

## Критерии измерения неблагоприятного детского опыта: перспективы разработки и валидизации шкал его оценки

Рерих Е.С., Горбунова А.П., Рукавишников Г.В., Мазо Г.Э.

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

### Обзорная статья

**Резюме.** Неблагоприятный детский опыт (НДО) охватывает широкий спектр травматических событий, пережитых до 18 лет, включая насилие, пренебрежение и семейную дисфункцию. НДО ассоциирован с риском развития психических и поведенческих расстройств, особенно в условиях поливиктимизации. Настоящий нарративный обзор рассматривает подходы к оценке НДО с акцентом на критерии измерения и валидизации шкал. Особое внимание уделяется проблеме надежности и валидности существующих инструментов, их применимости в клинических и исследовательских контекстах с учётом методологических сложностей, возникающих при ретроспективном измерении. Подчеркивается значимость учета временных параметров в шкалах оценки НДО для повышения их диагностической и прогностической ценности. Учитывая ограниченность существующих методик, подчёркивается необходимость разработки или доработки инструмента оценки НДО с учётом временных, культурных и содержательных параметров. Также рассматривается влияние позитивного детского опыта (ПДО) как возможного защитного фактора.

**Ключевые слова:** неблагоприятный детский опыт, измерение, шкалы оценки, критерии валидности, временные характеристики, позитивный детский опыт.

### Информация об авторах:

Рерих Екатерина Сергеевна\* — e-mail: [roekaterin@gmail.com](mailto:roekaterin@gmail.com); <https://orcid.org/0009-0000-4976-8377>

Горбунова Александра Петровна — e-mail: [gorbunovasashaa@gmail.com](mailto:gorbunovasashaa@gmail.com); <https://orcid.org/0009-0005-0351-7157>

Григорий Викторович Рукавишников — e-mail: [grigory\\_v\\_r@mail.ru](mailto:grigory_v_r@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0002-5282-2036>

Галина Элевна Мазо e-mail: — [galina-mazo@yandex.ru](mailto:galina-mazo@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0001-7910-9129>

**Как цитировать:** Рерих Е.С., Горбунова А.П., Рукавишников Г.В., Мазо Г.Э. Критерии измерения неблагоприятного детского опыта: перспективы разработки и валидизации шкал его оценки. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2026; 60:2:44-57 <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-2-1152>

**Конфликт интересов:** Мазо Г.Э. — член редакционной коллегии.

*Исследование выполнено при поддержке гранта РНФ No 23-15-00347.*

## Criteria for measuring adverse childhood experiences: prospects for scale development and validation

Ekaterina S. Roerich, Aleksandra P. Gorbunova, Grigory V. Rukavishnikov, Galina E. Mazo  
V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

### Review article

**Summary.** Adverse childhood experiences (ACEs) encompass a broad spectrum of traumatic events occurring before the age of 18, including abuse, neglect, and family dysfunction. ACEs are associated with an elevated risk of developing mental and behavioural disorders, particularly in the context of polyvictimisation. This narrative review examines current approaches to assessing ACEs, with a focus on measurement criteria

**Автор, ответственный за переписку:** Рерих Екатерина Сергеевна — e-mail: [roekaterin@gmail.com](mailto:roekaterin@gmail.com)

**Corresponding author:** Ekaterina S. Roerich — e-mail: [roekaterin@gmail.com](mailto:roekaterin@gmail.com)

and scale validation. Particular attention is paid to the reliability and validity of existing instruments and to their applicability in clinical and research settings, taking into account the methodological challenges inherent in retrospective assessment. The review underscores the importance of incorporating temporal parameters into ACE scales to enhance their diagnostic and prognostic value. Given the limitations of existing methods, the need for developing or refining assessment tools that address temporal, cultural, and content-related factors is emphasised. The potential protective role of positive childhood experiences (PCEs) is also considered.

**Key words:** adverse childhood experiences, measurement, assessment scales, validity criteria, temporal dimensions, positive childhood experiences

**Information about the authors:**

Ekaterina S. Roerich\* — e-mail: roekaterin@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0000-4976-8377>

Aleksandra P. Gorbunova — e-mail: gorbunovasashaa@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0005-0351-7157>

Grigory V. Rukavishnikov — e-mail: grigory\_v\_r@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5282-2036>

Galina E. Mazo — e-mail: — galina-mazo@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7910-9129>

**To cite this article:** Roerich ES, Gorbunova AP, Rukavishnikov GV, Mazo GE. Criteria for measuring adverse childhood experiences: prospects for scale development and validation. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:2:44-57. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-2-1152> (In Russ.)

**Conflict of interest:** Galina E. Mazo is a member of the editorial board.

*The study was supported by a grant from the Russian Science Foundation (Project No 23-15-00347).*

Неблагоприятный детский опыт (НДО) представляет собой совокупность значимых травматических событий, произошедших до достижения 18-летнего возраста [38]. НДО связан с выраженностью как интернализованных (характеризующихся преимущественно внутренними переживаниями и эмоциональным дистрессом), так и экстернализирующих (связанных с нарушением саморегуляции, включая агрессию, враждебность, насилие, аддиктивное поведение, а также деструктивные и рискованные действия) расстройств, а также с нарушением просоциального поведения до подросткового возраста [3, 19].

НДО также рассматривается как один из ключевых предвестников возникновения широкого спектра эмоциональных, поведенческих и социальных проблем, начиная с ранних лет и вплоть до зрелого возраста [41, 44, 52].

Среди наиболее распространённых форм НДО выделяют различные виды насилия (физическое, сексуализированное и эмоциональное), физическую и эмоциональную депривацию (пренебрежение), переживание природных катастроф, медицинские травмы, утрату родителя, а также воздействие факторов дисфункциональной семейной среды, таких как психические расстройства родителей, их зависимость от психоактивных веществ или нахождение в местах лишения свободы [27, 38, 41, 76]. Учёт более широкого круга неблагоприятных событий, таких как семейные и академические трудности, усиливает прогностическую значимость оценки риска психических нарушений во взрослом возрасте, однако высокая чувствительность к социальным факторам снижает надёжность такой операционализации в выявлении причинных механизмов [101].

В ряде исследований авторы считают целесообразным разделять жестокое обращение с детьми (ЖОД) и НДО, который также включает факторы окружающей среды и семейные трудности, не причинённые напрямую ребёнку (такие как злоупотребление наркотиками родителями, экономическая нестабильность и др.) [47]. Хотя многие выводы, такие как повышенный риск развития тревожных расстройств и расстройств настроения, по НДО и ЖОД пересекаются и оба феномена могут приводить к значительным психологическим и физиологическим последствиям, не все люди, подвергшиеся НДО, пострадали от ЖОД [93]. Кроме того, переживание НДО или ЖОД не всегда приводит к травме или стрессу из-за сложности этих процессов и индивидуальной устойчивости [93].

