



СТРЕСС В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

ГЕРСАМИЯ А.Г.*, ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия,
e-mail: aanna187@gmail.com

МЕНЬШИКОВА А.А.**, ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия,
e-mail: menshikoff24@yandex.ru

ЯКОВЛЕВ А.А.***, Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН, Москва, Россия,
e-mail: al_yakovlev@rambler.ru

В статье представлены данные об уровне стресса в детском возрасте и психологических особенностях личности у пациентов с аффективными расстройствами. Целью данного исследования было выявление связи детских травматических переживаний с развитием ряда личностных особенностей и копинг-стратегий, а также симптомов депрессии и тревоги во взрослом возрасте. В исследовании приняли участие 164 пациента психиатрического стационара. В результате авторы показали, что во взрослом возрасте высокий уровень перенесенного детского стресса связан с высоким уровнем депрессии и тревожности, повышением нейротизма и снижением согласия, а также использованием копинг-стратегий избегания и конфронтации.

Ключевые слова: стресс, насилие и травма в детском возрасте, депрессия, тревога, личность, способы копинга.

Феномен стресса в детском возрасте рассматривается как важный этиологический фактор в развитии психических расстройств (Макарчук, 2004; Падун, Котельникова, 2012; Тарабрина, 2009; Точиева, 2008; Шитов, 2007; Allen, Lauterbach, 2007; Bendall et al., 2007; 2013; Lee, Tsenkova, Carr, 2014; Lenore, Terr, 1991; Mascher et al., 2012; Perroud et al., 2008; Somer et al., 2012; Sudbrack, Manfro, Kuhn, 2015). Ряд многочисленных исследований подтверждает взаимосвязь психической травмы и особенностей развития личности (Sachs-Ericsson et al., 2011; Stessman et al., 2008; Vielhauer, Findler, 2002; Acierno et al., 2007; Bright, Bowland, 2008; Haugebrook et al., 2010). В частности, существует определенная взаимосвязь

Для цитаты:

Герсамия А.Г., Меньшикова А.А., Яковлев А.А. Стресс в детском возрасте и психологические особенности личности при аффективных расстройствах // Экспериментальная психология. 2016. Т. 9. №. 3. С. 103–117. doi:10.17759/exppsy.2016090309

* Герсамия А.Г. Психолог, ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева Департамента здравоохранения г. Москвы». E-mail: aanna187@gmail.com

** Меньшикова А.А. Старший научный сотрудник, ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева Департамента здравоохранения г. Москвы». E-mail: menshikoff24@yandex.ru

*** Яковлев А.А. Старший научный сотрудник, Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН. E-mail: al_yakovlev@rambler.ru



между наличием стресса в детском возрасте и развитием избегающего (Yen et al., 2002), пограничного (Sansone et al., 2002; Weaver et al., 1993), антисоциального (Luntz et al., 1994) личностных расстройств, а также депрессивных, тревожных и фобических расстройств (Mendenhal, Jacobs, 2012; Kendler et al., 2004; Levitan et al., 1998; Schwarz, Perry, 1994). При этом переживание ситуации сильного стресса зависит от ряда объективных и субъективных характеристик переживания события и не всегда сопровождается психической травматизацией. Есть исследования, согласно которым относительно средняя по тяжести детская травма может развить устойчивость к стрессу в будущем во взрослой жизни (Daskalakis et al., 2013; Nederhof, Schmidt, 2012). Уязвимость к негативным жизненным стрессовым событиям во многом обусловлена биологическими особенностями психики личности (Ellis et al., 2011). В частности, генетически заданный мозговой нейтрофический фактор оказывает влияние на пластичность и выживаемость дофаминергических, холинергических и серотонинергических нейронов мозга, с которыми связан риск развития аффективных расстройств (Angelucci, Brene, Mathe, 2005; Lee et al., 2014; Perea et al., 2012; Perroud et al., 2008; Perry et al., 1995). Стресс в детском возрасте как психическая травма негативно сказывается на развитии нейробиологических систем мозга и приводит к истощению его компенсаторных возможностей, что провоцирует манифестацию психических расстройств в будущем (Barr et al., 2003; Perea et al., 2012; Perroud et al., 2008).

В психологической литературе психической травмой принято считать, в первую очередь, внутреннее состояние человека, страдающего от расстройства, вызванного переживанием травматического события, а не сам факт травмы (Ван дер Харт, Нейенхюс, Стил, 2013).

При этом детская травма определяется как результат физического или психологического покушения и/или наличия его угрозы в детском возрасте на физическую неприкосновенность, чувство самоуважения, а также жизнь самого ребенка или на физическую неприкосновенность или жизнь значимого для ребенка человека (Finding help for young children..., 2005, p. 171). К детской травматизации могут приводить следующие обстоятельства: насилие, включая сексуальное, физическое, эмоциональное; домашнее насилие; природные катастрофы (наводнение, пожар, землетрясение); боевые действия; заброшенность со стороны семьи; физическое насилие, связанное с угрозой для жизни, осуществляемое в присутствии ребенка (драки, стрельба и др.); физическое нападение на ребенка со стороны человека или животного или наличие его угрозы; похищение, издевательства; хирургические операции в результате несчастного случая или серьезного заболевания (Finding help for young children..., 2005, p. 171).

Оценка события как психотравмирующего может быть сделана только на основании субъективного знания личности о том, какое воздействие на нее оказало переживание этого события. Исходя из этого, такая оценка возможна только спустя некоторое время после завершения события. Изучение психической травмы в детском возрасте занимает особое положение ввиду того, что травму переживает нуждающийся в особой заботе и поддержке ребенок с незрелыми психобиологическими структурами. Чем меньше возраст человека, пережившего травму, тем больше вероятность появления расстройства, вызванного травмой, ввиду неразвитых компенсаторных возможностей. При этом ребенок оценивает события детства зачастую необъективно, в зависимости не от их тяжести, а от той степени, в какой он был эмоционально в них вовлечен (Ван дер Харт, Нейенхюс, Стил, 2013; Герсамя и др., 2015; Макаручук, 2004; Allen, Lauterbach, 2007; Angelucci, Brene, Mathe, 2005; Barr et al., 2003; Newberger, DeVos, 1988). Согласно данным исследователей, наиболее объективная оценка степени пси-



хической травматизации в детском возрасте возможна у взрослой личности (Шитов, 2007; Allen, Lauterbach, 2007; Angelucci, Brene, Mathe, 2005; Barr et al., 2003; Maschi et al., 2012). Исследования людей, переживших детский стресс, показывают, что у них отмечаются трудности в регулировке эмоций и произвольного поведения. Эти особенности влияют на повышение частоты межличностных конфликтов, импульсивных действий и самодеструктивного поведения (Simeon et al., 1992; Bornovalova et al., 2005; Gratz, 2006), гемблинга (Afifi et al., 2010), жестокости (McCrary, Viding, 2010), суицидального поведения (Lee, Tsenkova, Carr, 2014; Maschi et al., 2012; Perea et al., 2012; Risch, 2009; Somer et al., 2012).

