





DOI: 10.18413/2658-6533-2024-10-1-0-8

УДК 616.89-08:159.9

# Роль негативного детского опыта и внутренней стигмы в формировании мотивации к лечению пациентов с психическими расстройствами

Е.С. Герасимчук , М.Ю. Сорокин , Н.Б. Лутова , С.Н. Портениер ,  
О.В. Горбунова 

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», ул. Бехтерева, д. 3, г. Санкт-Петербург, 192019, Российская Федерация  
Автор для переписки: Е.С. Герасимчук ([katherine.gerasimchuk@mail.ru](mailto:katherine.gerasimchuk@mail.ru))

## Резюме

**Актуальность:** Мотивация к лечению является важным компонентом приверженности пациентов к терапии психического расстройства, при этом на ее формирование могут оказывать влияние различные факторы. **Цель исследования:** Проанализировать взаимосвязи негативного детского опыта, внутренней стигмы с интенсивностью и структурой мотивации к фармако-психотерапии у пациентов психиатрического профиля. **Материалы и методы:** В исследовании приняли участие 102 пациента, находившихся на лечении в НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева, СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №6». Были использованы: опросник неблагоприятного детского опыта Adverse Childhood Experience (ACE); опросник интернализированной стигмы психического расстройства (ISMI) и опросник оценки мотивации к лечению (ОцМЛ). Статистический анализ проводился с использованием пакета программного обеспечения SPSS 26.0. **Результаты:** По результатам множественного регрессионного анализа наличие высшего образования детерминировало улучшение мотивации к лечению пациентов, в 5,92 раза повышая вероятность ее высокой интенсивности. Наличие каждого дополнительного вида негативного опыта в детском возрасте также в 1,4 раза повышало шансы интенсивной мотивации больных. Среди отдельных вариантов негативного опыта эмоциональное насилие было ассоциировано с десятикратным снижением шансов, а наблюдение насилия в адрес матери или мачехи в детстве, наоборот было связано с пятнадцатикратным повышением шансов формирования интенсивной мотивации к лечению. **Заключение:** Интегративный вклад негативного детского опыта имеет ключевое значение, однако, в отличие от внутренней стигмы психического расстройства, может быть в равной степени связан как с более, так и менее адаптивными мотивационными моделями у пациентов в ходе их лечения.

**Ключевые слова:** негативный детский опыт; НДО; психологическая травма; детский травматический опыт; приверженность лечению и комплаенс; вовлеченность пациента; мотивация; психические расстройства; стигма

**Для цитирования:** Герасимчук ЕС, Сорокин МЮ, Лутова НБ, и др. Роль негативного детского опыта и внутренней стигмы в формировании мотивации к лечению пациентов с психическими расстройствами. Научные результаты биомедицинских исследований. 2024;10(1):126-142. DOI: 10.18413/2658-6533-2024-10-1-0-8

# The role of negative childhood experiences and internal stigma in the formation of motivation for the treatment of patients with mental disorders

Ekaterina S. Gerasimchuk , Mikhail Yu. Sorokin , Natalia B. Lutova ,  
Sergey N. Portenier , Olga V. Gorbunova 

Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology,  
3 Bekhtereva St., Saint Petersburg, 192019, Russia

*Corresponding author: Ekaterina S. Gerasimchuk (katherine.gerasimchuk@mail.ru)*

## Abstract

**Background:** Motivation for treatment is an important component of patients' compliance to treatment of mental disorders, and its formation can be affected by different factors. **The aim of the study:** To analyze relationship between adverse childhood experiences, internal stigma and the intensity and structure of motivation to pharmacotherapy in patients with mental disorders. **Materials and methods:** The study involved 102 patients treated at the V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, the Kashchenko Hospital, and the City Psychiatric Hospital No. 6. The study used the Adverse Childhood Experience (ACE) questionnaire, the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) questionnaire, and the Treatment Motivation Assessment Questionnaire (TIMQ). Statistical analysis was performed using the SPSS 26.0 software package. **Results:** According to the results of multiple regression analysis, patients with higher education determined the improvement of patients' motivation for treatment, increasing the probability of its high intensity by 5.92 times. The presence of each additional type of adverse experience in childhood also 1.4-fold increase the odds of intensive motivation of patients. Among individual variants of negative experience, emotional abuse was associated with a tenfold decrease in odds, while observing violence against a mother or stepmother in childhood was conversely associated with a fifteenfold increase in the odds of forming an intense motivation for treatment. **Conclusion:** Integrative role of adverse childhood experiences is important, but, unlike the internal stigma of mental disorder, it can be equally associated with both less adaptive motivational patterns during treatment. to both more and less adaptive motivational patterns in patients in the process of their treatment.

**Keywords:** adverse childhood experience; ACE; psychological trauma; childhood traumatic experience; treatment adherence and compliance; patient engagement; motivation; mental disorders; stigma

**For citation:** Gerasimchuk ES, Sorokin MYu, Lutova NB, et al. The role of negative childhood experiences and internal stigma in the formation of motivation for the treatment of patients with mental disorders. Research Results in Biomedicine. 2024;10(1):126-142. Russian. DOI: 10.18413/2658-6533-2024-10-1-0-8

**Введение.** Всемирная организация здравоохранения определяет негативный детский опыт как плохое обращение с детьми в возрасте до 18 лет и отсутствие заботы о них, охватывающее все типы физического и/или эмоционального жестокого обращения, сексуального насилия, пренебрежения, невнимания и эксплуатации в коммерческих или иных целях и приводящее к нанесению реального или потенциального вреда здоровью, выживаемости, развитию или достоинству ребенка в контексте взаимосвязи ответственности, доверия или власти [1]. Распространенность неблагоприятного детского опыта в общей популяции достаточно высока, и по различным оценкам от 30% до 60% взрослых сообщают о наличии у себя как минимум 1 неблагоприятного детского переживания, 17% – о 4-х и более [2, 3]. Хорошо исследованным является факт значительного долгосрочного влияния пережитого негативного детского опыта на психическое и физическое здоровье человека на протяжении всей жизни [4, 5, 6], опосредованного анатомическими и функциональными изменениями в организме [7-10]. При этом психологический дистресс в раннем детском возрасте не всегда приводит к нарушению психического здоровья в будущем, поскольку является не облигатным фактором риска, а зависит от сочетанного влияния генетических и эпигенетических факторов [11].