Связь между НДО и повышенным риском развития тревожных и депрессивных расстройств во взрослом возрасте является одним из наиболее изучаемых аспектов в современной психиатрии и клинической психологии. Эта связь особенно выражена в случаях, когда ребёнок сталкивается сразу с несколькими видами неблагоприятных воздействий, такими как домашнее насилие, жестокое обращение, физическое или сексуализированное насилие, психические расстройства у родителей, буллинг со стороны сверстников, пренебрежение базовыми потребностями ребёнка, а также развод родителей [12, 37].

Негативные последствия таких факторов могут усугубляться при их накоплении: исследования показывают, что дети, подвергшиеся воздействию четырёх и более неблагоприятных факторов, имеют значительно более высокий риск развития психических расстройств по сравнению с теми, кто столкнулся с меньшим их количеством, что подчёркивает кумулятивный эффект НДО [35, 38,

54, 56]. Эти расстройства могут проявляться не только во взрослой жизни, но и в детском или подростковом возрасте, влияя на академическую успеваемость, самооценку и социальную адаптацию [34].

Поливиктимизация, или накопление нескольких видов НДО, является особенно серьёзным предвестником развития таких проблем, как алкогольная зависимость, наркозависимость, депрессия и суицидальные попытки, причём эти проблемы начинают возникать уже в подростковом возрасте [16, 21, 26, 39, 55, 61, 68, 89]. Этот эффект имеет нелинейный характер, при котором каждая дополнительная неблагоприятная ситуация увеличивает вероятность долгосрочных последствий, приводя к сложным паттернам личностной и социальной дезадаптации [91, 97]. Эмпирические данные отечественных исследований подтверждают данную тенденцию, подчёркивая необходимость дифференцированного учёта гендерных, культурных и социальных факторов [2, 10].

Оценка НДО представляет собой важный инструмент в исследовании отдалённых последствий ранних психотравмирующих воздействий, однако её валидность зависит от метода сбора данных: ретроспективные сведения, подверженные влиянию субъективных интерпретаций и социокультурного контекста, зачастую слабо совпадают с проспективными наблюдениями, хотя и отражают важные аспекты индивидуального восприятия. Несмотря на ограниченную согласованность, оба подхода дополняют друг друга: ретроспективная оценка теснее связана с субъективным самочувствием и психическим состоянием, тогда как проспективная надёжнее предсказывает объективные показатели здоровья, включая биомаркеры и результаты когнитивного тестирования [49, 77]. Кроме того, социокультурный контекст влияет на восприятие и интерпретацию неблагоприятного опыта, что усложняет анализ и делает сравнение данных из разных выборок менее точным [42].

Дополнительные сложности вносят различия между шкалами и методологическими подходами, что снижает сопоставимость результатов исследований [100]. Использование нестандартизированных показателей привело к аномально широкому разбросу оценок: например, диапазон распространённости эмоционального насилия варьируется от 3% до 80%, а сексуализированного — от 0,3% до 44% [40, 60]. Низкая статистическая надёжность и проблемы с воспроизводимостью результатов затрудняют их интерпретацию, что создаёт барьеры для научного анализа и внедрения данных в клиническую практику.

### Цель обзора

Цель обзора — провести анализ шкал для оценки неблагоприятного детского опыта (НДО), с акцентом на то, какие критерии и аспекты НДО они охватывают. Итогом анализа станет выбор шкалы

для последующей валидации в российском контексте, либо обоснование необходимости разработки нового инструмента.

### Общая характеристика шкал по оценке НДО

Существует несколько подходов к измерению НДО. Некоторые шкалы сосредоточены на традиционно изучаемых формах травматизации, таких как физическое и сексуализированное насилие, а также физическое и эмоциональное пренебрежение. Другие, напротив, включают более широкий спектр факторов, охватывая такие явления, как злоупотребление членами семьи психоактивными веществами, хронические финансовые трудности, виктимизацию со стороны сверстников [17, 18, 67]. Наиболее известные шкалы НДО можно разделить на три основные группы: самоотчётные опросники, клинические интервью и комбинированные методы.

Самоотчётные опросники, такие как ACE-International Questionnaire (ACE-IQ) (Felitti V., 1998), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein D. et al., 1994), Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) (Teicher M. et al., 2015), Trauma and Adversity Exposure Scale (TADS) (Salokangas R., 2016) и Childhood Abuse and Trauma Scale (CATS) (Sanders B. et al., 1995), удобны для массового применения, отличаются оперативностью и высокой чувствительностью, но подвержены субъективным искажениям [17, 18, 59, 73, 80, 92].

Клинические интервью, например Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) (Smith N. et al., 2002) и Early Trauma Inventory (ETI) (Bremner J. et al., 2000), позволяют получать более детализированную информацию, снижая вероятность когнитивных искажений, однако требуют значительных временных и кадровых ресурсов [20, 86].

Одним из основных ограничений в исследованиях НДО остаётся отсутствие единых критериев измерения, что препятствует унификации диагностических подходов. На основании систематических обзоров, проведённых Meink F. et al. (2023) и Steele B. et al. (2022), многие из существующих шкал, такие как ACE, CTQ, CECA, обладают подтверждённой надёжностью и активно применяются в научной и клинической практике, но им недостаёт согласованных стандартов в вопросах содержательной валидности, перекрёстной культурной адаптации и точности измерения [66, 88].

ACE доступна для свободного использования, широко переведена и используется в странах с различным уровнем дохода. Однако она не включает оценку частоты, тяжести или контекста насилия, что ограничивает её применимость в клинических и углублённых исследованиях. Ещё одним недостатком является тот факт, что оценка полноты и понятности содержания проводилась лишь в отдельных исследованиях. Это требует осторожности при интерпретации данных, особенно в исследованиях, ориентированных на культурно разнообразные популяции.

Шкала СТQ, включая её краткую форму СТQ-SF, представляет собой валидизированный инструмент с подтверждённой структурной валидностью и внутренней согласованностью. Одним из отличительных свойств СТQ является наличие шкалы минимизации/отрицания, позволяющей выявлять тенденцию к занижению тяжести насилия в ретроспективных отчётах.

Шкала СЕСА и её сокращённая форма СЕСА.Q позволяют детально оценить тяжесть, продолжительность и обстоятельства насилия, включая эмоциональное пренебрежение и качество ухода. Недостаток шкалы — относительно высокая нагрузка на респондента: время заполнения может превышать 30 минут [66, 88].

Также в исследовании Steele B. et al., 2022, указывается, что высокие баллы по ACE, СТQ и СЕСА статистически значимо ассоциированы с повышенным риском развития целого ряда психических расстройств [88]. По сравнению с ACE и СЕСА, СТQ чаще сопоставлялась с клиническими диагнозами и демонстрировала стабильные связи НДО с развитием депрессии, тревожных расстройств, посттравматического стрессового расстройства и пограничного расстройства личности, тогда как ACE в меньшей степени применима в контексте дифференциальной диагностики. СЕСА уступает ACE и СТQ по количеству и охвату психометрических проверок, однако оказывается более чувствительной, когда речь идёт о диагностике межличностных нарушений и нарушений привязанности [88].

В связи с тем, что НДО представляет собой совокупность явлений, его оценка должна включать изучение различных аспектов, которые подробно рассмотрены далее.