Недостаточность исследований в отечественной литературе, посвященных ретроспективному исследованию степени травматизации личности, пострадавшей от насилия и жестокого обращения в детстве, а также ее взаимосвязи с рядом личностных особенностей, выраженности симптомов аффективных расстройств, обусловила потребность в проведении данной работы.

Целью нашего исследования было выявление связи личностных особенностей и используемых копинг-стратегий, а также симптомов депрессии и тревоги во взрослом возрасте у пациентов с аффективными расстройствами со стрессовыми воздействиями, перенесенными в детском возрасте.

В исследовании приняли участие 164 человека в возрасте от 18 до 58 лет ($M=39,15$; $SD=17,367$), среди них 128 женщин и 36 мужчин, проходивших лечение на базе НППЦ психоневрологии имени З.П. Соловьева ДЗМ по поводу расстройств тревожно-депрессивного спектра.

Использовались следующие методики: для определения уровня детского стресса – русскоязычный вариант Шкалы жестокого обращения и травматизации в детстве (CATS), разработанной в 1995 г. Б. Сандерсом и Е. Беккер-Лаусен и адаптированной в рамках настоящего исследования (А.Г. Герсамя и др., 2015); для оценки уровня депрессии – Шкала депрессии Бека (Beck, 1961, адаптация Н.В. Тарабриной (2001)); для оценки личностной и ситуационной тревоги – Опросник для оценки тревоги (Spielberger et al., 1983, адаптация Ю.Л. Ханина (1978)); для диагностики копинг-стратегий – Опросник «Стратегии совладающего поведения» (Lazarus, Folkman, 1984; адаптация Т.В. Крюковой (2004)); для оценки базовых черт личности – Пятифакторный личностный опросник, NEO-FFI (Costa, McCrae, 1989, адаптация В.Е. Орла, А.А. Рукавишниковой, И.Г. Сенина, Т.А. Мартина (2010)).

Для обработки полученных результатов и для оценки различий между двумя независимыми выборками использовался непараметрический статистический U-критерий Манна–Уитни. Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета прикладных программ Statistica, версия 8.0.

Результаты и обсуждение

Все включенные в исследование лица были разделены на две группы: пациенты 1-й группы ($N=81$) имели высокий уровень детского стресса по Шкале CATS ($M+SD$) – выше 56 баллов; пациенты 2-й группы ($N=83$) – низкий уровень ($M-SD$) – ниже 22 баллов.

В результате сравнения групп пациентов с высоким и низким уровнем детского стресса были получены значимые различия между ними по целому ряду показателей.

Прежде всего, значимые различия между группами пациентов с высоким и низким уровнем детского стресса получены по показателям выраженности депрессивной и тревожной симптоматики (рис. 1).

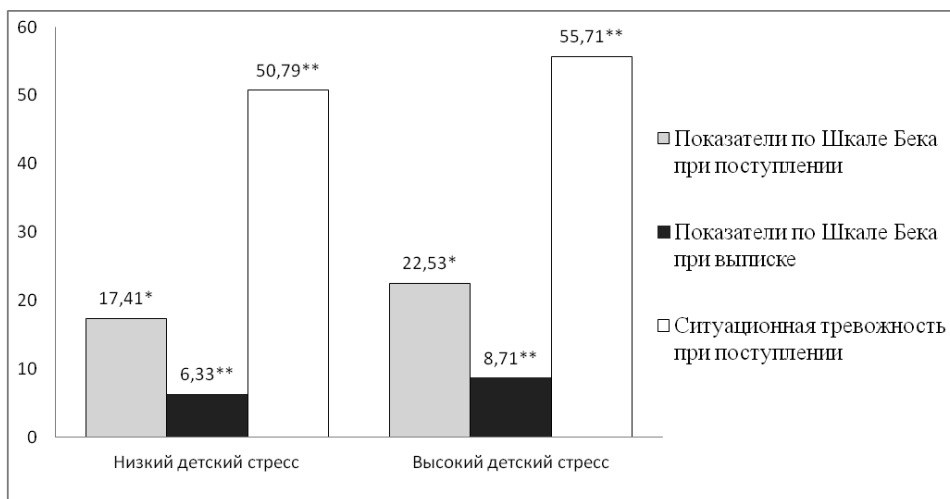


Рис. 1. Сравнение показателей тяжести депрессии и тревоги в группах с высоким и низким уровнем детского стресса по шкале CATS (уровень достоверности различий: «*» – $p < 0,01$; «**» – $p < 0,05$; «***» – $p < 0,001$)

Показатель выраженности депрессии по шкале Бека при поступлении у больных с низким уровнем детского стресса соответствовал уровню умеренно выраженного депрессивного расстройства ($17,41 \pm 10,903$), в то время как этот же показатель у больных с высоким уровнем детского стресса был значимо выше ($p < 0,01$) и соответствовал выраженной депрессии ($22,53 \pm 10,608$). Показатели тяжести депрессивной симптоматики у больных без детского стресса оказались достоверно ниже ($p < 0,05$) и при выписке ($6,33 \pm 7,742$), чем у больных со стрессом ($8,71 \pm 8,126$), хотя в обеих группах они были на уровне отсутствия симптоматики.

Значимые различия между группами обнаружены и по показателям ситуационной тревожности. При поступлении этот показатель в обеих группах больных соответствовал высокому уровню, однако у больных с детским стрессом выраженность тревоги ($55,71 \pm 14,702$) оказалась достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных без детского стресса ($50,79 \pm 15,206$). Это соотношение сохранялось и при выписке пациентов, однако уровни тревоги в обеих группах опускались до умеренных и значимых различий между группами не обнаруживалось.

На основании полученных данных можно предположить, что стрессовые события в виде травматизации и жестокого обращения, перенесенные в детском возрасте, служат фактором, который утяжеляет течение расстройств тревожно-депрессивного спектра у взрослых.

В результате проведенного исследования была обнаружена взаимосвязь стресса, перенесенного в детстве, с особенностями личности человека во взрослом возрасте. Наше исследование показало, что существуют значимые различия между усредненными показателями в профилях базовых черт личности по Опроснику NEO-FF1 (рис. 2).