Широко изучено патопластическое влияние негативного детского опыта при развитии психического расстройства. Ранняя психологическая травматизация, пережитая пациентами в детстве, связана с изменением у них содержания и типа бредовых переживаний [12, 13], ассоциирована со снижением самооценки, что в свою очередь опосредует связь неблагоприятного детского опыта с депрессивными симптомами во взрослом возрасте [14]. Множество ранее проведенных исследований показали, что люди, перенесшие психологическую травму в детстве, имели более низкие баллы по целому ряду тестов когнитивных способностей [15, 16]. Обширно влияние

ранней психологической травмы и на психологический статус перенесших её людей. Так неблагоприятное микросемейное окружение в детстве связано со склонностью прибегать к стратегиям подавления и избегания в качестве ответных реакций на возникающие в будущем стрессовые события [17]. Lloyd, McKay и Furl [18] отмечали поведенческие особенности перенесших негативный детский опыт: уменьшение деятельности, направленной на исследование ситуации и среды, недооценку положительной обратной связи и меньшую способность использовать ее в принятии решений, а также более низкую скорость обучения.

Примечательно, что изучение негативного детского опыта чаще сфокусировано на его влиянии скорее с позиции только утрат, дефицита. Такой угол обзора занимает центральное место во многих моделях, описывающих влияние стресса на развитие человека. Однако психосоциальные исследования в психиатрии последних лет, проводимые в парадигме солютотеза, наглядно демонстрируют возможность иного паттерна переживания стресса, а именно посттравматического личностного роста [19, 20]. К изучению негативного детского опыта в рамках такой альтернативной парадигмы можно отнести сформулированную Frankenhuis, Young и Ellis [21] концепцию «скрытых талантов». Так, например, подростки, выросшие в непредсказуемых условиях, по сравнению со сверстниками из более благополучной среды способны быстрее переключать фокус внимания и удерживать большой объем информации в рабочей памяти, если находятся в условиях неопределенности. В то же время такие развитые навыки могли компенсироваться меньшим тормозным контролем и снижением производительности рабочей памяти по части долговременного хранения и удержания информации вне концентрированного внимания [22]. Таким образом, люди, перенесшие травматический опыт в детском возрасте, приобретая большую уязвимость к развитию некоторых психических расстройств, вероятно,

имеют также специфические схемы адаптации, недостаточно эффективные в обыденных, стабильных и благоприятных условиях. Это может приводить к проявлению черт личностного дефицита, что на фоне низкого уровня социальной поддержки еще в большей степени повышает риск развития психического неблагополучия [23].

В целом, согласно данным метаанализа Thomas и соавторов [24], неблагоприятный детский опыт связан с более плохим прогнозом терапии психотических расстройств во взрослом возрасте. Наличие такой ассоциации, вероятно, требует изменений в подходах к лечению и реабилитации пациентов, имевших негативный опыт в детском возрасте. Это особенно важно с учётом данных о том, что стратегии совладания со стрессом психического заболевания влияют на формирование мотивации к его лечению [19, 25]. В то же время явления психиатрической стигмы по-разному представлены у пациентов, высоко и низко мотивированных к терапии [26].

Признание человеком ситуации, когда его трудности адаптации могут быть проявлениями психического заболевания, является, с одной стороны, важным ранним этапом обращения за психиатрической помощью [27], с другой – обозначение себя как «страдающего психическим расстройством» может приводить к принятию ярлыка «психически больного». На сегодняшний день под стигматизацией понимают негативное выделение обществом индивидуума (или социальной группы) по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума (или представителей данной социальной группы) [28]. Столкновение с существующей в общественной культуре внешней стигмой в таком случае значительно увеличивает риск интернализации психиатрической стигмы. Процесс интернализации стигмы или самостигматизация, в свою очередь, отражает изменение социальной идентичности человека на обесцененное представление о себе, «отождествление с болезнью». Для психиатрического здравоохранения проблема стигмы

важна, поскольку люди с выраженной самостигматизацией склонны использовать избегание и отчуждение в качестве копинг-стратегий, что еще больше изолирует их от участия в общественной жизни [29]. Самостигматизированным больным также свойственны низкие уровни самооценки, самоэффективности и качества жизни [30], они менее успешны в профессиональных навыках [31]. Показано, что к углубленной интернализации стигмы склонны пациенты, переживавшие негативный детский опыт [32]. В итоге не выглядит удивительным, что интернализованная стигма психиатрического расстройства связана с меньшей обращаемостью за медицинской помощью при более низкой приверженности к терапии [33].

Тем не менее до настоящего времени оба описанных социальных феномена – негативный детский опыт и интернализованную стигму – принято было рассматривались дифференцированно в контексте их взаимосвязи с мотивацией к лечению у пациентов психиатрического профиля. При условии, что каждый из этих факторов терапевтического процесса требует специфических реабилитационных интервенций, знание о том, какой из элементов психосоциальной работы окажется более эффективным в отношении формирования приверженности лечению, может существенно повысить качество реабилитации через её персонализацию.