### **Основные критерии оценки НДО Виды травмы как критерий оценки НДО**

#### ***Эмоциональное насилие и пренебрежение***

Эмоциональное пренебрежение, как и активное психологическое насилие, играет ключевую роль в формировании психопатологических состояний. Исследования показывают, что оно наиболее сильно связано с депрессией, тревожными расстройствами и сниженной устойчивостью к стрессу, что делает его не менее весомым, чем другие формы насилия [46, 81]. Однако его выявление остаётся сложной задачей, поскольку в некоторых культурах эмоциональная холодность или игнорирование потребностей ребёнка могут не восприниматься как форма насилия, что затрудняет ретроспективную оценку.

Также, в отличие от физического или сексуализированного насилия, эмоциональное насилие не оставляет видимых следов, но его последствия могут быть не менее разрушительными, формируя у ребёнка устойчивые дезадаптивные модели восприятия себя и окружающего мира [53]. Оно может проявляться как в форме активного причинения вреда — унижения, критики, угроз, — так и в виде эмоционального пренебрежения, когда

ребёнок систематически лишён поддержки, внимания и эмоционального отклика со стороны значимых взрослых [51]. Отсутствие чётких границ между этими проявлениями и их субъективный характер затрудняют разработку диагностических инструментов, усложняя раннее выявление и своевременное вмешательство.

Существующие шкалы оценки НДО по-разному подходят к фиксации эмоционального насилия. СТQ выделяет его как отдельный фактор наряду с эмоциональным пренебрежением, что делает этот инструмент удобным для массовых исследований, однако он не позволяет оценить динамику и временные характеристики насилия. СЕСА, ориентированная на изучение родительского ухода, рассматривает эмоциональное насилие в более широком контексте семейных взаимоотношений, но её применение требует участия интервьюера и субъективной интерпретации респондента.

Некоторые шкалы, такие как МАСЕ, делают акцент не только на наличии эмоционального насилия, но и на его временной характеристике. Исследования показывают, что эмоциональное насилие, пережитое в раннем детстве, оказывает более выраженное влияние на механизмы эмоциональной регуляции, чем эпизоды, произошедшие в подростковом возрасте, что подчёркивает важность инструментов, фиксирующих возраст начала и продолжительность воздействия [23, 36].

#### ***Сексуализированное насилие***

Сексуализированное насилие определяется как любая форма сексуальной активности с ребёнком, не достигшим возраста законного согласия, совершаемая взрослым или значительно старшим несовершеннолетним с целью получения сексуального удовлетворения [57]. Данный вид насилия может проявляться как в контактной, так и в неконтактной форме. К первой категории относятся прикосновения, ощупывание или проникновение, в то время как ко второй — экспозиция гениталий, вуайеризм или принуждение к просмотру порнографических материалов, изготовление порнографических материалов с участием жертвы. Эти действия оказывают разрушительное влияние на психику ребёнка, нарушая его базовые чувства безопасности и доверия к окружающим.

Анализ данных, проведённый в рамках масштабного метаанализа, позволил установить, что в среднем 13% детей по всему миру подвергались сексуализированному насилию [90]. Однако распространённость данного явления значительно варьируется в зависимости от пола: среди девочек этот показатель превышает 18%, в то время как среди мальчиков он составляет лишь 8%. У девочек сексуальные домогательства чаще приводят к самоповреждающему поведению, расстройствам пищевого поведения и выраженному эмоциональному дистрессу, тогда как у мальчиков — ассоциируются с употреблением психоактивных веществ, эмоциональными нарушениями и виктимизацией

с гомофобной окраской. Эти различия во многом обусловлены характером насилия: девочек чаще объективируют, подвергая сексуализированным комментариям, прикосновениям и физическому насилию, включая попытки изнасилования; в то время как мальчики чаще сталкиваются с унижением через гендерные стереотипы и гомофобные оскорбления, а формы домогательств нередко включают принуждение к просмотру порнографических материалов или демонстрацию непристойных действий [22, 96, 99].

Существуют данные, демонстрирующие значительные гендерные различия в ретроспективном признании сексуального насилия, перенесённого в детстве. В группах людей, в отношении которых имелись судебные задокументированные случаи сексуального насилия в детстве, произошедшие, на момент опроса, около 20 лет назад, только 64% женщин и всего 16% мужчин подтвердили наличие такого опыта. Среди участников контрольной группы аналогичные утверждения сделали 24% женщин и 5% мужчин. Даже при использовании более общей формулировки «секс против воли» только 16% мужчин с подтверждённым опытом сообщили об этом, тогда как среди женщин этот показатель достигал 55% [49].

Важно учитывать, что сексуализированное насилие редко существует в изоляции: оно часто сочетается с другими формами жестокого обращения и может маскироваться ими. Так, мужчины нередко воспринимают сексуализированное насилие как часть общего физического насилия, не разделяя эти понятия. Это связано как с культурными представлениями о мужественности, так и с особенностями мужской модели восприятия травмы, при которой физический компонент выходит на первый план [72]. Напротив, женщины чаще описывают пережитый опыт через призму эмоционального насилия, особенно если оно происходило в сексуализированном контексте [28].

Шкалы оценки НДО включают вопросы о сексуализированном насилии, но различаются методологией, формулировками и глубиной анализа. Эти различия влияют на показатели распространённости, подчёркивая важность выбора инструмента. Одни шкалы фиксируют только контактные формы насилия, другие учитывают и неконтактные, что расширяет границы понимания проблемы.

Например, в ACE-IQ акцент сделан на физическом контакте, и все содержащиеся в ней вопросы касаются исключительно контактных форм сексуализированного насилия. Этот подход обеспечивает ясность в интерпретации данных, однако не учитывает широкий спектр неконтактных воздействий, которые также могут иметь разрушительные последствия для психического здоровья ребёнка. В отличие от неё, ETI-SR включает ряд вопросов о неконтактных видах сексуализированного насилия, таких как принудительное наблюдение за сексуализированным актом и вынужденное позирирование для фотографий сексуализированного содержания. Этот подход позволяет более полно оценивать

спектр пережитых травм и учитывать менее очевидные, но не менее значимые формы насилия.

Шкала SECA.Q предлагает не только выявление факта сексуализированного насилия, но и оценку степени его тяжести, что делает её полезной для более детального анализа пережитого опыта.

Однако, точность формулировок вопросов остаётся предметом дискуссий, так как субъективность восприятия и отсутствие единых критериев оценки могут повлиять на достоверность полученных данных. Аналогичные сложности возникают и при использовании CTQ-SF, где один из вопросов оценивает не сам факт насилия, а исключительно субъективное восприятие опрашиваемого: «I believe that I was sexually abused» — «Мне кажется, что я подвергся сексуализированному насилию». Такой подход может приводить к расхождениям в оценке распространённости сексуализированного насилия, так как респонденты интерпретируют свой опыт с разной степенью осознанности и критичности, поскольку дети, выросшие в неблагоприятной среде, нередко усваивают модели восприятия и поведения взрослых, что может искажать их воспоминания и затруднять объективную оценку прошлого опыта [75].

