



Научно-исследовательский журнал «International Journal of Medicine and Psychology / Международный журнал медицины и психологии»

<https://ijmp.ru>

2025, Том 8, № 5 / 2025, Vol. 8, Iss. 5 <https://ijmp.ru/archives/category/publications>

Научная статья / Original article

Шифр научной специальности: 5.3.1. Общая психология, психология личности, история психологии (психологические науки)

УДК 159.9.072

¹ *Филоненко Е.В.,*

¹ *Шестакова Е.С.,*

¹ *Ситникова Э.О.,*

¹ *Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Взаимосвязь посттравматической, диссоциативной и психопатологической симптоматики у пациентов шизофренического спектра

Аннотация: в работе рассматривается взаимосвязь неблагоприятного детского опыта в виде пережитого сексуального насилия и насилия в семье у пациентов с расстройствами шизофренического спектра с механизмом перитравматической диссоциации при психологической травме и образованием посттравматических психопатологических симптомов. Выявленные корреляции демонстрируют, что при определенном эндофенотипе психотравмирующее воздействие в детском возрасте может проявить себя в виде диссоциативных и посттравматических явлений, позже становящихся психопатологией. Отличие психотравматического подхода к рассмотрению шизофренического спектра заключается в том, что оно подразумевает наличие пускового фактора в виде психотравмирующей ситуации, а не только симптома, с которым специалисты работают в клинике. Работа с травмой-мишенью и симптомом-следствием в совокупности позволит достигнуть лучшего качества жизни для пациентов за счет долгосрочных ремиссий и снижения стигматизации своего расстройства.

Ключевые слова: шизофренический спектр, шизофрения, психологическая травма, диссоциация, насилие, посттравматическое стрессовое расстройство, психотические симптомы, SCL-90-R

Для цитирования: Филоненко Е.В., Шестакова Е.С., Ситникова Э.О. Взаимосвязь посттравматической, диссоциативной и психопатологической симптоматики у пациентов шизофренического спектра // International Journal of Medicine and Psychology. 2025. Том 8. № 5. С. 191 – 196.

Поступила в редакцию: 20 марта 2025 г.; Одобрена после рецензирования: 16 мая 2025 г.; Принята к публикации: 4 июля 2025 г.

¹ *Filonenko E.V.,*

¹ *Shestakova E.S.,*

¹ *Sitnikova E.O.,*

¹ *Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation*

The relationship between post-traumatic, dissociative, and psychopathological symptoms in patients with schizophrenia spectrum disorders

Abstract: the study examines the relationship between adverse childhood experiences, specifically experienced sexual abuse and family violence, in patients with schizophrenia spectrum disorders, focusing on the mechanism of peritraumatic dissociation during psychological trauma and the development of posttraumatic psychopathological symptoms. The identified correlations demonstrate that, in a certain endophenotype, childhood psychological trauma can manifest as dissociative and posttraumatic phenomena, which later develop into psychopathology. The difference between the psychotraumatic approach to understanding schizophrenia spectrum disorders lies in its implication of a triggering factor – a traumatic situation – rather than merely addressing symptoms, which is the

usual focus of clinical practice. Working with both the target trauma and the resulting symptoms together will lead to a better quality of life for patients through long-term remission and reduced self-stigmatization of their disorder.

Keywords: schizophrenic spectrum, schizophrenia, psychological trauma, dissociation, violence, PTSD, psychotic symptoms, SCL-90-R

For citation: Filonenko E.V., Shestakova E.S., Sitnikova E.O. The relationship between post-traumatic, dissociative, and psychopathological symptoms in patients with schizophrenia spectrum disorders. International Journal of Medicine and Psychology. 2025. 8 (5). P. 191 – 196.

The article was submitted: March 20, 2025; Approved after reviewing: May 16, 2025; Accepted for publication: July 4, 2025.