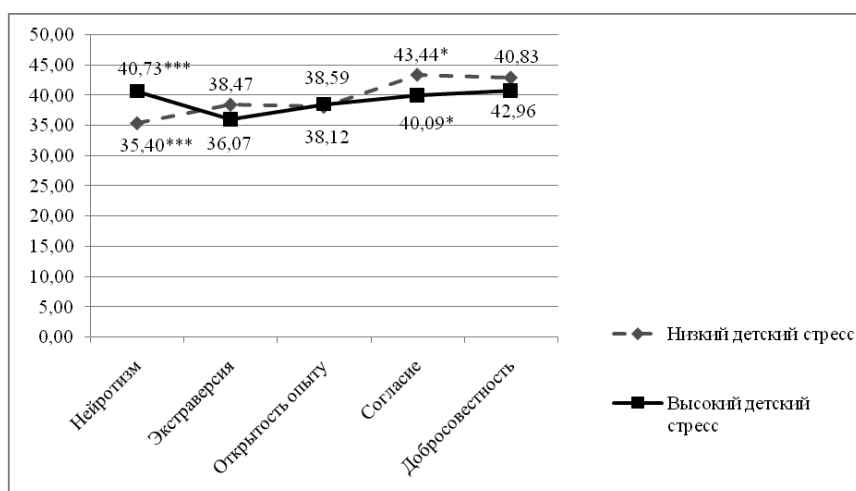


Рис. 2. Средние значения показателей базовых черт личности по Опроснику NEO-FF1 у обследованных с высокими и низкими уровнем детского стресса по шкале CATS (уровень достоверности различий: «*» – $p < 0,01$; «**» – $p < 0,05$; «***» – $p < 0,001$)

Достоверные различия были обнаружены по двум основным факторам – фактору нейротизма ($p < 0,001$) и фактору согласия ($p < 0,01$). По фактору нейротизма и в той и в другой группе показатели соответствовали уровню очень высоких, однако в группе больных со стрессом ($40,73 \pm 6,975$) они оказались значимо выше, чем у больных без стресса ($35,40 \pm 6,666$). По фактору согласия результаты у группы больных с детским стрессом ($40,09 \pm 7,490$) оказались достоверно ниже ($p < 0,01$), чем у больных с низким уровнем детского стресса ($43,44 \pm 6,023$), и соответствовали низким значениям, в то время как в группе с низким стрессом они соответствовали среднему уровню.

Таким образом, обследованные больные с диагностированным высоким уровнем детского стресса значимо более нестабильны эмоционально, более чувствительны к дистрессу и склонны к возникновению отрицательных эмоций, чем больные без детского стресса. Возможно, именно эти, чрезмерно заостренные, черты служат тем фактором, который приводит к более тяжелому течению у этих пациентов расстройств тревожно-депрессивного спектра. При этом им присущи черты, которые могут спровоцировать и ряд сложностей социально-психологического характера – низкая способность к согласию ведет к тому, что эти пациенты редко учитывают интересы и нормы группы, сообразуясь в большинстве случаев со своими принципами, и небрежны в отношениях с людьми.

Отличными в двух сравниваемых группах оказались и копинг-стратегии, или стили преодолевающего поведения (рис. 3).

Пациенты с высоким уровнем детского стресса достоверно чаще ($p < 0,001$) используют стратегию избегания, причем если у больных с низким стрессом показатели по этой шкале соответствуют среднему уровню использования этой стратегии ($10,60 \pm 4,508$), то у больных с высоким стрессом уровень использования стратегии избегания поднимается до высокого и носит дезадаптивный характер ($12,16 \pm 4,198$). Стратегия бегства-избегания предполагает попытки преодоления личностью негативных переживаний за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, пассивности, уклонения от ответственности и действий по разрешению

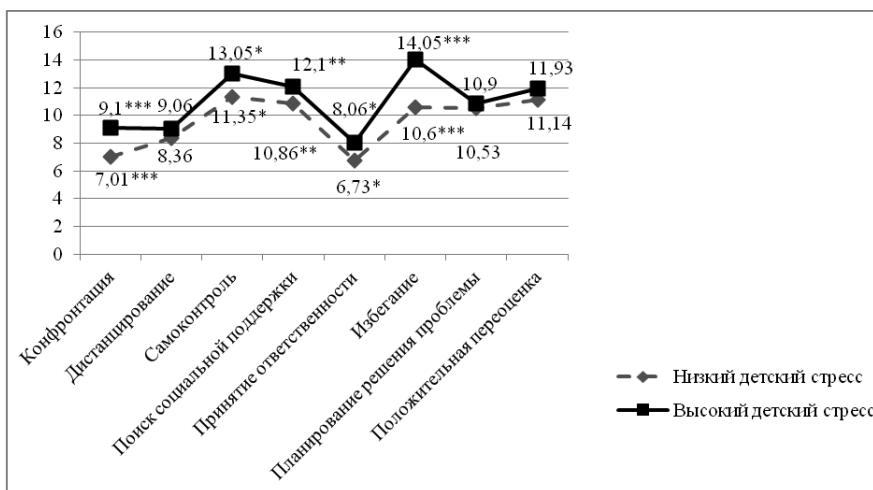


Рис. 3. Средние показатели используемых копинг-стратегий у обследованных с высоким и низким уровнем детского стресса по шкале CATS (уровень достоверности различий: «*» – $p < 0,01$; «**» – $p < 0,05$; «***» – $p < 0,001$)

возникших трудностей, фантазирования, необоснованных ожиданий, отвлечения и т. п. Использование этого механизма, развившегося в свое время в целях предотвращения или минимизации повторной травматизации и позволяющего быстро снизить эмоциональное напряжение, со временем приобретает у больных с высоким детским стрессом выраженно-гипертрофированный и генерализованный характер и выходит на первое место по частоте применения.

На втором месте по частоте использования в группе больных с детским стрессом высокого уровня находится копинг-стратегия самоконтроля, которая используется ими в высокой степени ($13,05 \pm 3,453$) и достоверно ($p < 0,01$) чаще, чем в группе с низким детским стрессом (использование на среднем уровне – $11,35 \pm 4,146$). Стратегия самоконтроля предполагает попытки преодоления негативных переживаний за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, высокого контроля поведения, стремления скрывать от окружающих свои переживания, стремления к самообладанию.

С высокой достоверностью обе группы больных различаются по степени использования копинг стратегии принятия ответственности, которая в обеих группах, хоть и находится на среднем уровне использования, но все же достоверно выше ($p < 0,01$) в группе больных, перенесших высокий уровень детского стресса ($8,06 \pm 2,652$), чем в группе больных с низким стрессом ($6,73 \pm 2,819$). Стратегия принятия ответственности предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение. При умеренном использовании данная стратегия отражает стремление личности к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках.