МАСЕ предлагает несколько иной подход к оценке сексуализированного насилия, распределяя соответствующие вопросы по различным категориям жестокого обращения. В данной шкале вопросы о сексуализированном насилии включены в три типа: «peer physical bullying» — «физическое насилие со стороны сверстников», «sexual abuse» — «сексуализированное насилие» и «witnessing violence to siblings» — «наблюдение насилия над сиблингами». Этот методологический подход обусловлен тем, что сексуализированное насилие не всегда подразумевает исключительно прямой контакт, но также включает наблюдение ребёнком сексуализированного насилия над другими людьми, в том числе над сиблингами. Однако есть вероятность, что данная особенность может помешать выявлению сексуализированного насилия, так как структура шкалы позволяет отнести его в другую категорию.

#### **Физическое насилие и пренебрежение**

Физическое насилие и пренебрежение в детстве являются серьёзными предвестниками психических расстройств, включая депрессию, тревожные расстройства и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Однако их влияние во многом зависит от индивидуальных особенностей когнитивного развития ребёнка [13].

На ранних этапах жизни отсутствие способности прогнозировать физическое насилие может снижать уровень тревожности, но одновременно усиливать его непредсказуемость, что способствует формированию ПТСР [33, 85]. Распространённость физического насилия и пренебрежения остаётся сложной для оценки из-за скрытого характера многих случаев. В странах с высоким уровнем дохода ежегодно фиксируется от 4% до

16% случаев физического насилия и около 10% случаев физического пренебрежения [13]. В 80% случаев насилие совершается родителями или законными опекунами, что значительно усложняет выявление и профилактику, а ключевыми факторами риска являются бедность, психические расстройства родителей, злоупотребление алкоголем и внутрисемейное насилие [71].

Помимо психопатологических последствий, физическое насилие может приводить к физиологическим изменениям. Исследования выявили его связь с изменением состава кишечной микрофлоры у пациентов психиатрических стационаров, тогда как общий уровень травматизации не демонстрирует такой связи [78]. Предполагается, что хроническое воспаление, возникающее в ответ на физическое насилие, может приводить к долгосрочным изменениям микробиоты, что расширяет понимание системного воздействия детских травм на организм.

Одним из наиболее серьёзных последствий физического насилия и пренебрежения является повышенный риск суицидального поведения. Современные исследования подтверждают, что физическое насилие связано с высокой вероятностью возникновения суицидальных мыслей и самоповреждений, особенно в социально уязвимых группах [68]. Физическое пренебрежение также ассоциируется с ростом риска суицидального поведения, хотя его влияние менее выражено [14, 15, 25].

С учётом значительных последствий физического насилия и пренебрежения в последние годы активно развиваются методы их оценки. Различные шкалы оценки НДО по-разному подходят к измерению этих форм насилия. Среди самоотчётных инструментов наиболее широко применяются CTQ, MACE, TADS и CATS. Они позволяют оперативно выявлять случаи насилия и пренебрежения, но подвержены субъективным искажениям. Структура шкал также различается: MACE детализирует источники насилия и возрастную динамику, а ETI-SR учитывает личность агрессора, возраст начала насилия и его частоту, делая инструмент одним из наиболее информативных, но сложных в интерпретации.

### Время как критерий оценки НДО

Детство представляет собой не просто этап развития, а сложный процесс формирования психики, в котором каждое переживание оказывает влияние на будущую адаптацию и эмоциональное благополучие. Ключевым вопросом остаётся влияние возраста ребёнка на момент получения НДО, а также длительности воздействия на тяжесть последствий. Исследования указывают на дифференцированные эффекты в зависимости от этих факторов, однако точные механизмы продолжают изучаться [58].

Хотя события, входящие в неблагоприятный детский опыт, могут происходить в течение первых двух десятилетий жизни, они наиболее рас-

пространены в раннем (до пяти лет) и среднем детстве (от шести до 11 лет) по сравнению с подростковым возрастом [24].

Ранний возраст — время как высокой пластичности, так и уязвимости. В этот период закладываются фундаментальные механизмы эмоциональной регуляции, самовосприятия и привязанности, и любое неблагоприятное воздействие может оставить отпечаток, который отзовется спустя годы [29]. Насилие в дошкольном возрасте (0-5 лет) тесно связано с нарушениями адаптации, формированием тревожных и депрессивных расстройств, а также стойким ощущением небезопасности [43, 62]. Особенно важными оказываются последствия, если воздействие приходится на возраст раннего детства — 3-5 лет — период, который можно назвать критическим окном уязвимости [63].

Среднее детство (6-12 лет) — ключевой этап в формировании эмоциональной регуляции и социальных связей [83]. Также имеются данные, что именно период 7-10 лет характеризуется повышенной чувствительностью к внешним воздействиям, и именно в этот период НДО особенно влияет на развитие эмоциональной дисрегуляции и снижение самооценки [30, 31]. В препубертатном возрасте (10-12 лет) появляются изменения в когнитивных функциях и социальной адаптации, что, возможно, связано с особенностями нейробиологического созревания в этот период [64, 95]. В контексте изучения сенситивных периодов подчёркивается роль интеллекта как возрастозависимого и контекстуально обусловленного фактора устойчивости, с указанием на снижение компенсаторного потенциала когнитивных ресурсов при хронической травматизации [50].

Хотя среднее детство считается критическим периодом для развития психики, точные границы наибольшей уязвимости до сих пор остаются предметом научного обсуждения [84]. Понимание того, как длительность и возрастной период воздействия формируют психические последствия, становится ключевым аспектом при разработке диагностических инструментов, позволяющих выявлять наиболее уязвимые группы.

Не менее значим и сам характер воздействия — хроническое неблагоприятное обращение оказывает гораздо более разрушительное влияние, чем единичные эпизоды насилия. Продолжительное нахождение в среде жестокого обращения повышает риск развития коморбидных расстройств, включая депрессию, тревожные расстройства, аддиктивное поведение и суицидальные мысли [69, 79]. Различия в последствиях также обусловлены типом травматического воздействия: физическое насилие чаще приводит к нарушениям контроля импульсов и агрессии, тогда как эмоциональное пренебрежение формирует устойчивые паттерны тревожности и хронического чувства вины [45]. Исследования также показывают, что многократные эпизоды насилия ассоциируются с глубокими нарушениями эмоционального реагирования

и трудностями в построении доверительных социальных связей [87].

Среди инструментов для оценки НДО особое значение имеют шкалы, учитывающие возрастные характеристики и временные параметры воздействия. ЕТІ позволяет оценивать воздействие травмы на индивида, возраст её начала, а также частоту и длительность травматического опыта (что присутствует далеко не во всех опросниках). Однако наибольшую ценность для изучения возрастных механизмов формирования психопатологии представляет МАСЕ: детализированный временной анализ делает её особенно полезной для исследований влияния детской травматизации на клинические характеристики аффективных расстройств и позволяет определить критические периоды воздействия и их связь с последующими изменениями психического состояния.

### Обсуждение

Выбор шкалы для валидации требует тщательного анализа её способности фиксировать не только основные формы НДО, но и передавать тонкие нюансы, связанные с динамикой, тяжестью и долгосрочными последствиями травмы. В российской популяции были валидированы три наиболее распространённые шкалы для оценки НДО: ACE-IQ, CATS и СТQ.

