петрова Е.А. Детские психотравмы: проблема отсроченного влияния на личность взрослого человека. *Вестник Новгородского государственного Университета*. 2014;79: 96-99.
Petrova EA. Children's psychological traumas: the problem of delayed influence on the identity of the adult. *Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo Universiteta*. 2014;79: 96-99. (In Russ.).
8. Abajobir AA, Kisely S, Maravilla JC, Williams G, Najman JM. Gender differences in the association

- between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*. 2017;63:249-260. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.023>
9. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). [who.int]. WHO; 2020 [accessed: 15.10.2024]. Available at: [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-ig\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-ig))
 10. Agnew-Blais J, Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(4):342-349. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00544-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00544-1)
 11. Allen JL, Rapee RM, Sandberg S. Assessment of maternally reported life events in children and adolescents: A comparison of interview and checklist methods. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2012;34:204-215. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9270-5>
 12. Angelakis I, Gillespie EL, Panagioti M. Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(7):1057-1078. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
 13. Baldwin JR, Coleman O, Francis ER, Danese A. Prospective and Retrospective Measures of Child Maltreatment and Their Association With Psychopathology: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(8):769-781. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0818>
 14. Baldwin JR, Reuben A, Newbury JB, Danese A. Agreement Between Prospective and Retrospective Measures of Childhood Maltreatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(6):584-593. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>
 15. Bellazaire A. Preventing and Mitigating the Effects of Adverse Childhood Experiences. National Conference of State Legislatures, 2018.
 16. Bartlett J, Sacks V. Adverse childhood experiences are different than child trauma, and it's critical to understand why. [childtrends.org]. *Childtrends*; 2019 [accessed: 22.11.2024] Available at: <https://www.childtrends.org/publications/adverse-childhood-experiences-different-than-child-trauma-critical-to-understand-why>
 17. Berardelli I, Sarubbi S, Rogante E, Erbutto D, Giuliani C, Lamis DA, Innamorati M, Pompili M. Association between Childhood Maltreatment and Suicidal Ideation: A Path Analysis Study. *J Clin Med*. 2022;13:11(8):2179. <https://doi.org/10.3390/jcm11082179>
 18. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*. 2003;27:169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
 19. Colman I, Kingsbury M, Garad Y, Zeng Y, Naicker K, Patten S, Jones PB, Wild TC, Thompson AH. Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences. *Psychological Medicine*. 2016;46:543-549. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002032>
 20. Crouse JJ, Park SH, Byrne EM, Mitchell BL, Scott J, Medland SE et al. Patterns of stressful life events and polygenic scores for five mental disorders and neuroticism among adults with depression. *Mol Psychiatry* 2024;29:2765-2773. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02492-x>
 21. Dill DL, Chu JA, Grob MC, Eisen SV. The Reliability of Abuse History Reports: A Comparison of Two Inquiry Formats. *Comprehensive Psychiatry*. 1991;32(2):166-169. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(91\)90009-2](https://doi.org/10.1016/0010-440x(91)90009-2)
 22. Elliott JC, Stohl M, Wall MM, Keyes KM, Skodol AE, Eaton NR, Shmulewitz D, Goodwin RD, Grant BF, Hasin DS. Childhood maltreatment, personality disorders, and 3-year persistence of adult alcohol and nicotine dependence in a national sample. *Addiction*. 2016;111(5):913-923. <https://doi.org/10.1111/add.13292>
 23. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
 24. Franke HA. Toxic Stress: Effects, Prevention and Treatment. *Children*. 2014;1:390-402. <https://doi.org/10.3390/children1030390>
 25. Gayer-Anderson C, Reininghaus U, Paetzold I, Hubbard K, Beards S, Mondelli V, et al. A comparison between self-report and interviewer-rated retrospective reports of childhood abuse among individuals with first-episode psychosis and population-based controls. *Journal of Psychiatric Research*. 2020;123:145-150. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.002>
 26. Hassan AN, Stuart EA, De Luca V. Childhood maltreatment increases the risk of suicide attempt in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2016;176(2-3):572-577. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.012>
 27. Herzog JI, Schmahl C. Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9:420. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00420>
 28. Hovdestad W, Campeau A, Potter D, Tonmyr L. A Systematic Review of Childhood Maltreatment Assessments in Population-Representative Surveys Since 1990. *PLoS ONE*. 2015;10(5):E0123366. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123366>
 29. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP. The

- effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 2017;2(8):e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
30. Iob E, Ajnakina O, Steptoe A. The interactive association of adverse childhood experiences and polygenic susceptibility with depressive symptoms and chronic inflammation in older adults: a prospective cohort study. *Psychological Medicine*. 2023;53:1426-1436. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003007>
31. Jamshidi J, Schofield PR, Gatt JM, Fullerton JM. Phenotypic and genetic analysis of a wellbeing factor score in the UK Biobank and the impact of childhood maltreatment and psychiatric illness. *Transl Psychiatry*. 2022;12(1):113. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01874-5>
32. Kendall-Tackett K, Becker-Blease K. The importance of retrospective findings in child maltreatment research. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28:723-727. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.02.002>
33. Lacey RE, Minnis H. Practitioner Review: Twenty years of research with adverse childhood experience scores — Advantages, disadvantages and application to practice. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020;6(2):116-130. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13135>
34. LaNoue MD, George BJ, Helitzer DL, Keith SW. Contrasting cumulative risk and multiple individual risk models of the relationship between Adverse Childhood Experiences (ACEs) and adult health outcomes. *BMC Medical Research Methodology*. 2020;20(1):239. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01120-w>
35. Malave L, van Dijk MT, Anacker C. Early life adversity shapes neural circuit function during sensitive postnatal developmental periods. *Transl Psychiatry*. 2022;12(1):306. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02092-9>
36. Matheson SL, Shepherd AM, Pinchbeck RM, Laurens KR, Carr VJ. Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2013;23:225-238. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000785>
37. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P, Healy C, O'Donnell L, Clarke MC. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2021;143(3):189-205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
38. McLaughlin K.A. Early Life Stress and Psychopathology. In K.L. Harkness, E.P. Hayden (Eds.). *The Oxford Handbook of Stress and Mental Health*. Oxford University Press. 2020.
39. McLaughlin KA. Future Directions in Childhood Adversity and Youth Psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016;45(3):361-382. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110823>
40. Newbury JB, Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Danese A, Baldwin JR, Fisher HL. Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of Psychiatric Research*. 2017;96:57-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.09.020>
41. Norman RE, Byabmaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*. 2012;9(11):e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
42. Patten SB, Wilkes TCR, Williams JVA, Lavorato DH, el-Guebaly N, Schopflocher D, Wild C, Colman I, Bulloch GM. Retrospective and prospectively assessed childhood adversity in association with major depression, alcohol consumption and painful conditions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2015;24:158-165. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000018>
43. Pereira SMP, Rogers NT, Power C. Adult retrospective report of child abuse and prospective indicators of childhood harm: a population birth cohort study. *BMC Medicine*. 2021;19:286. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02164-5>
44. Reuben A, Moffitt TE, Caspi A, Belsky DW, Harrington H, Schroeder F, Hogan S, Ramrakha S, Poulton R, Danese A. Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;57(10):1103-1112. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12621>
45. Saini SM, Hoffmann CR, Pantelis C, Everall IP, Bousman CA. Systematic review and critical appraisal of child abuse measurement instruments. *Psychiatry Research*. 2019;272:106-113. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.068>
46. Schwaninger PV, Mueller SE, Dittman R, Poespodihardjo R, Vogel M, Wiesberck GA, Walter M, Petitjean SA. Patients With Non-Substance-Related Disorders Report a Similar Profile of Childhood Trauma Experiences Compared to Heroin-Dependent Patients. *The American Journal on Addictions*. 2017;26:215-220. <https://doi.org/10.1111/ajad.12512>
47. Shi L, Wang Y, Yu H, Wilson A, Cook S, Duan Z, et al. The relationship between childhood trauma and Internet gaming disorder among college students: A structural equation model. *Journal of Behavioral Addictions*. 2020;9(1):175-180. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00002>
48. Teicher MH, Parigger A. The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) Scale for the Retrospective Assessment of Abuse and Neglect During Development. *PLOS ONE*. 2015;10(2):e0117423. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117423>
49. Teicher MH, Samson JA. Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic

- Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. The American Journal of Psychiatry.* 2013;170(10):1114-1133.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>
50. Turecki G, Ota VK, Belangero SI, Jackowski A, Kaufman J. *Early Life Adversity, Genomic Plasticity, and Psychopathology. Lancet Psychiatry.* 2014;1(6):461-466.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00022-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00022-4)
51. Warrier V, Kwong ASF, Luo M, Dalvie S, Croft J, Sallis HM, et al. *Gene-environment correlations and causal effects of childhood maltreatment on physical and mental health: a genetically informed approach [published correction appears in Lancet Psychiatry. 2022 Apr;9(4):e12. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00045-1]. Lancet Psychiatry.* 2021;8(5):373-386.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30569-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30569-1)
52. Westermair AL, Stoll AM, Greggersen W, Kahl KG, Hüppe M, Schweiger U. *All unhappy childhoods are unhappy in their own way—Differential impact of dimensions of adverse childhood experiences on adult mental health and health behavior. Frontiers in Psychiatry.* 2018;9:198.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00198>

Сведения об авторах

Шумская Диана Сергеевна — младший научный сотрудник отделения геномики психических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: shumskaya.diana@yandex.ru

Трусова Анна Владимировна — к.п.с.н., доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (199034, г. Санкт-Петербург, Университетская набережная 7-9); старший научный сотрудник отделения терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.М. Бехтерева». E-mail: anna.v.trusova@gmail.com

Кибитов Александр Олегович — д.м.н., руководитель отделения геномики психических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.М. Бехтерева», заведующий лабораторией клинической фармакологии аддиктивных состояний Института фармакологии им. А.В. Валдмана ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России (197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8). E-mail: druggen@mail.ru

Поступила 02.12.2024

Received 02.12.2024

Принята в печать 29.04.2025

Accepted 29.04.2025

Дата публикации 30.09.2025

Date of publication 30.09.2025