**Цель исследования.** Состояла в изучении и анализе силы взаимосвязи негативного детского опыта, внутренней стигмы с интенсивностью и структурой мотивации к фармако-психотерапии у пациентов психиатрического профиля.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 102 пациента с диагнозами, кодируемыми по МКБ-10 в рубриках F2 (шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства), F3 (расстройства настроения), F4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства), F6 (расстройства личности и поведения в зрелом возрасте). Выборка участников исследования включала

пациентов, находившихся на лечении в НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева, СПб ГБУЗ «Больнице им. П.П. Кащенко», СПб ГКУЗ «Городской психиатрической больнице №6» в период с 2019 по 2021 годы. Многоцентровой набор пациентов служил минимизации систематических ошибок отбора, связанных с разным социальным статусом контингента пациентов общегородской сети и психиатрического стационара федерального подчинения.

Критерии включения: 1) возраст старше 18 лет; 2) добровольное информированное согласие на участие; 3) добровольная госпитализация/диспансерное наблюдение; 4) способность пациента понять задачи исследования и выполнять необходимые в соответствии с его дизайном экспериментально-психологические методики; 5) наличие диагноза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, кодируемого в рубриках F2, F3, F4, F6. Критерии невключения: 1) пациенты, получающие лечение в связи с заболеванием, кодируемым в рубриках МКБ-10, отличных от F2, F3, F4, F6; 2) наличие на момент осмотра выраженных когнитивных нарушений, нарушения сознания; 3) выраженные психотические симптомы, препятствующие выполнению процедур исследования. Критерии исключения: 1) отказ от участия в исследовании на любом из этапов; 2) обострение психического заболевания в период участия в исследовании или выявление других критериев невключения на любом этапе исследования.

Все процедуры экспериментального исследования прошли экспертизу независимого этического комитета при НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева и были одобрены к проведению. Протокол исследования соответствует требованиям последней версии Хельсинкской декларации и стандартам надлежащей клинической практики (GCP).

Исследование проводилось с помощью пакета психодиагностических методик: опросника неблагоприятного детского опыта (НДО) Adverse Childhood Experience

(ACE) [34]; опросника интернализованной стигмы психического расстройства (ISMI) [35]; опросника оценки мотивации к лечению (ОцМЛ) [36].

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ SPSS 26.0. Для оценки связей между двумя номинативными/порядковыми переменными использовались  $\chi^2$ -Пирсона, V-Крамера. Для оценки связей между номинативной/порядковой и метрической переменными – t-Стьюдента, d-Коэна с поправкой Хеджеса и ANOVA для множественных сравнений, в случае нормального распределения данных и U-Манна-Уитни, корреляция R-Розенталя и H-Краскела-Уоллиса для множественных сравнений, в случае, когда распределение отличалось от нормального. Для оценки взаимосвязи двух метрических переменных проводился корреляционный анализ с помощью r-Пирсона в случае нормального распределения и r-Спирмена для ненормального распределения. Оценка нормальности распределения производилась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для оценки совокупного влияния социо-демографических и клинкопсихологических факторов на выраженность мотивации к терапии пациентов был использован метод множественной логистической регрессии. В качестве коэффициента детерминации в модели использовались  $R^2_{CS}$  -Кокса и Снелла и  $R^2_N$  -Найджелкерка. Уровень значимости полученных коэффициентов оценивался при помощи критерия Вальда, а значимости влияния всех предикторов, включенных в модель –  $\chi^2$ -Пирсона.

**Результаты.** На первом этапе при помощи дисперсионного и корреляционного анализов были исследованы связи оценки мотивации пациентов к лечению с их социо-демографическими и клинко-анамнестическими данными, выраженностью внутренней стигмы и результатами оценки НДО. Данные приведены в таблице 1.



Таблица 1

**Направления и размеры эффектов выявленных взаимосвязей между социо-демографическими, клиничко-anamнестическими данными пациентов и структурой их мотивации к лечению**

Table 1

**Trends and effect sizes of identified associations between sociodemographic, clinic and anamnestic characteristics of patients and the structure of their motivation for treatment**

	Показатели терапевтической мотивации				
	1 фактор	2 фактор	3 фактор	4 фактор	Суммарный балл
Возраст пациента		$\rho = -0,3^*$	$\rho = -0,4^{**}$	$r = -0,4^{**}$	$\rho = -0,4^*$
Наличие детей: есть/нет				$d = 0,8^*$	
Наличие инвалидности по психическому заболеванию: есть/нет				$d = 0,7^*$	
Наличие высшего/школьного образования			$d = 0,14^*$		
Наличие диагноза: F4/F3			$d = 1,3^*$		
Наличие диагноза: F6/F4			$d = 1,7^{**}$		
Наличие диагноза: F6/F2		$d = 1,2^{**}$	$d = 1,2^*$	$d = 1,1^*$	
Количество госпитализаций	$r = 0,4^{**}$				
Возраст дебюта заболевания			$\rho = -0,3^*$		
Сопrotивление стигматизации (ISMI)	$\rho = -0,4^*$			$\rho = -0,5^*$	

Примечание: \* –  $p \leq 0,05$ , \*\* –  $p \leq 0,01$ , d – разница средних Коэна, r – коэффициент Пирсона,  $\rho$  – коэффициент Спирмена, 1 фактор – опора на собственные знания и навыки в преодолении болезни, 2 фактор – осознание необходимости лечения, 3 фактор – осознание психологического механизма болезненной дезадаптации, 4 фактор – готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения, суммарный балл – общая интенсивность мотивации к лечению.

Note: \* –  $p \leq 0,05$ , \*\* –  $p \leq 0,01$ , d – Cohen's mean difference, r – Pearson correlation coefficient,  $\rho$  – Spearman's rank correlation coefficient, factor 1 – reliance on own knowledge and skills in overcoming the disease, factor 2 – understanding the need for treatment, factor 3 – understanding psychological mechanism of painful disadaptation, factor 4 – readiness to cooperate actively in the treatment process, summed score – common intensity of motivation for treatment.