Достоверно чаще ($p < 0,01$) больные с высоким детским стрессом используют и такую стратегию, как «Поиск социальной поддержки». Несмотря на то, что показатели этой шкалы находятся на среднем уровне и в той и в другой группе, можно говорить о том, что больные с высоким уровнем детского стресса ($12,10 \pm 3,466$) в большей степени склонны к решению проблем за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, к поиску инфор-



мационной, эмоциональной и действенной поддержки и более ориентированы на ожидание внимания, совета, сочувствия, чем больные с низким уровнем стресса ($10,86 \pm 3,693$).

С высокой достоверностью ($p < 0,01$) группы обследованных различаются между собой также и по результатам использования конфронтационного копинг-механизма. Несмотря на то, что уровень использования этой стратегии и в той и в другой группах не выходит за рамки среднего, лица, перенесшие высокий детский стресс ($9,10 \pm 2,994$), достоверно чаще склонны к разрешению проблемы за счет осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями, чем лица без стресса ($7,01 \pm 2,631$).

Значимо более высоким ($p < 0,05$) в группе больных с высоким уровнем детского стресса оказались показатели актуальной стрессонаполненности жизни по Опроснику Холмса и Рея ($352,50 \pm 197,380$), в отличие от группы с низким стрессом ($246,14 \pm 149,079$). Несмотря на то, что эти показатели отражают не какие-либо личностные черты или субъективные особенности переживания стресса, а объективную наполненность жизни обследованных стресс-событиями, можно предположить, что сформировавшиеся под влиянием перенесенного в детстве стрессового воздействия особенности личности обследованных обуславливают недостаточную успешность, конструктивность организации ими своей жизни, семейных и социальных отношений, что в конечном итоге и провоцирует значительное количество неблагоприятных событий.

Для более детального анализа нами был предпринят сравнительный анализ групп больных с высоким и низким уровнем детского стресса в зависимости от ведущего психопатологического синдрома. Все обследованные были разделены на две группы – группу с ведущим депрессивным ($N=51$) и группу с ведущим тревожным психопатологическим синдромом ($N=53$). Внутри каждой из групп было проведено сравнение между больными с разным уровнем детского стресса.

В группе больных с ведущим депрессивным синдромом спектр показателей, по которым были получены значимые различия между лицами с высоким и низким детским стрессом, оказался достаточно небольшим (рис. 4).

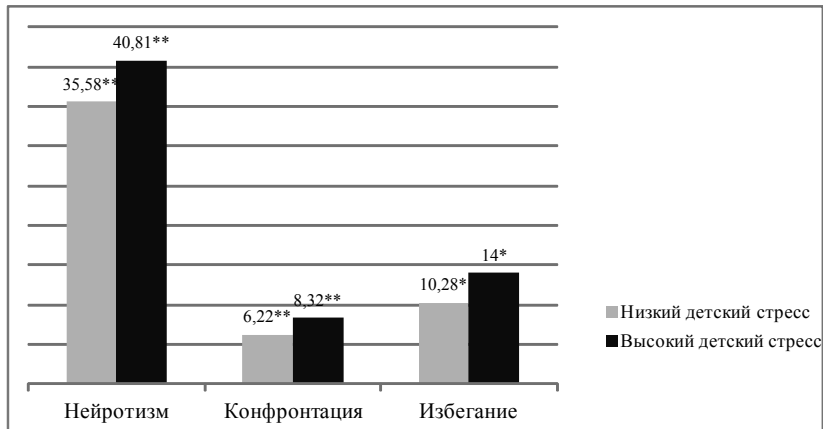


Рис. 4. Средние значения показателей личностных черт и используемых копинг-стратегий в группах с высоким и низким уровнем детского стресса по шкале CATS у больных с ведущим депрессивным синдромом (уровень достоверности различий: «*» – $p < 0,01$; «**» – $p < 0,05$; «***» – $p < 0,001$)



Значимые различия между группами с высоким и низким уровнем детского стресса среди больных с ведущим депрессивным синдромом были получены по показателям такой базовой черты личности, как нейротизм, значения которого в обеих группах находились на уровне очень высоких (низкий стресс – $35,58 \pm 5,347$, высокий стресс – $40,81 \pm 6,775$), но при выраженном детском стрессе были значимо выше ($p < 0,05$). Достоверно отличались также и результаты по используемым механизмам совладания – по конфронтационному (низкий стресс – $6,22 \pm 2,922$, высокий стресс – $8,32 \pm 2,880$, $p < 0,05$) и избегающему (низкий стресс – $10,28 \pm 3,982$, высокий стресс – $14,00 \pm 3,873$, $p < 0,01$) копингам, которые, тем не менее, и в той и в другой группах соответствовали средним значениям.

Как и в случае с общей выборкой, в группе больных с высоким показателем детского стресса значимо ($p < 0,05$) выше оказался и уровень актуальной стрессонаполненности жизни (низкий стресс – $305,67 \pm 179,123$, высокий стресс – $432,22 \pm 197,677$).

Более массивными оказались различия между группами с высокими и низкими показателями детского стресса среди больных с ведущим тревожным синдромом. В первую очередь, эти различия касались степени выраженности депрессивной симптоматики (рис. 5).

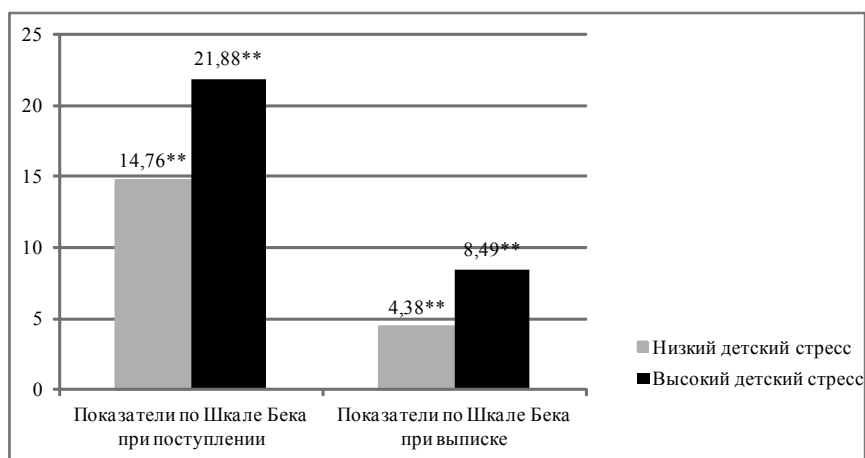


Рис. 5. Сравнение показателей тяжести депрессии и тревоги в группах с высоким и низким уровнем детского стресса по шкале CATS у больных с ведущим тревожным синдромом (уровень достоверности различий; «*» – $p < 0,01$; «**» – $p < 0,05$; «***» – $p < 0,001$)

Как и в общей группе, для больных с тревожным синдромом с высоким детским стрессом достоверно выше ($p < 0,05$) оказались показатели уровня выраженности депрессии по Шкале Бека при поступлении ($21,88 \pm 11,230$), соответствуя уровню выраженной депрессии (умеренная в группе с низким стрессом – $14,76 \pm 12,095$). С такой же достоверностью ($p < 0,05$) у этих больных оказались выше показатели по этой шкале и при выписке (низкий стресс – $4,38 \pm 7,665$, высокий стресс – $8,49 \pm 9,840$), хотя формально и соответствовали уровню отсутствия депрессивной симптоматики.