Введение

Биопсихосоциальная модель шизофренического спектра рассматривает не только генетически обусловленные факторы возникновения расстройств, но и приобретенные в процессе развития особенности. При особой биологической уязвимости индивидуума и стечении жизненных обстоятельств, например, влияющих на развитие психотравмирующих ситуаций, могут проявиться защитные психотические включения, трудноразличимые в их начальных формах, но имеющие тенденцию разворачиваться в полноценный психотический опыт, а далее – в расстройство [1, 2]. Среди таких механизмов защиты психики от психотравматических ситуаций часто упоминается диссоциация, которая, распространяясь на всю познавательную деятельность, буквально отщепляет друг от друга стороны психического содержания, вследствие чего переживаемый опыт не консолидируется, а в дальнейшем, под действием других механизмов психики, дополняется чувственным или образным бредом [3]. Таким образом, диссоциация занимает важную роль в запуске эндогенного процесса расстройств шизофренического спектра, сохраняя психику в моменте, но обуславливая последствия в долгосрочной перспективе. Стоит учитывать, что выбор психикой диссоциации в качестве защиты в момент психотравмирующего воздействия предположительно обоснован его значимостью для личности. В таком случае важно разобраться, какой неблагоприятный личностный опыт будет психотравмирующим и актуализировать работу диссоциации, закономерно

приводя к психотическим симптомам, как при посттравматическом расстройстве. Таким образом, целью настоящего исследования являлся анализ взаимосвязи между посттравматическими, диссоциативными и психотическими переживаниями у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы исследований

Исследование проводилось на базе 3 и 13 отделений ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница №3». Выборка составила 40 пациентов, из которых 28 мужчин и 12 женщин. Возраст респондентов варьировался от 18 до 63 лет, средний возраст – $30,86 \pm 9,74$ лет. Критерий включения в выборку – установленный диагноз «шизофрения» – 65%, «шизотипическое расстройство» – 12,5%, «шизоаффективное расстройство» – 22,5% респондентов. Всеми респондентами было подписано добровольное информированное согласие. В качестве инструментов психодиагностики были выбраны методики: «Международный опросник определения неблагоприятного детского опыта»; «Шкала перитравматической диссоциации»; «Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства» (гражданский вариант); «Симптоматический опросник SCL-90-R». Использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена в комплексе StatSoft «Statistica 12.6».

Результаты и обсуждения

Анализ результатов позволил установить ряд взаимосвязей (рис. 1).