Суммарная интенсивность мотивации к лечению, с увеличением возраста пациентов, становилась меньше. В отношении отдельных компонентов структуры терапевтической мотивации негативными факторами были наличие инвалидности по психическому заболеванию; только школьный уровень образования пациентов по сравнению с имевшими высшее образование; диагнозы, кодируемые в рубриках F4 и F2, по сравнению с F6, и F4 по сравнению с F3; ранний дебют заболевания; высокие баллы шкалы сопротивления стигматизации. Напротив, позитивные ассоциации терапевтической мотивации были выявлены у пациентов с наличием детей и большим числом госпитализаций.

Большее количество НДО было ассоциировано большей суммарной интенсив-

ностью мотивации к терапии, равно как и с интенсификацией отдельных её компонентов (таблица 2). Наиболее обширной была взаимосвязь негативного опыта с мотивацией в части наличия в детстве опыта, связанного с эмоциональным пренебрежением и наблюдением насилия в адрес матери.

На втором этапе работы полученные в исследовании данные пациентов были подвергнуты множественному регрессионному анализу с бинарным вариантом исхода высокой или низкой интенсивности мотивации к лечению. Уровни высокой и низкой интенсивности мотивации были получены путём разделения выборки обследованных пациентов на 2 группы, исходя из значения суммарного балла опросника оценки мотивации к лечению: больше и меньше медианы соответственно.

Таблица 2

**Направления и размеры эффектов выявленных взаимосвязей между неблагоприятным детским опытом и структурой мотивации к лечению**

Table 2

**Trends and effect sizes of identified associations between adverse childhood experience of patients and the structure of their motivation for treatment**

		Показатели терапевтической мотивации				
		1 фактор	2 фактор	3 фактор	4 фактор	Суммарный балл
Наличие неблагоприятного детского опыта	2 вопрос: есть/нет		R=0,4**			
	4 вопрос: есть/нет		R=0,3*		d=0,8*	R=0,3*
	7 вопрос: есть/нет			R=0,4*	d=0,7*	R=0,4**
	8 вопрос: есть/нет	d=0,7*			d=1,03*	
	Суммарный балл			$\rho = 0,3^*$	$r = 0,4^*$	$\rho = 0,3^{**}$

Примечание: \* –  $p \leq 0,05$ , \*\* –  $p \leq 0,01$ , d – разница средних Коэна, R – корреляционный коэффициент Розенталя, r – коэффициент Пирсона,  $\rho$  – коэффициент Спирмена, 1 фактор – опора на собственные знания и навыки в преодолении болезни, 2 фактор – осознание необходимости лечения, 3 фактор – осознание психологического механизма болезненной дезадаптации, 4 фактор – готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения, суммарный балл – общая интенсивность мотивации к лечению, 2 вопрос – опыт физического насилия в детском возрасте, 4 вопрос – опыт эмоционального пренебрежения в детском возрасте, 7 вопрос – наблюдение насилия в адрес матери или мачехи, 8 вопрос – злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами (ПАВ) близкими родственниками.

Note: \* –  $p \leq 0,05$ , \*\* –  $p \leq 0,01$ , d – Cohen's mean difference, r – Pearson correlation coefficient,  $\rho$  – Spearman's rank correlation coefficient, factor 1 – reliance on own knowledge and skills in overcoming the disease, factor 2 – understanding the need for treatment, factor 3 – understanding psychological mechanism of painful disadaptation, factor 4 – readiness to cooperate actively in the treatment process, summed score – common intensity of motivation for treatment, question 2 – experience of physical abuse as a child, question 4 – experience of emotional neglect as a child, question 7 – violence witnessed against a mother or stepmother, question 8 – abuse of alcohol or other psychoactive substances by close relatives.

По результатам регрессионного анализа, при ручном последовательном исключении незначимых предикторов были получены несколько моделей, одна из которых (прогностическая способность 74,2%;

$p=0,002$ ) демонстрировала рост шансов высокой мотивированности пациентов при увеличении суммарного результата опросника ACE, а также при наличии высшего образования (таблица 3).

Таблица 3

**Результаты логистического регрессионного анализа уровня образования, суммарного балла ACE и суммарного балла ISMI с выраженностью мотивации к лечению**

Table 3

**Results of logistic regression analysis of educational attainment, ACE score, and ISMI score with intensity motivation for treatment**

Показатель	B	Среднеквадратичная ошибка	p	95% доверительный интервал для EXP(B)		
				Нижняя	Exp (B)	Верхняя
Наличие средне-специального образования	1,238	0,695	0,075	0,883	3,45	13,475
Наличие высшего образования	1,955	0,77	0,011	1,561	7,067	31,992
Суммарный балл опросника ISMI	-0,022	0,028	0,444	0,926	0,979	1,034
Суммарный балл опросника ACE	0,337	0,14	0,016	1,065	1,4	1,841
Константа	-0,509	1,853	0,784		0,601	

Примечание:  $R_{CS}^2=0,243$ ,  $R_N^2=0,326$ ,  $\chi^2$  (df=4; N=62) =17,291,  $p=0,002$ .

Note:  $R_{CS}^2=0,243$ ,  $R_N^2=0,326$ ,  $\chi^2$  (df=4; N=62) =17.291,  $p=0.002$ .

Выраженность внутренней стигмы не оказывала достоверного влияния на шансы формирования интенсивной мотивации у пациентов. При анализе взаимосвязей отдельных субшкал ISMI в другой регрессионной модели их показатели также не продемонстрировали значимых эффектов: прогностическая способность модели составила 75,8% ( $p=0,06$ ), уровни значимости

для регрессионного коэффициента всех субшкал составлял  $\geq 0,199$ .

Таким образом итоговая модель, описывающая 77,4% ( $p=0,002$ ) дисперсии, предсказывала влияние высшего образования на шанс высокой мотивации больных, в 5,92 раза повышая их, и различных вариантов НДО (таблица 4).