Более широкими оказались изменения, связанные с перенесенным детским стрессом у больных с тревожным синдромом и на личностном уровне (рис. 6).

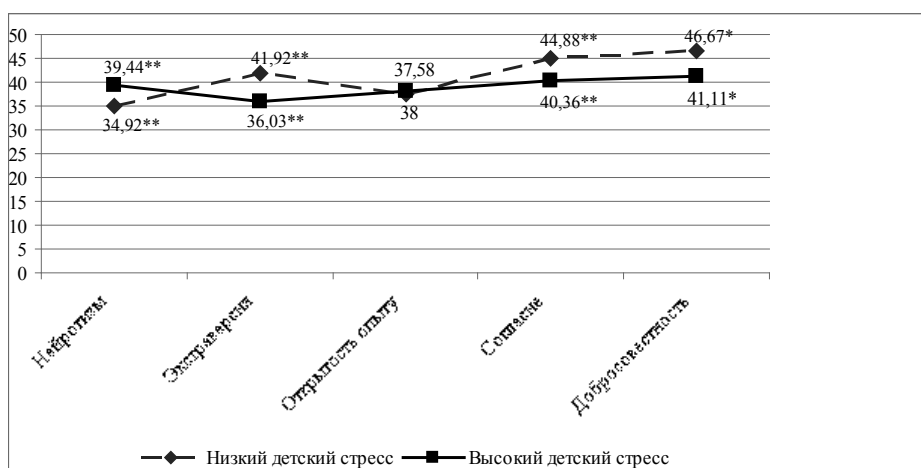


Рис. 6. Средние значения показателей базовых черт личности по Опроснику NEO-FF1 у обследованных с высокими и низкими уровнем детского стресса по шкале CATS у больных с ведущим тревожным синдромом (уровень достоверности различий: «*» $p < 0,01$; «**» – $p < 0,05$; «***» – $p < 0,001$)

Как и в группе с ведущим депрессивным синдромом, у больных с высоким уровнем стресса оказались достоверно выше ($p < 0,05$) показатели по фактору нейротизма (низкий стресс – $34,92 \pm 6,807$, высокий стресс – $39,44 \pm 7,245$). Помимо этого, достоверно более низкими ($p < 0,05$) при высоком уровне детского стресса оказались различия по фактору экстраверсии (низкий стресс – $41,92 \pm 7,306$, высокий стресс – $36,03 \pm 6,808$), согласия (низкий стресс – $44,88 \pm 5,705$, высокий стресс – $40,36 \pm 7,241$) и добросовестности (низкий стресс – $46,67 \pm 6,295$, высокий стресс – $41,11 \pm 6,594$, $p < 0,01$). Таким образом, больные с ведущим тревожным синдромом и высоким уровнем стресса, перенесенного в детстве, не только более нестабильны эмоционально, уязвимы к негативным воздействиям и склонны к негативным переживаниям, чем больные с низким уровнем стресса, но и менее мотивированны и организованы в целенаправленном поведении, слабее контролируют собственные импульсы, склонны к экспериментам. При этом они больше склонны к независимости, самостоятельности, менее контактны, испытывают затруднения в учете интересов группы, эгоцентричны.

Более развернутыми в группе больных с тревожным синдромом оказались и изменения, касающиеся свойственных им механизмов преодоления стрессовых ситуаций или копинг-механизмов (рис. 7).

Больные с высоким стрессом значимо чаще используют не только конфронтационный копинг (низкий стресс – $6,71 \pm 2,331$, высокий стресс – $9,72 \pm 2,698$, $p < 0,001$), но и избегание (низкий стресс – $8,67 \pm 4,669$, высокий стресс – $14,10 \pm 3,569$, $p < 0,001$), самоконтроль (низкий стресс – $10,71 \pm 4,573$, высокий стресс – $13,52 \pm 3,481$, $p < 0,05$), поиск социальной поддержки (низкий стресс – $10,75 \pm 3,124$, высокий стресс – $13,31 \pm 2,537$, $p < 0,01$) и принятие ответственности (низкий стресс – $5,75 \pm 2,212$, высокий стресс – $8,10 \pm 2,717$, $p < 0,01$). Причем если у больных с низким детским стрессом использование этих копинг механизмов соответствует или низкому или среднему адаптивному уровню, то при высоком стрессе стратегии самоконтроля, поиска социальной поддержки, бегства и избегания начинают эксплуатироваться с высокой интенсивностью, напряженностью и становятся дезадаптивными для личности.

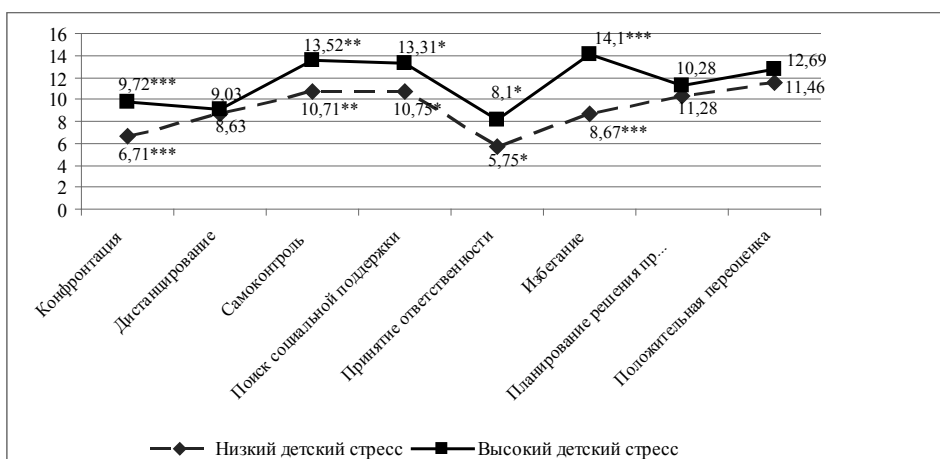


Рис. 7. Средние показатели используемых копинг-стратегий у обследованных с высоким и низким уровнем детского стресса по шкале CATS у больных с ведущим тревожным синдромом (уровень достоверности различий: «*» – $p < 0,01$; «**» – $p < 0,05$; «***» – $p < 0,001$)

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при аффективных расстройствах во взрослом возрасте высокий уровень детского стресса связан с увеличением показателей выраженности депрессивной симптоматики и более высокой реактивностью по отношению к различным неблагоприятным стимулам в виде переживания состояния интенсивной тревоги.