Впервые опросник ACE-IQ был адаптирован на русский язык и валидирован в 2019 году Е.А. Каган с соавт. на выборке наркологических больных [5]. Оригинальная структура опросника была изменена: 7 вопросов из 31 были удалены в связи с выявленной авторами низкой факторной нагрузкой, что впоследствии подверглось критике, так как несоответствие структуре оригинальной шкалы не позволяет корректно сопоставить полученные данные с результатами, выполненными с использованием оригинальной версии [6]. Также критике подверглось качество перевода, обусловившее изменение смысла оригинальных вопросов, что привело к необходимости повторной валидации шкалы [7].

Русскоязычная версия CATS была валидирована на выборке условно здоровых людей в возрасте от 18 до 28 лет — студентов медицинского вуза — и также подверглась значительным изменениям: по результатам содержательного анализа несколько вопросов были включены в другие шкалы, а один был исключён в связи с недостаточной факторной нагрузкой. Также авторы разбили шкалу «Неблагополучное домашнее окружение / пренебрежение» (negative home environment / neglect) оригинала на две отдельные шкалы: «Пренебрежение и одиночество» и «Неблагополучная домашняя обстановка» [1]. В связи с этими изменениями поднимается аналогичный вопрос о сопоставимости достоверности результатов, полученных при использовании адаптированной версии, с теми, что были получены при использовании оригинальной CATS.

Опросник СТQ был валидирован в России в 2024 году на выборке, состоящей из пациентов с диагнозами, соответствующими критериям депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства, а также лиц без каких-либо психических расстройств [4]. Русскоязычная версия показала хорошие психометрические характеристики, однако сами авторы отмечают необходимость дополнительного анализа факторов пола и возраста для лучшего понимания влияния травм детского возраста.

Параллельно развивается концепция позитивного детского опыта (ПДО), который может смягчать долгосрочные эффекты травмы, повышая резильентность и снижая риск психопатологии. Такой подход позволяет рассматривать детский опыт не только как совокупность факторов риска, расширяя понимание детства и его влияния на последующие годы жизни.

Сложно однозначно утверждать о наличии протективного действия ПДО, однако имеющиеся данные свидетельствуют о том, что высокие уровни ПДО в сочетании с высоким НДО ассоциированы с более благоприятными исходами — включая снижение симптомов депрессии, тревоги и ПТСР, улучшение психосоциального функционирования, самооценки и устойчивости к стрессу — по сравнению с комбинацией высокого НДО и низкого ПДО [48]. Отечественная клинико-психологическая школа, представленная трудами Э.Г. Эйдемиллера, И.В. Добрякова, Ю.С. Шевченко и А.С. Спиваковской, подчёркивает роль семейной системы, привязанности и социального контекста в долгосрочном формировании психической резильентности [2, 9, 10, 11].

Одним из инструментов, направленных на изучение позитивного детского опыта, является шкала Benevolent Childhood Experiences (BCEs) (Narayan, A. et al., 2018), которая оценивает наличие в детстве факторов безопасности, стабильности и эмоциональной поддержки [70].

Не менее существенным фактором является характер родительской заботы и привязанности. Гиперопека, проявляющаяся чрезмерным контролем и ограничением самостоятельности, коррелирует с повышенным уровнем тревоги, а разные механизмы проявления гнева со стороны родителей имеют прямое отношение к удовлетворённости жизнью: его контроль связан с родительской заботой, тогда как его отсутствие напрямую ассоциировано с такими явлениями, как материнская гиперопека или сниженная отцовская забота [87]. В этом контексте используется шкала Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker, Tupling, & Brown, 1979), позволяющая дифференцировать родительскую заботу и гиперопеку [74, 82]. В 2018 году данная шкала была валидирована в России на выборке школьников 9-11 классов [94].

Исследования показывают, что разные подтипы детских психотравм способны по-разному воздействовать на нейробиологические механизмы, вызывая специфические изменения в функ-

ционировании центральной нервной системы [32, 65]. Фиксация времени травматического опыта открывает возможность изучения того, как разные формы насилия и пренебрежения влияют на эмоциональную регуляцию и устойчивость к стрессу в зависимости от возраста, в котором они были пережиты. Исследования подтверждают, что воздействие в раннем детстве оказывает иные последствия, чем насилие, пережитое в подростковом возрасте, когда психика уже проходит сложные процессы перестройки [8, 83].

Рассмотрение культуральных особенностей восприятия и описания НДО является ограничением нашей работы. Мы подчёркиваем, что в перспективе необходимо систематическое изучение влияния культурального контекста на интерпретацию и фиксацию НДО, что позволит повысить точность и применимость методик в разных социальных и этнолингвистических группах.

Для российской практики предлагается многоступенчатый алгоритм внедрения: отбор базового инструмента, культурная адаптация методом forward-backward translation с участием клиницистов, лингвистов и экспертов по культурной антропологии; пилотирование на репрезентативной выборке; комплексная оценка психометрических свойств; и интеграция позитивного детского опыта путём разработки комбинированной батареи НДО-ПДО, что повысит диагностическую и прогностическую точность инструментария [98].

## Заключение

Неблагоприятный детский опыт (НДО) играет ключевую роль в развитии психических, когнитивных и социальных нарушений, влияя на человека на протяжении всей жизни. Исследования подтверждают, что раннее выявление и оценка НДО критически важны для понимания механизмов формирования психопатологии и разработки эффективных стратегий профилактики. В связи с этим были разработаны различные шкалы для оценки НДО, каждая из которых имеет свои преимущества и ограничения.

Однако существующие инструменты оценки НДО различаются по критериям: одни фиксируют сам факт насилия, другие — его частоту и субъективное восприятие, но большинство из них не учитывает временную динамику воздействия. Время возникновения травматического события и его длительность являются определяющими в формировании психических последствий, что подчёркивает необходимость использования шкал, фиксирующих эти параметры.

Среди доступных инструментов МАСЕ является единственной шкалой, которая детально фиксирует временные характеристики НДО, позволяя оценивать критические периоды развития и их влияние на дальнейшее психическое здоровье. Учитывая баланс между негативными и позитивными аспектами детского опыта, изучение позитивного детского опыта может быть перспективным направлением для более целостного понимания влияния детства на психическое здоровье в течение жизни.