Таблица 4

**Результаты логистического регрессионного анализа уровня образования и вариантов НДО с выраженностью мотивации к лечению**

Table 4

**Results of logistic regression analysis of educational attainment and separate type of ACE with intensity motivation for treatment**

Показатель	B	Среднеквадратичная ошибка	p	Граница 95% доверительный интервала для EXP(B)		
				Нижняя	Exp (B)	Верхняя
Наличие средне-специального образования	1,340	0,855	0,117	0,715	3,820	20,418
Наличие высшего образования	1,778	0,895	0,047	1,023	5,917	34,224
1 вопрос	-2,353	0,972	0,015	0,014	0,095	0,639
2 вопрос	1,127	0,948	0,234	0,482	3,085	19,761
3 вопрос	-0,152	0,970	0,875	0,128	0,859	5,751
4 вопрос	0,724	0,824	0,380	0,410	2,063	10,381
5 вопрос	0,863	1,299	0,506	0,186	2,371	30,255
6 вопрос	-0,230	0,791	0,771	0,169	0,795	3,743
7 вопрос	2,725	1,067	0,011	1,884	15,262	123,645
8 вопрос	0,656	0,874	0,453	0,347	1,927	10,696
9 вопрос	1,269	0,807	0,116	0,731	3,557	17,304
10 вопрос	0,450	1,610	0,780	0,067	1,568	36,819
Константа	-1,723	0,754	0,022		0,179	

Примечание:  $R_{CS}^2=0,390$ ,  $R_N^2=0,522$ ,  $\chi^2(df=12, N=62)=30,650$ ,  $p=0,002$ ;

1 вопрос – опыт эмоционального насилия в детском возрасте, 2 вопрос – опыт физического насилия в детском возрасте, 3 вопрос – опыт сексуального насилия в детском возрасте, 4 вопрос – опыт эмоционального пренебрежения в детском возрасте, 5 вопрос – опыт физического пренебрежения в детском возрасте, 6 вопрос – развод, смерть или разлука с одним из родителей, 7 вопрос – наблюдение насилия в адрес матери или мачехи, 8 вопрос – злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами (ПАВ) близким родственниками, 9 вопрос – депрессия, другое хроническое психическое заболевание или суицид близкого родственника, 10 вопрос – пребывание близких родственников в местах лишения свободы (далее МЛС)

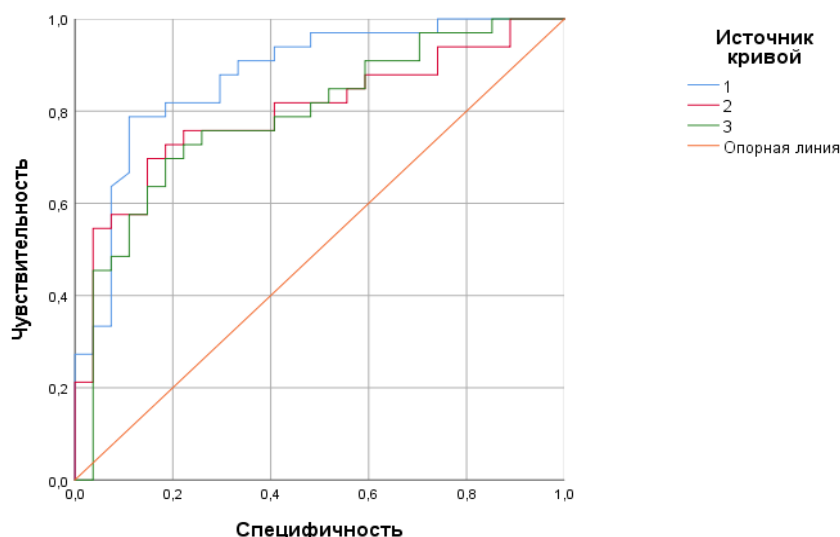
Note:  $R_{CS}^2=0.390$ ,  $R_N^2=0.522$ ,  $\chi^2(df=12, N=62)=30.650$ ,  $p=0.002$ ;

question 1 – experience of emotional abuse in childhood, question 2 – experience of physical abuse in childhood, question 3 – experience of sexual abuse in childhood, question 4 – experience of emotional neglect in childhood, question 5 – experience of physical neglect in childhood, question 6 – divorce, death or separation from a parent, question 7 – observation of violence against the mother or stepmother, question 8 – abuse of alcohol or other psychoactive substances (substances) by a close relative, question 9 – depression, other chronic mental illness or suicide of a close relative, question 10 – imprisonment of a close relative.



Положительный ответ на 1 вопрос, связанный с эмоциональным насилием в детском возрасте, уменьшал шансы высокой мотивации у пациента в 10,5 раз, при этом частое наблюдение насилия в адрес матери или мачехи (7 вопрос ACE) наоборот в 15,3 раза повышал шансы высокой мотивации к лечению у пациентов.

Модель обладала относительно высокой чувствительностью, верно предсказывая 85,3% случаев высокой мотивации к терапии пациентов, по сравнению со специфичностью (67,9%). По результатам ROC-анализа модель показала себя хорошим классификатором ( $AUC = 0,873$ ) (Рис.)



Примечание: 1 – итоговая модель; предикторы: уровень образования и отдельные варианты НДО, 2 – модель с предикторами: уровень образования, наличие детей, возраст пациентов, возраст дебюта болезни, наличие инвалидности, 3 – модель с предикторами: уровень образования, суммарный балл ISMI, суммарный балл НДО.

Рис. ROC-кривые для моделей по результатам регрессионного анализа

Note: 1 – resulting model; predictors: level of education and certain variants of ACE; 2 – model with predictors: level of education, presence of children, age of patients, age of disease onset, presence of disability; 3 – model with predictors: level of education, summed ISMI score, summed ACE score.