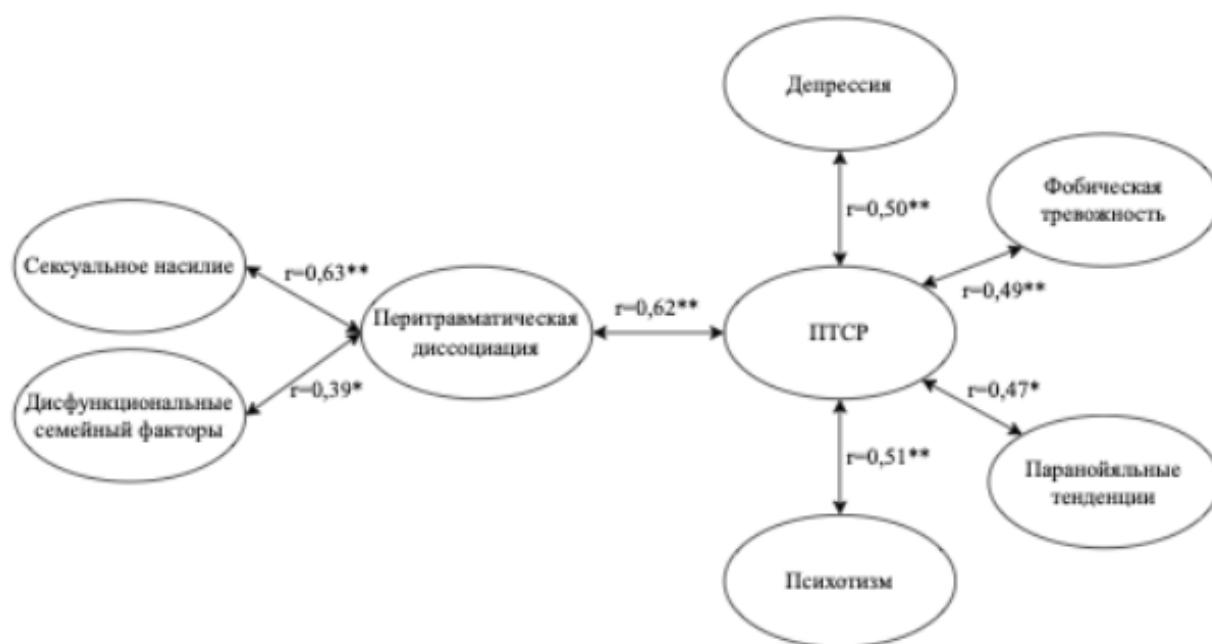


Рис. 1. Взаимосвязь посттравматических, диссоциативных и психопатологических симптомов у пациентов шизофренического спектра (* – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$).

Fig. 1. The relationship between post-traumatic, dissociative and psychopathological symptoms in patients with schizophrenia spectrum disorders (* – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$).

Отправной точкой, которая в детской психике может запустить диссоциативные механизмы, является психотравма. Воспитание в дисфункциональной семье, внесемейное насилие могут стать невыносимым испытанием для ребенка. Неблагоприятный детский опыт напрямую связан с тяжестью психопатологии у пациентов шизофренического спектра. Опыт сексуального насилия и дисфункциональных семейных отношений связан с действием перитравматической диссоциации ($r=0,63$ при $p \leq 0,01$ и $r=0,39$ при $p \leq 0,05$, соответственно). Это указывает на вероятную приверженность пациентов к использованию диссоциации в качестве механизма защиты от разрушительного опыта насилия. Перитравматическая диссоциация, как известно, является феноменом, при котором имеют место быть отсроченные последствия. Тогда открывается перспектива рассмотрения негативных детских переживаний, от которых психика «обороняется» в момент травматизации по принципу сохранения гомеостаза, но отдаленные последствия все еще могут иметь отклик. Интересно, что переживание психотической травмы насилия пропорционально может отражаться в тяжести проявления симптома у взрослого человека. Исследователи освещали тему сексуального насилия и симптомов шизофренического спектра и демонстрировали, что акцент в подобных переживаниях закономерно смещается, прежде всего, на аффективную сторону произошедшего, поскольку физические переживания, выражающиеся в болях в

различных частях тела, истощении и другие психосоматические жалобы, возникают вследствие своего функционального происхождения. Перевозбуждение детского организма после перенесенного насилия подавляется ребенком, после чего травматический опыт сопровождает его всю жизнь [4]. При этом вероятность развития симптомов и их откликов во взрослом возрасте возрастает по мере увеличения размеров нанесенной ребенку травмы [5].

Любое психотравмирующее действие, вытесненное или нет, распространяется на собственное Я ребенка. Оно трансформируется в негативное самовосприятие, ожидание неудач в общении, дискомфорт от самого себя и чувство неполноценности, которые являются частыми жалобами при наличии жестокого обращения в анамнезе детских лет у пациентов с расстройствами шизофренического спектра [6]. В особенности отклик психотравмирующего воздействия находят эпизоды насилия внутри семейной системы – частая история анамнеза пациентов шизофренического спектра. Наибольшее влияние на ребенка оказывают его родители или опекуны как первые и главные фигуры, образцы всех людей в окружении. Именно родители закладывают основы взаимоотношений между людьми, демонстрируют отношение к ребенку и формируют отношение самого ребенка к другим, благодаря чему он научается доверять или не доверять миру [7]. Поэтому жестокое обращение довольно часто патологизирует в ребенке