## Литература / References

1. Герсамя А.Г., Меньшикова А.А., Акжигитов Р.Г., Гришкина М.Н. Психометрические свойства Шкалы жестокого обращения и травматизации в детстве (CATS). *Российский психиатрический журнал*. 2015;3:21–29. Gersamiya AG, Menshikova AA, Akzhigitov RG, Grishkina MN. Psychometric properties of the Russian-language version of the Childhood Abuse and Trauma Scale (CATS). *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2015;3:21–29. (In Russ.).
2. Добряков И.В. Клиническая психология детского возраста. — СПб.: СпецЛит, 2015. Dobryakov I.V. *Klinicheskaya psihologiya detskogo vozrasta*. SPb.: SpecLit; 2015. (In Russ.).
3. Карпова Н.В. Опыт изучения интернализированных расстройств у детей и подростков в зарубежных исследованиях. *Современная зарубежная психология* 2024;13(2):92–101. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2024130209>. Karpova NV. *The international perspectives on internalizing disorders in children and adolescents. Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya*. 2024;13(2):92–101. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/jmfp.2024130209>.
4. 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 psikhiatriya*. (In Russ.). 2024;34(2):13–23.
5. Катан Е.А. Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте. *Медицинская психология в России*. 2019;11(2):8. Katan EA. Using the international questionnaire of adverse childhood experiences to identify psychotraumatic factors in childhood and adolescence. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2019;11(2):8. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2219-8245-2019-2-8>.
6. Кибитов А.А., Касьянов Е.Д., Николишин А.Е., Рукавишников Г.В., Малышко Л.В., Попович У.О. с соавт. Связь семейной отягощенности расстройствами настроения с

- неблагоприятным детским опытом и суицидальностью у пациентов с депрессией. Связь семейной отягощенности расстройствами настроения с неблагоприятным детским опытом и суицидальностью у пациентов с депрессией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(6):56–63. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212206256>.
- Kibitov AA, Kasyanov ED, Nikolishin AE, Rukavishnikov GV, Malyshko LV, Popovich UO et al. Family history of mood disorders may weaken the link between adverse childhood experience and suicidality in patients with depression. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2022;122(6):56–63. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro202212206256>.
7. 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>.
  8. Никольская И.М. Нарушения развития у детей: подходы к диагностике и коррекции. — М.: Владос, 2000. Nikol'skaya I.M. Narusheniya razvitiya u detej: podhody k diagnostike i korrekcii. M.: Vlados; 2000. (In Russ.).
  9. Спиваковская А.С. Психология семейной травмы. — М.: Институт психотерапии, 2013. Spivakovskaya A.S. Psihologiya semejnoy travmy. M.: Institut psihoterapii; 2013. (In Russ.).
  10. Шевченко Ю.С. Социальная работа с детьми, пережившими травму. — М.: Юрайт, 2016. Shevchenko Yu.S. Social'naya rabota s det'mi, perezhivshimi travmu. M.: Yurajt; 2016. (In Russ.).
  11. Эйдемиллер Э.Г. Семейная психология и психотерапия. — СПб.: Питер, 2011. Ejdemiller E.G. Semejnaya psikhologiya i psihoterapiya. SPb.: Piter; 2011. (In Russ.).
  12. Abate BB, Sendekie AK, Merchaw A, Abebe GK, Azmeraw M, Alamaw AW, et al. Adverse childhood experiences are associated with mental health problems later in life: an umbrella review of systematic review and meta-analysis. *Neuropsychobiology*. 2025;84(1):48–64. <https://doi.org/10.1159/000542392>.
  13. Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*. 2018;86:167–177. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019>.
  14. Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Childhood maltreatment and suicide attempts in prisoners: a systematic meta-analytic review. *Psychological Medicine*. 2020;50(1):1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002848>.
  15. Angelakis I, Gillespie EL, Panagioti M. Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2019;49(7):1057–1078. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>.
  16. Beaton D.E., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>.
  17. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*. 1994;151(8):1132–1136; <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.113>.
  18. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*. 2003;27(2):169–190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0).
  19. Bevilacqua L, et al. Adverse childhood experiences and trajectories of internalizing, externalizing, and prosocial behaviors from childhood to adolescence. *Child Abuse & Neglect*. 2021;112:104890. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104890>.
  20. Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depression and Anxiety*. 2000;12(1):1–12. [https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:1<1::AID-DA1>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:1<1::AID-DA1>3.0.CO;2-W).
  21. Chia AYY, Hartanto A, Wan TS, Teo SSM, Sim L, Kasturiratna KTAS. The impact of childhood sexual, physical and emotional abuse and neglect on suicidal behavior and non-suicidal self-injury: a systematic review of meta-analyses. *Psychiatry Research Communications*. 2025;5(1):1–19. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2025.100202>.
  22. Chiodo D, Wolfe DA, Crooks C, Hughes R, Jaffe P. Impact of sexual harassment victimization by peers on subsequent adolescent victimization and adjustment: a longitudinal study. *Journal of Adolescent Health*. 2009;45(3):246–252. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.01.006>.
  23. Christ C, de Waal MM, Dekker JJM, van Kuijk I, van Schaik DJF, Kikkert MJ, et al. Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: the role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211882.

- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211882>.
24. Crouch E, Probst JC, Radcliff E, Bennett KJ, McKinney SH. Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) among US children. *Child Abuse & Neglect*. 2019;92:209–218. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.010>.
  25. Cui N, Liu J. Physical abuse, emotional abuse, and neglect and childhood behavior problems: a meta-analysis of studies in Mainland China. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2021;21(1):206–224. <https://doi.org/10.1177/1524838018757750>.
  26. Davis JP, Dworkin ER, Helton J, Prindle J, Patel S, Dumas TM, Miller S. Extending poly-victimization theory: differential effects of adolescents' experiences of victimization on substance use disorder diagnoses upon treatment entry. *Child Abuse & Neglect*. 2019;89:165–177. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.01.009>.
  27. Deighton S, Neville A, Pusch D, Dobson K. Biomarkers of adverse childhood experiences: a scoping review. *Psychiatry Research*. 2018;269:719–732. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.097>.
  28. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, Giles WH. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;28(5):430–438. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.01.015>.
  29. Dunn EC et al. Sensitive Periods for the Effect of Child Maltreatment on Psychopathology Symptoms in Adolescence. *Complex Psychiatry*. 2023;9(1–4):145–153. <https://doi.org/10.1159/000530120>.
  30. Dunn EC, Busso DS, Davis KA, Smith ADAC, Mitchell C, Tiemeier H, Susser ES. Sensitive periods for the effect of child maltreatment on psychopathology symptoms in adolescence. *Complex Psychiatry*. 2023;9(1–4):145–153. <https://doi.org/10.1017/s0033291718000181>.
  31. Dunn EC, Nishimi K, Gomez SH, Powers A, Bradley B. Developmental timing of trauma exposure and emotion dysregulation in adulthood: are there sensitive periods when trauma is most harmful? *Journal of Affective Disorders*. 2018;227:869–877. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.045>.
  32. Edmiston EE, Wang F, Mazure CM, Guiney J, Sinha R, Mayes LC, Blumberg HP. Corticostriatal-limbic gray matter morphology in adolescents with self-reported exposure to childhood maltreatment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2011;165(12):1069–1077. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.565>.
  33. Elliott R, McKinnon A, Dixon C, Boyle A, Murphy E, Dahm T, et al. Prevalence and predictive value of ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex PTSD diagnoses in children and adolescents exposed to a single-event trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2021;62(3):270–276. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13240>.
  34. Elmore AL, Crouch E. Anxiety, depression, and adverse childhood experiences: an update on risks and protective factors among children and youth. *Academic Pediatrics*. 2023;23(4):720–721. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2022.11.013>.
  35. Elmore AL, Crouch E. The association of adverse childhood experiences with anxiety and depression for children and youth, 8 to 17 years of age. *Academic Pediatrics*. 2020;20(5):600–608. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.012>.
  36. Enoch MA. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*. 2011;214(1):17–31. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1916-6>.
  37. Evans GW, Li D, Whipple SS. Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*. 2013;139(6):1342–1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>.
  38. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. 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).
  39. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Holt M. Pathways to poly-victimization. *Child Maltreatment*. 2009;14(4):316–329. <https://doi.org/10.1177/1077559509347012>.
  40. Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. Improving the Adverse Childhood Experiences Study scale. *JAMA Pediatrics*. 2013;167(1):70–75. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.420>.
  41. Gautam N, Rahman MM, Khanam R. Adverse childhood experiences and externalizing, internalizing, and prosocial behaviors in children and adolescents: a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. 2024;363:124–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.064>.
  42. Georgieva S, Tomas JM, Navarro-Pérez JJ. Systematic review and critical appraisal of Childhood Trauma Questionnaire — Short Form (CTQ-SF). *Child Abuse & Neglect*. 2021;120:105223. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105223>.
  43. Gerke J, Koenig AM, Conrad D, Doyen-Waldecker C, Pauly M, Gündel H, et al. Childhood maltreatment as risk factor for lifetime depression: the role of different types of experiences and sensitive periods. *Mental Health and Prevention*. 2018;10:56–65. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.03.002>.
  44. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009;373(9657):68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7).
  45. Gomis-Pomares A, Villanueva L. Adverse childhood experiences: pathways to internalising and