Fig. ROC curves for models by the results of regression analysis

**Обсуждение.** Обзор статей, посвященных исследованиям взаимосвязей стрессовых событий и мотивации, продемонстрировал отсутствие исследований, изучающих мотивационные факторы, как переменные исхода после травматического опыта [37]. В то же время показано, что люди, подвергшиеся травматическим событиям в детстве, демонстрируют снижение положительных ожиданий в отношении будущих начинаний за счет снижения самооэффективности, самооценки и нарушения регуляции эмоций, опосредующих нарушения составляющих мотивационных концепций [37, 38], что обуславливает интерес к полученным данным.

Согласно результатам проведенной работы значимыми предикторами терапев-

тической мотивации пациентов с психическими расстройствами при их отдельной оценке стали количество перенесенного неблагоприятного опыта в детском возрасте, что подтверждает представление ряда исследователей предполагающих существование эффекта «доза-реакция», увеличивающий усиление тяжести последствий [39], а также отдельные его варианты и некоторые социо-демографические параметры. В частности, пациенты, имевшие высшее образование лучше осознавали психологический механизм своей дезадаптации и были больше готовы к активному сотрудничеству с врачом в ходе лечения, что переключается с данными, указывающими на то, что ресурсы, распределяемые высшим об-

разованием, наряду с финансовой стабильностью повышают устойчивость людей к травмам [40], по сути являясь факторами посттравматического личностного роста, за счет более разносторонней информированностью этих пациентов, в том числе о своем заболевании, возможностях его терапии и доступности получения помощи.

Хотя наличие отдельных диагнозов психических расстройств (из группы шизофрении, шизотипического и бредовых расстройств, а также невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств) оказалось связано со снижением осознания психологического механизма дезадаптации, что в первом случае, вероятно, объясняется снижением осознания болезни и/или когнитивными расстройствами, а во втором - может отражать искажения их внутренней картины болезни, в целом нозологическая принадлежность не являлась значимым предиктором формирования интенсивной мотивации к лечению у участников исследования. Такие социально-демографические и клинические переменные как возраст пациента, наличие детей, инвалидности по психическому заболеванию, количество госпитализаций и возраст дебюта заболевания – аналогичным образом продемонстрировали ассоциации с отдельными компонентами структуры мотивации к лечению, однако не стали значимыми предикторами формирования мотивации высокой или низкой интенсивности.

Важной находкой исследования стали относительно слабые ассоциации явлений интернализации стигмы психического расстройства с мотивацией к лечению. Так лишь один из факторов опросника ISMI – сопротивление стигматизации – продемонстрировал ожидаемые отрицательные, умеренной силы связи с некоторыми показателями опросника оценки мотивации. При этом ни суммарный балл интернализованной стигмы, ни её факторы не влияли на шансы формирования интенсивной мотивации к лечению по данным регрессионного анализа. Сравнение полученного здесь результата с известными ранее данными [41] демонстрирует значимость продолжения

исследований явления психиатрической стигмы на больших выборках пациентов.

Неожиданным результатом в отношении формирования мотивации к лечению у пациентов психиатрического профиля стали эффекты количества негативного детского опыта. Основными задействованными психологическими механизмами здесь оказались паттерны осознания психологических механизмов болезненной дезадаптации и готовность к активному сотрудничеству с врачом, которые в совокупности определяли повышение шансов наличия интенсивной терапевтической мотивации. Среди всех вариантов неблагоприятного детского опыта в нашем исследовании наиболее выраженными последствиями обладали: эмоциональное пренебрежение, злоупотребление алкоголем или другими ПАВ близкими родственниками и наблюдение насилия в адрес матери или мачехи, что с точки зрения зарубежных исследователей, приводит к недостаточному удовлетворению потребностей развития в детстве, увеличивая риск дополнительных неблагоприятных событий, нарушающих психическое благополучие [42]

Оценка сочетанного влияния социальных, клинических и психологических предикторов формирования мотивации пациентов к лечению представляет особый научно-практический интерес. Так пациенты, страдающие психическими расстройствами, обладая отдельными социальными, клиническими и психологическими характеристиками, не представляют собой лишь простую сумму индивидуальных переменных, а интегрируют их динамическую совокупность [43, 44]. Это было убедительно подтверждено результатами проведенной множественной логистической регрессии. Хорошо исследованные изолированно отрицательные взаимосвязи терапевтической мотивации и приверженности пациентов к лечению со стигмой [32, 45], при сопоставлении её эффектов в совокупности с другими биопсихосоциальными факторами, демонстрируют существенно более низкое, чем ожидалось, влияние стигмы на лечебный процесс [46]. Напротив, для элементов

негативного детского опыта были подтверждены полученные ранее данные [47]. Опыт эмоционального насилия в детстве снижал шансы формирования интенсивной терапевтической мотивации взрослых пациентов, а также наблюдение насилия в адрес матери или мачехи в детстве повышало вероятность интенсивной мотивации. Неоднозначность полученных данных скорее подтверждает представления о том, что люди по-разному реагируют на травматические события, и пережитые травмы у части людей становятся источником посттравматического роста в случаях позитивной переоценки и принятия травматического события [48] Противоположные эффекты, зафиксированные для негативного детского опыта с помощью более строгих методологических подходов, наглядно демонстрируют неоднозначность его роли в психологии лечебного процесса у пациентов психиатрического профиля.

**Заключение.** Роль социальных, клинических и психологических характеристик пациентов, страдающих психическими расстройствами, в психологии лечебного процесса целесообразно рассматривать с позиции системного подхода, поскольку их реализация, в частности, в формировании мотивации к лечению, обеспечивается через динамическую совокупность эффектов. Интегративный вклад негативного детского опыта имеет ключевое значение, однако, в отличие от внутренней стигмы психического расстройства, может быть в равной степени связан как с более, так и менее адаптивными мотивационными моделями у пациентов в ходе их лечения.