Высокая нагруженность негативным аффектом и стресс-реактивностью тесно связаны с такой чертой личности, как высокий уровень нейротизма. Эмоциональная нестабильность, беспокойство и нервозность, легкость возникновения отрицательных эмоций оказались присущи всем пациентам с расстройствами тревожно-депрессивного спектра, однако в случае высоких показателей пережитого детского стресса эти черты значительно заостряются и становятся более выраженными. Детский травматический опыт связан с качеством отношений человека с другими людьми, что выражается в низком уровне такой черты, как согласие, связанной с эгоцентризмом и равнодушием к интересам окружающих.

В зависимости от уровня детского стресса различаются и предпочтения используемых способов взаимодействия личности с проблемной (стрессовой) или кризисной ситуацией, стили преодолевающего поведения личности. Общая конфигурация усредненных профилей копинг-стратегий у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами при высоком и низком уровне детского стресса схожа между собой. Однако полученные результаты свидетельствуют о том, что больные с высоким уровнем стресса в детском возрасте значимо более интенсивно используют стратегии избегания и самоконтроля, а также поиск социальной поддержки, конфронтацию и принятие ответственности.

Уровень актуальной стрессонаполненности жизни также оказался более высоким у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами при интенсивном детском стрессе. Можно предположить, что специфические особенности личности и поведения, сформировавшиеся под влиянием пережитого стресса в детском возрасте, провоцируют формирование особого, более травматичного и наполненного неблагоприятными ситуациями, образа и стиля жизни.



Исследование показало, что характер аффективных и личностных изменений, а также особенности использования копинг-стратегий, связанных с пережитым в детстве стрессом, у больных с тревожно-депрессивными расстройствами в значительной мере зависят от ведущего психопатологического синдрома. По сравнению с пациентами с низким уровнем детского стресса, в случае ведущего тревожного синдрома при высоком уровне перенесенного детского стресса более выражен нейротизм, снижены экстраверсия, согласие и добросовестность. Ведущими копинг-стратегиями являются самоконтроль, избегание и более интенсивно, чем при низком уровне детского стресса, использовались конфронтация и поиск социальной поддержки. В случае ведущего депрессивного синдрома пациенты с высоким уровнем детского стресса отличались высоким уровнем нейротизма, более интенсивным использованием копинг-стратегий конфронтации и избегания, а также и более высокими показателями актуальной стрессонаполненности жизни.

Таким образом, проведенное исследование показало, что перенесенный в детском возрасте стресс в виде жесткого обращения и насилия находит свое отражение в психологических особенностях взрослой личности у пациентов с расстройствами тревожно-депрессивного спектра.

Финансирование

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РФФИ № 14-25-00136. Содержание статьи и ее авторство согласованы с интересами других участников гранта.

Литература

1. Ван дер Харт О., Нейенхюс Э., Стил К. Призраки прошлого. Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы. М.: Когито-центр, 2012. 496 с.
2. 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. С. 21–29.
3. Макаrchук А.В. Психологические последствия насилия у детей 10–13 лет: дис. ... канд. психол. наук. М., 2004. 178 с.
4. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. М.: Институт психологии РАН, 2012. 280 с.
5. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Институт психологии РАН, 2009. 304 с.
6. Точиева М.М. Психическое развитие детей в условиях палаточных лагерей временного проживания: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2008. 171 с.
7. Шитов Е.А. Влияние ранней детской психической травмы на клинику и динамику алкогольной зависимости: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 147 с.
8. Acierno R., Ruggiero K. J., Galea S., Resnick H. S., Koenen K., Roitzsch J. et al. Psychological sequelae resulting from the 2004 Florida hurricanes: implications for postdisaster intervention // American Journal of Public Health. 2007. 97(Suppl. 1). P. 103–108.
9. Allen B., Lauterbach D. Personality Characteristics of Adult Survivors of Childhood Trauma // Journal of Traumatic Stress. 2007. Vol. 20. №. 4. P. 587–595. doi:10.1002/jts.20195
10. Angelucci F., Brene, S., Mathe A.A. BDNF in schizophrenia, depression and corresponding animal models // Molecular Psychiatry. 2005. Vol. 10. P. 345–352. doi: 10.1038/sj.mp.4001637
11. Arianne K.B., van Reedt Dortland, Giltay E.J., Veen, T. et al. Personality traits and childhood trauma as correlates of metabolic risk factors: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) // Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2012. Vol. 36. P. 85–91.
12. Barr C.S., Newman T.K., Becker M.L., Parker C.C., Champoux M., Lesch K.P., Goldman D., Suomi S.J., Higley J.D. The utility of the non-human primate: model for studying gene by environment interactions in behavioral research // Genes Brain Behavior. 2003. P. 336–340.