- externalising problems in young adulthood. *Child Abuse Review*. 2023;32(4):e2802. <https://doi.org/10.1002/car.2802>.
46. Grummitt LR, Kelly EV, Barrett EL, Lawler S, Prior K, Stapinski LA, Newton NC. Associations of childhood emotional and physical neglect with mental health and substance use in young adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2022;56(4):365–375. <https://doi.org/10.1177/00048674211025691>.
  47. Guinn AS, Ottley PG, Anderson KN, Oginga ML, Gervin DW, Holmes GM. Leveraging surveillance and evidence: preventing adverse childhood experiences through data to action. *American Journal of Preventive Medicine*. 2022;62(Suppl 1):S24–S30. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.12.003>.
  48. Han D, Dieujuste N, Doom JR, Narayan AJ. A systematic review of positive childhood experiences and adult outcomes: promotive and protective processes for resilience in the context of childhood adversity. *Child Abuse & Neglect*. 2023;144:106346. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106346>.
  49. Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(2):260–273. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>.
  50. Harpur LJ, Polek E, van Harmelen AL. The role of timing of maltreatment and child intelligence in pathways to low symptoms of depression and anxiety in adolescence. *Child Abuse & Neglect*. 2015;47:24–37. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.019>.
  51. Hart SN, Glaser D. Psychological maltreatment: maltreatment of the mind—a catalyst for advancing child protection toward proactive primary prevention and promotion of personal well-being. *Child Abuse & Neglect*. 2011;35(10):758–766. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.06.002>.
  52. Henry LM, Gracey K, Shaffer A, Ebert J, Kuhn T, Watson KH, et al. Comparison of three models of adverse childhood experiences: associations with child and adolescent internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 2021;130(1):9–25. <https://doi.org/10.1037/abn0000644>.
  53. Hibbard R, Barlow J, Macmillan H. Psychological maltreatment. *Pediatrics*. 2012;130(2):372–378. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1552>.
  54. Hoffmann JP, Jones MS. Cumulative stressors and adolescent substance use: a review of 21st-century literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022;23(3):891–905. <https://doi.org/10.1177/1524838020979674>.
  55. Hsieh C, Charak R, Cano-Gonzalez I, Gonzalez L, Roley-Roberts ME, Hovey JD. Perceived burdensomeness and thwarted belongingness influence the childhood polyvictimization and suicide ideation association among Hispanic undergraduates. *Death Studies*. 2022;46(8):1792–1800. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1846227>.
  56. 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).
  57. Johnson CF. Child sexual abuse. *The Lancet*. 2004;364(9432):462–470. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16771-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16771-8).
  58. Juen F, Hecker T, Hermenau K, Teicher MH, Mikinga G, Nkuba M, Masath FB, Schalinski I. Child maltreatment in a high adversity context: associations of age, type and timing of exposure with psychopathology in middle childhood. *Child Abuse & Neglect*. 2024;157:107060. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107060>.
  59. Kent A, Waller G. The impact of childhood emotional abuse: an extension of the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse & Neglect*. 1998;22(5):393–399. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00007-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00007-6).
  60. Laurin J, Wallace C, Draca J, Aterman S, Tonmyr L. Youth self-report of child maltreatment in representative surveys: a systematic review. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*. 2018;38(2):37–54. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.2.01>.
  61. Le MT, Holton S, Nguyen HT, Wolfe R, Fisher J. Poly-victimisation and health risk behaviours, symptoms of mental health problems and suicidal thoughts and plans among adolescents in Vietnam. *International Journal of Mental Health Systems*. 2016;10:66. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0099-x>.
  62. Li M, Gao T, Su Y, Zhang Y, Yang G, D'Arcy C, Meng X. The timing effect of childhood maltreatment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023;24(4):2560–2580. <https://doi.org/10.1177/15248380221102558>.
  63. Lussier AA, Zhu Y, Smith BJ, Cerutti J, Fisher J, Melton PE, et al. Association between the timing of childhood adversity and epigenetic patterns across childhood and adolescence: findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) prospective cohort. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2023;7(8):532–543. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(23\)00127-x](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(23)00127-x).
  64. McLaughlin KA, Sheridan MA, Gold AL, Duys A, Lambert HK, Peverill M, Heleniak C, Shechner T, Wojcieszak Z, Pine DS. Maltreatment exposure, brain structure, and fear conditioning in children and adolescents. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41(8):1956–1964. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.365>.
  65. McLaughlin KA, Sheridan MA, Lambert HK. Childhood adversity and neural development:

- deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014;47:578–591.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>.
66. Meinck F, Neelakantan L, Steele B, Jochim J, Davies LM, Boyes M, Barlow J, Dunne M. Measuring violence against children: a COSMIN systematic review of the psychometric properties of child and adolescent self-report measures. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023;24(3):1832–1847.  
<https://doi.org/10.1177/15248380221082152>.
  67. Mersky JP, Janczewski CE, Topitzes J. Rethinking the measurement of adversity. *Child Maltreatment*. 2017;22(1):58–68.  
<https://doi.org/10.1177/1077559516679513>.
  68. Messina N, Grella C. Childhood trauma and women's health outcomes in a California prison population. *American Journal of Public Health*. 2006;96(10):1842–1848.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.082016>.
  69. Miller AB, Esposito-Smythers C, Weismoore JT, Renshaw KD. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2013;16(2):146–172.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>.
  70. Narayan AJ, Rivera LM, Bernstein RE, Harris WW, Lieberman AF. Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: a pilot study of the Benevolent Childhood Experiences (BCEs) scale. *Child Abuse & Neglect*. 2018;78:19–30.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.022>.
  71. Norman RE, Byambaa 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>.
  72. O'Leary PJ, Barber J. Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2008;17(2):133–143.  
<https://doi.org/10.1080/10538710801916416>.
  73. Pace CS, Muzi S, Rogier G, Meinero LL, Marcenaro S. The Adverse Childhood Experiences—International Questionnaire (ACE-IQ) in community samples around the world: a systematic review (part I). *Child Abuse & Neglect*. 2022;129:105640.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105640>.
  74. Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 1979;52(1):1–97.  
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>.
  75. Petersen AC, Joseph J, Feit M, editors. *Committee on Child Maltreatment Research, Policy, and Practice for the Next Decade: Phase II*; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Law and Justice; Institute of Medicine; National Research Council. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*; 2014.
  76. Qu G, Liu H, Han T, Zhang H, Ma S, Sun L, et al. Association between adverse childhood experiences and sleep quality, emotional and behavioral problems and academic achievement of children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2024;33(2):527–538.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-023-02185-w>.
  77. Reuben A, Moffitt TE, Caspi A, Belsky DW, Harrington H, Schroeder F, et al. 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>.
  78. Rohr JC, Bourassa KA, Thompson DS, Fowler JC, Frueh BC, Weinstein BL, Petrosino J, Madan A. History of childhood physical abuse is associated with gut microbiota diversity among adult psychiatric inpatients. *Journal of Affective Disorders*. 2023;331:50–56.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.023>.
  79. Russotti J, Warmingham JM, Duprey EB, Handley ED, Manly JT, Rogosch FA, Cicchetti D. Child maltreatment and the development of psychopathology: the role of developmental timing and chronicity. *Child Abuse & Neglect*. 2021;120:105215.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105215>.
  80. Salokangas RK, Schultze-Lutter F, Patterson P, von Reventlow HG, Heinimaa M, From T, et al. Psychometric properties of the Trauma and Distress Scale (TADS) in an adult community sample in Finland. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016;7:30062.  
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30062>.
  81. Salokangas RKR. Emotional neglect in childhood is common and associates with adult mental ill health. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2022;76(5):369–375.  
<https://doi.org/10.1080/08039488.2021.2019939>.
  82. Sato M, Okada T, Morikawa M, Nakamura Y, Yamauchi A, Ando M, Ozaki N. Validation and factor analysis of the Parental Bonding Instrument in Japanese pregnant women. *Scientific Reports*. 2021;11(1):13759.  
<https://doi.org/10.1038/s41598-021-93146-3>.
  83. Schaefer JD, Cheng TW, Dunn EC. Sensitive periods in development and risk for psychiatric disorders and related endpoints: a systematic review of child maltreatment findings. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(12):978–991.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00362-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00362-5).
  84. Schalinski I, Teicher MH, Nischk D, Hinderer E, Müller O, Rockstroh B. Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry*. 2016;16:295.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-1004-5>.

85. Shackman JE, Shackman AJ, Pollak SD. Physical abuse amplifies attention to threat and increases anxiety in children. *Emotion*. 2007;7(4):838–852. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.4.838>.
86. Smith N, Lam D, Bifulco A, Checkley S. Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002;37:572–579. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0589-9>.
87. Smorti M, Alsancak-Akbulut C, Pozza F, Berrocal Montiel C. Exploring the links between parental bonding and life satisfaction: anxiety and anger as underlying mechanisms. *Journal of Psychology*. 2025;1–20. <https://doi.org/10.1080/00223980.2025.2473735>.
88. Steele B, Neelakantan L, Jochim J, Davies LM, Boyes M, Franchino-Olsen H, et al. Measuring violence against children: a COSMIN systematic review of the psychometric and administrative properties of adult retrospective self-report instruments on child abuse and neglect. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023;25(1):183–196. <https://doi.org/9310.1177/15248380221145912>.
89. Stewart SL, Semovski V, Lapshina N. Adolescent inpatient mental health admissions: an exploration of interpersonal polyvictimization, family dysfunction, self-harm and suicidal behaviours. *Child Psychiatry & Human Development*. 2022;55:963–974. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01450-4>.
90. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011;16(2):79–101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>.
91. Strine TW, Dube SR, Edwards VJ, Prehn AW, Rasmussen S, Wagenfeld M, et al. Associations between adverse childhood experiences, psychological distress, and adult alcohol problems. *American Journal of Health Behavior*. 2012;36(3):408–423. <https://doi.org/10.5993/AJHB.36.3.11>.
92. 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>.
93. The Lancet Psychiatry null. Responding to childhood trauma. *Lancet Psychiatry*. 2022;9:759. 87.
94. Tikhomirova T, Malykh S. Adaptation of the Russian-language version of the Parental Bonding Instrument. *Psychology and Education*. 2018;25–26. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.11.02.78>.
95. Tomoda A, Nishitani S, Takiguchi S, Fujisawa TX, Sugiyama T, Teicher MH. The neurobiological effects of childhood maltreatment on brain structure, function, and attachment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2024. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01779-y>.
96. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*. 2011;23(2):453–476. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000174>.
97. Turney K. Cumulative adverse childhood experiences and children's health. *Children and Youth Services Review*. 2020;119:105538. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105538>.
98. Van de Vijver F, Leung K. *Methods and Data Analysis for Cross-Cultural Research*. London: SAGE, 1997.
99. Ward CL, Artz L, Leoschut L, Kassanje R, Burton P. Sexual violence against children in South Africa: a nationally representative cross-sectional study of prevalence and correlates. *The Lancet Global Health*. 2018;6(4):e460–e468. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30060-3).
100. Xu H, Li M, Cai J, Yuan Y, He L, Liu J, Wang L, Wang W. Comparison of ACE-IQ and CTQ-SF for child maltreatment assessment: reliability, prevalence, and risk prediction. *Child Abuse & Neglect*. 2023;146:106529. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106529>.
101. Zarchev M, Grootendorst-van Mil NH, Bouter DC, Hoogendijk WJG, Mulder CL, Kamperman AM. Childhood adversity and psychopathology: the dimensions of timing, type and chronicity in a population-based sample of high-risk adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2024;18(1):37. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00727-x>.

### Информация об авторах

**Рерих Екатерина Сергеевна** — ординатор отделения социальной нейropsychиатрии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail: roekaterin@gmail.com

**Горбунова Александра Петровна** — врач-психиатр, младший научный сотрудник отделения геномики психических расстройств Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: gorbunovasashaa@gmail.com

**Рукавишников Григорий Викторович** — к.м.н., руководитель отделения социальной нейropsychиатрии, ведущий научный сотрудник Федерального государственного бюджетного учреждения «Наци-

ональный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: grigory\_v\_r@mail.ru

**Мазо Галина Элевна** — д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию, руководитель Института трансляционной психиатрии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: galina-mazo@yandex.ru

Поступила 30.05.2025

Received 30.05.2025

Принята в печать 18.12.2025

Accepted 18.12.2025

Дата публикации 30.04.2026

Date of publication 30.04.2026