#### **Информация о финансировании**

*Финансирование данной работы не проводилось.*

#### **Financial support**

*No financial support has been provided for this work.*

#### **Конфликт интересов**

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

#### **Conflict of interests**

*The authors have no conflict of interest to declare.*

#### **Список литературы**

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] [дата обращения 30.12.2022]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/child-maltreatment>
2. Hustedde C. Adverse Childhood Experiences. Primary Care - Clinics in Office Practice. 2021;48(3):493-504. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2021.05.005>
3. Riedl, D, Lampe A, Exenberger S, et al. Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) and associated physical and mental health problems amongst hospital patients: Results from a cross-sectional study. General Hospital Psychiatry. 2020;64:80-86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.03.005>
4. Prokopez CR, Vallejos M, Farinola, et al. The history of multiple adverse childhood experiences in patients with schizophrenia is associated with more severe symptomatology and suicidal behavior with gender-specific characteristics. Psychiatry Research. 2020;293:113411. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113411>
5. Tsehay M, Necho M, Mekonnen W. The Role of Adverse Childhood Experience on Depression Symptom, Prevalence, and Severity among School Going Adolescents. Depression Research and Treatment. 2020;2020:5951792. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/5951792>
6. Gehred M, Knodt A, Ambler A, et al. Long-term Neural Embedding of Childhood Adversity in a Population-Representative Birth Cohort Followed for 5 Decades. Biological Psychiatry. 2021;90(3):182-193. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.02.971>
7. Juruena MF, Eror F, Cleare AJ, et al. The Role of Early Life Stress in HPA Axis and Anxiety. Advances in Experimental Medicine and Biology. 2020;1191:141-153. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0\\_9](https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_9)
8. Iob E, Baldwin JR, Plomin R, et al. Adverse childhood experiences, daytime salivary cortisol, and depressive symptoms in early adulthood: a longitudinal genetically informed twin study. Translational Psychiatry. 2021;11:420. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01538-w>
9. Aas M, Pizzagalli DA, Laskemoen JF, et al. Elevated hair cortisol is associated with childhood maltreatment and cognitive impairment in schizophrenia and in bipolar disorders.

Schizophrenia Research. 2019;213:65-71. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.01.011>

10. Cullen AE, Rai S, Vaghani MS, et al. Cortisol responses to naturally occurring psychosocial stressors across the psychosis spectrum: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:513. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00513>

11. Misiak B, Karpiński P, Szmida E, et al. Adverse Childhood Experiences and Methylation of the FKBP5 Gene in Patients with Psychotic Disorders. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(12):3792. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm9123792>

12. Stanton KJ, Denietolis B, Goodwin BJ, et al. Childhood Trauma and Psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2020;29(1):115-129. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.004>

13. Давыдова ЕВ. Взаимосвязь детского травматического опыта, ранних дезадаптивных схем и психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией. *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. 2021;10(1A):29-41. DOI: <https://doi.org/10.34670/AR.2021.87.22.005>

14. Kim Y, Lee H, Park A. Patterns of adverse childhood experiences and depressive symptoms: self-esteem as a mediating mechanism. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2021;57(2):331-341. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02129-2>

15. Gibson-Davis C, Keister LA, Gennetian LA, et al. Net Worth Poverty and Child Development. *Socius*. 2022;8. DOI: <https://doi.org/10.1177/23780231221111672>

16. Sosu EM, Schmidt P. Changes in Cognitive Outcomes in Early Childhood: The Role of Family Income and Volatility. *Frontiers in Psychology*. 2022;13:758082. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.758082>

17. Hagan MJ, Bush N, Mendes WB, et al. Associations between childhood adversity and daily suppression and avoidance in response to stress in adulthood: can neurobiological sensitivity help explain this relationship? *Anxiety, Stress and Coping*. 2016;30(2):163-175. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1259473>

18. Lloyd A, McKay RT, Furl N. Individuals with adverse childhood experiences explore less and underweight reward feedback. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2022;119(4):e2109373119. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.2109373119>

19. Лутова НБ, Сорокин МЮ, Макаревич ОВ и др. Субъективная концепция морбидности: её оценка и связь с мотивацией к лечению у лиц, перенесших психоз. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2020;2:73-79. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-73-79>

20. Аболмасов ВО, Сливка АС, Сорокин МЮ. К вопросу о субъективном восприятии психоза, психопатологической симптоматике и медикаментозном комплаенсе. *Психиатрия*. 2022;20(3(2)):66-67.

21. Frankenhuis WE, Young ES, Ellis BJ. The Hidden Talents Approach: Theoretical and Methodological Challenges. *Trends in Cognitive Sciences*. 2020;24(7):569-581. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.03.007>

22. Young ES, Frankenhuis WE, DelPriore DJ, et al. Hidden talents in context: Cognitive performance with abstract versus ecological stimuli among adversity-exposed youth. *Child Development*. 2022;93(5):1493-1510. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdev.13766>

23. Duan Z, Feng Y, Xu S, et al. The role of childhood left-behind experience on childhood trauma exposure and mental health outcomes: a propensity score matching (PSM) analysis. *Journal of Public Health*. 2023:fdad060. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad060>

24. Thomas S, Höfler M, Schäfer I, et al. Childhood maltreatment and treatment outcome in psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2019;140(4):295-312. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13077>

25. Sorokin MY, Lutova NB, Wied VD. The Role of Treatment Motivation Subsystems in the Overall Structure of Compliance in Patients Undergoing Psychopharmacotherapy. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2017;47(8):890-894. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11055-017-0486-z>

26. Sorokin MY, Neznanov NG, Lutova NB, et al. Revisiting Drug Compliance: The Need for a Holistic Approach in the Treatment of Severe Mental Disorders. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(3):17-25. DOI: <https://doi.org/10.17816/CP93>