тревожное начало, последствиями которого может быть и дисфункциональная привязанность, и нарушения внутри личности и личности с социумом, и психопатология, которую пациенты часто демонстрируют в клинике расстройств шизофренического спектра. При этом насилие вне семьи, многократно описываемое в контексте буллинга среди сверстников, оказывает на ребенка иное воздействие. Поскольку в определенный момент взросления дети, которых называют мечтательными, неловкими, «не такими», а именно проявляющими черты шизоидного стиля, стремятся к общению, они могут испытывать трудности в социализации, в некоторых случаях доходящие до неприятия их референтной группой. Издевательства и травля затрудняют процесс коммуникации для детей, которые по тем или иным причинам не могут реализовывать поведенческие стратегии эффективного общения или имеют нарушения, недостаточность социального и эмоционального интеллекта [8]

Также удалось выявить, что защита диссоциацией имела отсроченные последствия в виде связи с выявленными посттравматическими переживаниями ($r=0,62$ при $p \leq 0,01$). Посттравматические симптомы, характерные и для структуры психопатологических переживаний пациентов с шизофренией, представляют собой материал для дальнейших исследований, поскольку в них скрыты символические значения психотравмы, вследствие которой психика трансформировалась. Таким образом, сохранение психики ребенка в момент нанесения ей «повреждений» имеет последствия для ее деятельности уже во взрослом возрасте в виде характерных для посттравматического стрессового расстройства симптомов.

Симптомы посттравматических переживаний в контексте шизофренического спектра, которые удалось выявить: депрессия ($r=0,50$ при $p \leq 0,01$), фобическая тревожность ($r=0,49$ при $p \leq 0,01$), паранойяльные тенденции ($r=0,47$ при $p \leq 0,05$), психотизм ($r=0,51$ при $p \leq 0,01$). Депрессия как симптом снижения настроения, дефект аффективной и эмоциональной сферы, также не раз указывался как особенность шизофренического спектра. Характерно для детей, депрессивные симптомы, возникающие на фоне психотравмирующей обстановки, в которой находится ребенок, часто коррелируют с буллингом, а последствиями имеют манифестацию психических расстройств, в том числе с симптоматикой самоповреждения и суицида [9]. При этом в контексте расстройств шизофренического спектра негативные эмоциональные переживания детства провоцируют депрессию как ответ на чувство неприятия окружением. Идеи самоуничтожения, не-

достойности являются, в таком случае, прямым следствием переживаемого детьми чувства брошенности и покинутости, ответом на которые, как было показано ранее, является самоизоляция.

Помимо этого, развитие получает еще один симптом, связанный с неблагоприятным детским опытом. В некоторых случаях издевательства и травля в семье или вне семейной обстановки отнимают у ребенка чувство безопасности и доверие к миру. В ответ на это психика заполняет пространство паранойяльными тенденциями, которые также учат травмированного ребенка не допускать повторения печального опыта. Так проявляется взаимосвязь неблагоприятного опыта с паранойей и, в крайней степени, психотизмом. Одним из основных симптомов психотизма является бредовая картина, благодаря которой в мировосприятие пациента встраиваются и различные варианты патологии чувственного познания, иллюзии и галлюцинации, которые могут иметь природу происхождения от психотравмирующего воздействия. Тогда когнитивные процессы пациента с подобными психопатологическими проявлениями находят объяснение происходящему, вследствие чего изменяется мышление. Изменяется отношение к действительности, разрушительное действие переработанной психикой психотравмирующей ситуации, которая наложила отпечаток на весь процесс развития и взросления ребенка и беспокоит взрослого все оставшееся время, становится нормативным, симптом принимается в жизнь как естественное явление. Однако это несет за собой губительные последствия, как и все влияние психотравмы. Происходит искажение картины мира ребенка и в дальнейшем формируется искаженная личность, об устойчивости идентичности которой не может быть и речи. Человек смиряется с позицией жертвы, перенимает на себя роль изгоя, с которым можно поступать так, как когда-то с ним поступили в детском возрасте. Это приводит к посттравматической депрессии и повышению риска суицида, но, как показывают результаты исследования, субъективно не воспринимается пострадавшими от насилия как обреченность и безнадежность.