13. *Bendall S., Alvares-Jimenez M. et al.* Childhood trauma and psychosis: new perspectives on aetiology and treatment // *Early Intervention in Psychiatry*. 2013. Vol. 7. P. 1–4.
14. *Bendall S., Jackson H. et al.* Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence // *Schizophrenia Bulletin*. 2007. Vol. 34. 568 p.. doi: 10.1093/schbul/sbm121
15. *Deborah Mangold D., Wand G., Javors M. et al.* Acculturation, childhood trauma and the cortisol awakening response in Mexican–American adults // *Hormones and Behavior*. 2010. Vol. 58. P. 637–646. doi: 10.1016/j.yhbeh.2011.09.009
16. Finding help for young children with social-emotional-behavioural challenges and their families: the Vermont children’s upstream services (CUPS) handbook. Vermont, 2005. P. 171–175.
17. *Igarashi H., Hasui C., Uji M. et al.* Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events and depression: A study among a university student population in Japan // *Psychiatry Research*. 2010. Vol. 180. P. 120–125. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.029>
18. *Lee C., Tsenkova V., Carr D.* Childhood trauma and metabolic syndrome in men and women // *Social Science & Medicine*. 2014. Vol. 105. P. 122–130.
19. *Lenore C., Terr M.D.* Childhood Traumas: An Outline and Overview // *Am J. Psychiatry*. 1991. Vol. 148. doi: 10.1176/foc.1.3.322
20. *Maschi T., Baer J., Morrissey M.B. et al.* The Aftermath of Childhood Trauma on Late Life Mental and Physical Health: A Review of the Literature // *Traumatology* published online. 2012. 16 April. doi: 10.1177/1534765612437377
21. *Moskvina K., Farmer A., Swainson V. et al.* Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype // *Depression and Anxiety*. 2007. Vol. 24. P. 163–168. doi: 10.1002/da.20216
22. *Perea C.S., Paternina A.C., Gomez Y., Lattig M.C.* Negative affectivity moderated by BDNF and stress response // *Journal of Affective Disorders*. 2012. P. 767–774. doi: 10.1016/j.jad.2011.09.043
23. *Perroud N., Courtet P., Vincze I., Jaussent I., Jollant F., Bellivier F., Malafosse A.* Interaction between BDNF Val66Met and childhood trauma on adult’s violent suicide attempt // *Genes, Brain and Behavior*. 2008. Vol. 7. P. 314–322.
24. *Perry B.D., Polland R.A. et al.* Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and «Use-dependent» Development of the Brain: How «States» Become «Traits» // *Infant Mental Health Journal*. 1995. Vol. 16. № 4. P. 271–291.
25. *Risch N., Herrell R., Lehner T., Liang K.Y., Eaves L., Hoh J., Merikangas K.R.* Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression // *Journal of the American Medical Association*. 2009. P. 2462–2471. doi: 10.1001/jama.2009.878
26. *Sachs-Ericsson N., Medley A. N., Kendall-Tackett K., Taylor J.* Childhood abuse and current health problems among older adults; the mediating role of self-efficacy // *Psychology of Violence*. 2011. Vol. 1. № 2. P. 106–120.
27. *Simeon D., Stanley B., Frances A., Mann J.J., Winchel R., Stanley M.* Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates // *American Journal of Psychiatry*, 1992. Vol. 149. P. 221–226.
28. *Somer E., Ginzburg K., Kramer L. et al.* The role of impulsivity in the association between childhood trauma and dissociative psychopathology: Meditation versus moderation // *Psychiatry Research*. 2012. P. 133–137.
29. *Stessman J., Cohen A., Hammerman-Rozenberg R., Bursztyn M., Azoulay D., Maaravi Y., et al.* Holocaust survivors in old age: the Jerusalem Longitudinal Study // *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008. Vol. 56 № 3. P. 470–477. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01575.x.
30. *Sudbrack R., Manfro P., Kuhn M.* What doesn’t kill you makes you stronger and weaker: How childhood trauma relates to temperament traits // *Journal of Psychiatry Research*. 2015. P. 1–7. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.01.001
31. *Tikka M., Luutonen S. et al.* Childhood trauma and premorbid adjustment among individuals at clinical high risk for psychosis and normal control subjects // *Early Intervention in Psychiatry*. 2013. P. 51–57.
32. *Tyrka A., Wyche M., Kelly M. et al.* Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type // *Psychiatry Research*. 2009. P. 281–287. doi: 10.1016/j.psychres.2007.10.017
33. *Zhang. T., Annabelle Chow. A., Wang L. et al.* Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China // *Comprehensive Psychiatry*. 2012. P. 829–836. doi:10.1016/j.comppsy.2011.10.004



CHILDHOOD DISTRESS AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONALITY WITH AFFECTIVE DISORDERS

GERSAMIYA A. G.*, Moscow Scientific Research and Clinical Center for Neuropsychiatry of the Healthcare Department of Moscow, Moscow, Russia, e-mail: aanna187@gmail.com

MENSHIKOVA A. A.**, «Moscow Scientific Research and Clinical Center for Neuropsychiatry of the Healthcare Department of Moscow», Moscow, Russia, e-mail: menshikoff24@yandex.ru

YAKOVLEV A. A.***, Institute of Higher Nervous Activity and Neurophysiology of RAS, Moscow, Russia, e-mail: al_yakovlev@rambler.ru

This article presents findings about level of childhood distress and psychological characteristics of personality with affective disorders. The aim of this study was an examination of correlation of child traumatic experiences with development of personal features, coping strategies, and also depressive and anxious symptoms in adulthood. There were participated 164 psychiatric inpatients. At the results authors argued that high level of child abuse and trauma in adulthood is correlated with high level of depression and anxiety, increasing of neuroticism and decreasing of agreeableness, and also using of avoidance and confrontation coping strategies.

Keywords: childhood distress, abuse and trauma, depression, anxiety, personality, ways of coping.

Funding

The study was funded by a grant of the Russian Humanitarian Foundation № 14-25-00136.

References

1. Acierno R., Ruggiero K. J., Galea S., Resnick H. S., Koenen K., Roitzsch J. et al. Psychological sequelae resulting from the 2004 Florida hurricanes: implications for postdisaster intervention. *American Journal of Public Health*, 2007, 97 (Suppl. 1), pp. 103–108.
2. Allen B., Lauterbach D. Personality Characteristics of Adult Survivors of Childhood Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 2007, vol. 20, no. 4, pp. 587–595. doi:10.1002/jts.20195
3. Angelucci F., Brene S., Mathe A.A. BDNF in schizophrenia, depression and corresponding animal models. *Molecular Psychiatry*. 2005, vol. 10, pp. 345–352. doi: 10.1038/sj.mp.4001637
4. Arianne K.B., van Reedt Dortland, Giltay E.J., Veen T. et al. Personality traits and childhood trauma as correlates of metabolic risk factors: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2012, vol. 36, pp. 85–91.

For citation:

Gersamiya A. G., Menshikova A. A., Yakovlev A. A. Childhood distress and psychological characteristics of personality with affective disorders. *Экспериментальная психология = Experimental psychology (Russia)*, 2016, vol. 9, no. 3, pp. 103–117. doi:10.17759/exppsy.2016090309

* Gersamiya A.G. Psychologist, «Moscow Scientific Research and Clinical Center for Neuropsychiatry of the Healthcare Department of Moscow». E-mail: aanna187@gmail.com

** Menshikova A.A. Senior Research Associate, «Moscow Scientific Research and Clinical Center for Neuropsychiatry of the Healthcare Department of Moscow». E-mail: menshikoff24@yandex.ru

*** Yakovlev A.A. Senior Research Associate, Institute of Higher Nervous Activity and Neurophysiology of RAS. E-mail: al_yakovlev@rambler.ru