Враждебность, подозрительность и нередко собственные искаженные объяснения, почему происходили и продолжают происходить те или иные события в жизни пациента, связаны с когда-то нанесенными ему психотравмами. Для психики пациента подобные психопатологические вкрапления являются защитными, но в то же время они затрудняют осознание им действительных механизмов их возникновения, запуская уже известный замкнутый круг. В таком случае психика пациен-

та, пережившего травму, как правило, отделяет ее содержание, чтобы уберечь его от психических и существующих в реальности, окружающих его последствий. Последние проявляются в повторном столкновении с травмой, которого пациент будет сторониться и опасаться, чтобы не провоцировать и без того беспокоящие его приступы тревоги и паники, волнений и страхов, о которых говорилось ранее в контексте тревожно-депрессивных и фобических переживаний. Избегание повторения психотравматического опыта искажает повседневную жизнь человека вплоть до возникновения в нем параноидальных наклонностей [10]. Боязнь оказаться не в том месте и не в то время и, тем самым, снова обречь себя на страдание доходит до развития бредовой картины мира, в которой окружение может навредить, а единственным решением будет разрушение межличностных связей и изоляция [11].

Предполагается, что долгосрочные последствия психической травмы детского возраста с помощью диссоциации трансформируются в отдельные психопатологические симптомы. Таким образом, дей-

ствует защита ребенка от «коллапса» психики при непереносимых угрозах. Она буквально отгораживается от травматического опыта, что в будущем позволяет облегчить состояние взрослому с помощью объяснения происходившего с ним в детстве языком психотических явлений, а именно бреда, паранойи, соответствующих опыту фобий, которые в реальном времени также имеют символическую защитную функцию.

Выводы

Выявленные в исследовании взаимосвязи позволяют утверждать, что неблагоприятный детский опыт пациентов с расстройствами шизофренического спектра может быть диссоциирован и далее – обращен в вид психопатологических симптомов, как при посттравматическом стрессовом расстройстве. Это позволяет рассматривать данную категорию пациентов психиатрического стационара как потенциальных «травматиков», что открывает новые возможности проведения с ними психотерапии по модели работы с психологической травмой.

Список источников

1. Еричев А.Н., Шмонина О.Д., Клайман В.О. Шизофрения: современные представления об этиопатогенезе и возможности когнитивно-поведенческой психотерапии // Вестник Русской христианской гуманитарной академии. 2015. № 16 (3). С. 385 – 391.
2. Жданок Д.Н., Овчинников А.А. Травматическое пространство психотического опыта у пациентов с шизофренией // Российский психиатрический журнал. 2019. № 5. С. 18 – 21.
3. Сапогова Е.Е. Жизненный и экзистенциальный опыт в автобиографических нарративах личности // Вопросы психологии. 2014. № 1. С. 68 – 79.
4. Баркова В.Л., Сорокопуд Ю.В., Уварова Н.Н. Особенности посттравматического расстройства и его проявления // Проблемы современного педагогического образования. 2022. № 76 (1). С. 1 – 10.
5. Лолаева А.С., Худалова М.З. Влияние детской психологической травмы на взрослую жизнь // Психолог. 2024. № 2. С. 33 – 48.
6. Hofer A., Biedermann F., Kaufmann A., Kemmler G., Pfaffenberger N.M., Yalcin-Siedentopf N. Self-esteem in stabilized individuals with chronic schizophrenia: association with residual symptoms and cognitive functioning // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2023. № 273 (8). P. 1737 – 1746.
7. Якунин К.А., Новикова М.В. Аспекты психотерапевтической помощи детям, пережившим тяжелую психологическую травму // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2014. № 3 (13). С. 88 – 96.
8. Туровская Н.Г., Тимофеев А.В. Психические расстройства в детском возрасте. Возможности психологического сопровождения // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2012. № 2 (42). С. 112 – 116.
9. John A., Glendenning A.C., Marchant A., Montgomery P., Stewart A., Wood S., Lloyd K., Hawton K. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review // J Med Internet Res. 2018. № 20 (4). P. 129.
10. Бостанова Л.Ш., Богатырева А.С., Акбаева Д.Д. Психологические особенности посттравматических стрессовых расстройств // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. 2019. №11 (177). С. 494-499.
11. Contractor A.A., Greene T., Dolan M., Elhai J.D. Relations between PTSD and depression symptom clusters in samples differentiated by PTSD diagnostic status // J Anxiety Disord. 2018. № 59. P. 17 – 26.

References

1. Elichev A.N., Shmonina O.D., Klayman V.O. Schizophrenia: modern ideas about etiopathogenesis and possibilities of cognitive-behavioral psychotherapy. Bulletin of the Russian Christian Humanitarian Academy. 2015. No. 16 (3). P. 385 – 391.
2. Zhdanok D.N., Ovchinnikov A.A. Traumatic space of psychotic experience in patients with schizophrenia. Russian Psychiatric Journal. 2019. No. 5. P. 18 – 21.
3. Sapogova E.E. Life and existential experience in autobiographical narratives of personality. Questions of Psychology. 2014. No. 1. P. 68 – 79.
4. Barkova V.L., Sorokopud Yu.V., Uvarova N.N. Features of post-traumatic disorder and its manifestations. Problems of modern pedagogical education. 2022. No. 76 (1). P. 1 – 10.
5. Lolaeva A.S., Khudalova M.Z. The impact of childhood psychological trauma on adult life. Psychologist. 2024. No. 2. P. 33 – 48.
6. Hofer A., Biedermann F., Kaufmann A., Kemmler G., Pfaffenberger N.M., Yalcin-Siedentopf N. Self-esteem in stabilized individuals with chronic schizophrenia: association with residual symptoms and cognitive functioning. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2023. No. 273 (8). P. 1737 – 1746.
7. Yakunin K.A., Novikova M.V. Aspects of psychotherapeutic assistance to children who have experienced severe psychological trauma. Bulletin of the Smolensk State Medical Academy. 2014. No. 3 (13). P. 88 – 96.
8. Turovskaya N.G., Timofeev A.V. Mental disorders in childhood. Possibilities of psychological support. Bulletin of the Volgograd State Medical University. 2012. No. 2 (42). P. 112 – 116.
9. John A., Glendenning A.C., Marchant A., Montgomery P., Stewart A., Wood S., Lloyd K., Hawton K. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. J Med Internet Res. 2018. No. 20 (4). P. 129.
10. Bostanova L.Sh., Bogatyreva A.S., Akbaeva D.D. Psychological Features of Post-Traumatic Stress Disorders. Scientific Notes of P.F. Lesgaft University. 2019. No. 11 (177). P. 494 – 499.
11. Contractor A.A., Greene T., Dolan M., Elhai J.D. Relations between PTSD and depression symptom clusters in samples differentiated by PTSD diagnostic status. J Anxiety Disord. 2018. No. 59. P. 17 – 26.

Информация об авторах

Филоненко Е.В., кандидат медицинских наук, доцент, SPIN-код 6101-0102, Новосибирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, ulixes@yandex.ru
Шестакова Е.С., SPIN-код 6878-1835, Новосибирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, beautifulpinkfridge@gmail.com
Ситникова Э.О., Новосибирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, sitnikova-elina@yandex.ru

© Филоненко Е.В., Шестакова Е.С., Ситникова Э.О., 2025