5. Barr C.S., Newman T.K., Becker M.L., Parker C.C., Champoux M., Lesch K.P., Goldman D., Suomi S.J., Higley J.D. The utility of the non-human primate: model for studying gene by environment interactions in behavioral research. *Genes Brain Behavior*, 2003, pp. 336–340.
6. Bendal S., Alvares-Jimenez M. et al. Childhood trauma and psychosis: new perspectives on aetiology and treatment. *Early Intervention in Psychiatry*. 2013, vol. 7, pp. 1–4.
7. Bendall S., Jackson J.H. et al. Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 2007, vol. 34, pp. 568. doi: 10.1093/schbul/sbm121
8. Deborah Mangold D., Wand G., Javors M. et al. Acculturation, childhood trauma and the cortisol awakening response in Mexican–American adults. *Hormones and Behavior*, 2010, vol. 58, pp. 637–646. doi: 10.1016/j.yhbeh.2011.09.009
9. *Finding help for young children with social-emotional-behavioral challenges and their families: the Vermont children's upstream services (CUPS) handbook*. Vermont, 2005, pp. 171–175.
10. Gersamiya A.G., Men'shikova A.A., Akzhigitov R.G., Grishkina M.N. Psikhometricheskie svoystva Shkaly zhestokogo obrashcheniya i travmatizatsii v detstve (CATS) [Psychometric properties of the Russian-language version of the Childhood Abuse Trauma Scale]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]*, 2015, no. 3, pp. 21–29.
11. Igarashi H., Hasui C., Uji M. et al. Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events and depression: A study among a university student population in Japan. *Psychiatry Research*, 2010, vol. 180, pp. 120–125. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.029>
12. Lee C., Tsenkova V., Carr D. Childhood trauma and metabolic syndrome in men and women. *Social Science & Medicine*, 2014, vol. 105, pp. 122–130.
13. Lenore C., Terr M.D. Childhood Traumas: An Outline and Overview. *Am J Psychiatry*, 1991, vol. 148, pp. 10–20. doi: 10.1176/foc.1.3.322
14. Makarchuk A.V. *Psikhologicheskie posledstviya nasiliya u detei 10-13 let: Dis. ... kand. psikhol. Nauk [The psychological effects of violence in children 10-13 years old: Cand. Sci. thesis]*. Moscow, 2004. 178 p.
15. Maschi T., Baer J., Morrissey M.B. et al. The Aftermath of Childhood Trauma on Late Life Mental and Physical Health: A Review of the Literature. *Traumatology*, 2012. doi: 10.1177/1534765612437377
16. Moskvina K., Farmer A., Swainson V. et al. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depression and Anxiety*, vol. 24, pp. 163-168. doi: 10.1002/da.20216
17. Padun M.A., Kotelnikova A.V. *Psikhicheskaya travma: teoriya i empiriya praktika [Psychic trauma: theory and practice of empiricism]*. Moscow: Institut psikhologii RAN, 2012. 280 p.
18. Perea C.S., Paternina A.C., Gomez Y., Lattig M.C. Negative affectivity moderated by BDNF and stress response. *Journal of Affective Disorders*, 2012, pp. 767–774. doi: 10.1016/j.jad.2011.09.043
19. Perroud N., Courtet P., Vincze I., Jaussent I., Jollant F., Bellivier F., Malafosse A. Interaction between BDNF Val66Met and childhood trauma on adult's violent suicide attempt. *Genes, Brain and Behavior*, 2008, vol. 7, pp. 314–322.
20. Perry B.D., Polland R.A. et al. Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and “Use-dependent” Development of the Brain: How “States” Become “Traits”. *Infant Mental Health Journal*. 1995, vol. 16, no. 4, pp. 271–291.
21. Risch N., Herrell R., Lehner T., Liang K.Y., Eaves L., Hoh J., Merikangas K.R. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression. *Journal of the American Medical Association*, 2009, pp. 2462–2471. doi: 10.1001/jama.2009.878
22. Sachs-Ericsson N., Medley A. N., Kendall-Tackett K., Taylor J. Childhood abuse and current health problems among older adults; the mediating role of self-efficacy. *Psychology of Violence*, 2011, vol. 1, no. 2, pp. 106-120.
23. Shitov E.A. *Vliyaniye rannei detskoi psikhicheskoi travmy na kliniku i dinamiku alkogol'noi zavisimosti: Diss. ... kand. med. [Effect of early childhood trauma at the hospital, and the dynamics of alcohol dependence: Cand. Sci. thesis]*. Moscow, 2007. 147 p.
24. Simeon D., Stanley B., Frances A., Mann J. J., Winchel R., Stanley M. Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 1992, vol. 149, pp. 221–226.
25. Somer E., Ginzburg K., Kramer L. et al. The role of impulsivity in the association between childhood trauma and dissociative psychopathology: Meditation versus moderation. *Psychiatry Research*, 2012, pp. 133–137.



26. Stessman J., Cohen A., Hammerman-Rozenberg R., Bursztyn M., Azoulay D., Maaravi Y. et al. Holocaust survivors in old age: the Jerusalem Longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2008, vol. 56, no. 3, pp. 470-477. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01575.x
27. Sudbrack R., Manfro P., M. Kuhn. What doesn't kill you makes you stronger and weaker: How childhood trauma relates to temperament traits. *Journal of Psychiatry Research*, 2015, pp. 1-7. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.01.001
28. Tarabrina N.V. *Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: teoriya i praktika [Psychology of posttraumatic stress: Theory and Practice]*. Moscow: Institut psikhologii RAN, 2009, 304 p.
29. Tikka M., Luutonen S. et al. Childhood trauma and premorbid adjustment among individuals at clinical high risk for psychosis and normal control subjects. *Early Intervention in Psychiatry*, 2013, pp. 51-57.
30. Tochueva M.M. *Psikhicheskoe razvitie detei v usloviyakh palatochnykh lagerei vremennogo prozhivaniya: Diss. ... kand. psikhol. nauk [Mental development of children in camps of temporary residence.: Cand. Sci. thesis]*. Saint Petersburg, 2008. 171 p.
31. Tyrka A., Wyche M., Kelly M. et al. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Research*, 2009, pp. 281-287. doi: 10.1016/j.psychres.2007.10.017
32. Van der Khart O., Neienkheyus E., Stil K. *Prizraki proshlogo. Strukturnaya dissotsiatsiya i terapiya posledstviu khronicheskoi psikhicheskoi travmy [The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization]*. Moscow: Kogito-tsentr, 2012. 496 p.
33. Van der Khart O., Neienkheyus E., Stil K. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton, 2006. 420 p.
34. Zhang, T., Annabelle Chow, A., Wang L. et al. Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China. *Comprehensive Psychiatry*, 2012, pp. 829-836. doi:10.1016/j.comppsy.2011.10.004