27. McLaren T, Peter LJ, Tomczyk S, et al. The Seeking Mental Health Care model: prediction of help-seeking for depressive symptoms by stigma and mental illness representations. *BMC Public Health*. 2023;23:69. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14937-5>



28. Коцюбинский АП, Еричев АН, Бутома БГ. Актуальные задачи организации психиатрической помощи на современном этапе. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2012;3:9-17.
29. Schwarzbald M, Kern RS, Novacek DM, et al. Self-stigma in psychotic disorders: Clinical, cognitive, and functional correlates in a diverse sample. *Schizophrenia Research*. 2021;228:145-150. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.003>
30. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*. 2021;47(5):1261-1287. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
31. Sarraf L, Lepage M, Sauvé G. The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2022;248:64-78. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
32. Лутова НБ, Сорокин МЮ, Новикова КЕ, и др. Неблагоприятный детский опыт как фактор самостигматизации больных шизофренией. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2020;11(4):665-675. DOI: <https://doi.org/10.34883/PI.2020.11.4.001>
33. Buchman-Wildbaum T, Váradi E, Schmelowszky Á, et al. Targeting the problem of treatment non-adherence among mentally ill patients: The impact of loss, grief and stigma. *Psychiatry Res*. 2020;290:113140. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113140>
34. Герасимчук ЕС, Сорокин МЮ. Оценка негативного детского опыта у пациентов с психическими расстройствами, его роль в лечебном процессе. *Психиатрия*. 2022;20(3(2)):122-123.
35. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. 2003;121(1):31-49. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
36. Сорокин МЮ, Лутова НБ, Вид ВД и др. Метод системной оценки мотивации к лечению у больных психическими расстройствами: методические рекомендации. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; 2020.
37. Simmen-Janevska K, Brandstätter V, Maercker A. The overlooked relationship between motivational abilities and posttraumatic stress: a review. *European Journal of Psychotraumatology*. 2012;3(1):18560. DOI: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18560>
38. Weindl D, Knefel M, Glück TM, et al. Motivational capacities after prolonged interpersonal childhood trauma in institutional settings in a sample of Austrian adult survivors. *Child Abuse and Neglect*. 2018;76:194-203. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.001>
39. Turner S, Harvey C, Hayes L, et al. Childhood adversity and clinical and psychosocial outcomes in psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019;29:e78. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796019000684>
40. Weitzel EC, Glaesmer H, Hinz A, et al. What Builds Resilience? Sociodemographic and Social Correlates in the Population-Based LIFE-Adult-Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(15):9601. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19159601>
41. Лутова НБ, Сорокин МЮ, Вид ВД. Психиатрическая стигма – ее проявления и последствия. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2017;3:41-45.
42. Mumford EA, Copp J, MacLean K. Childhood Adversity, Emotional Well-Being, Loneliness, and Optimism: a National Study. *Adversity and Resilience Science*. 2023;4(2):137-149. DOI: <https://doi.org/10.1007/s42844-022-00084-8>
43. Tripathi A, Das A, Kar SK. Biopsychosocial Model in Contemporary Psychiatry: Current Validity and Future Prospects. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2019;41(6):582-585. DOI: [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_314\\_19](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_314_19)
44. Barreira DP, Marinho RT, Bicho M, et al. Psychosocial and Neurocognitive Factors Associated With Hepatitis C - Implications for Future Health and Wellbeing. *Frontiers in Psychology*. 2019;9:2666. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02666>
45. Сорокин МЮ. Распространённость внешней стигматизации у психически больных и её взаимосвязь с мотивацией к лечению. *Неврологический вестник*. 2016;48(2):73-77. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb14010>
46. Sorokin M, Lutova N, Wied V. Phenomenology of psychiatric stigma: A factor of patients' motivation to treatment. *European Psychiatry*. 2021;64(Suppl 1):502. DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1344>



47. Горбунова ОВ, Сорокин МЮ. Негативный детский опыт как фактор терапевтической мотивации у пациентов психиатрического стационара. В: Незнанов НГ, Караваева ТА, Лутова НБ и др., редакторы. Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии. Наука и реальный мир в лечении психических расстройств. Материалы конференции, посвященной 90-летию со дня рождения БД Карвасарского. 29 октября 2021 года, Санкт-Петербург: ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России; 2021:54-56.

48. Quan L, Lu B, Sun J, et al. The relationship between childhood trauma and post-traumatic growth among college students: The role of acceptance and positive reappraisal. *Frontiers in Psychology*. 2022;13:921362. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.921362>

### References

1. World Health Organization [Internet] [cited 2022 Jan 31]. Russian. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/child-maltreatment>

2. Hustedde C. Adverse Childhood Experiences. *Primary Care - Clinics in Office Practice*. 2021;48(3):493-504. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2021.05.005>

3. Riedl, D, Lampe A, Exenberger S, et al. Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) and associated physical and mental health problems amongst hospital patients: Results from a cross-sectional study. *General Hospital Psychiatry*. 2020;64:80-86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.03.005>

4. Prokopez CR, Vallejos M, Farinola, et al. The history of multiple adverse childhood experiences in patients with schizophrenia is associated with more severe symptomatology and suicidal behavior with gender-specific characteristics. *Psychiatry Research*. 2020;293:113411. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113411>

5. Tsehay M, Necho M, Mekonnen W. The Role of Adverse Childhood Experience on Depression Symptom, Prevalence, and Severity among School Going Adolescents. *Depression Research and Treatment*. 2020;2020:5951792. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/5951792>

6. Gehred M, Knodt A, Ambler A, et al. Long-term Neural Embedding of Childhood Adversity in a Population-Representative Birth Cohort Followed for 5 Decades. *Biological*

*Psychiatry*. 2021;90(3):182-193. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2021.02.971>

7. Juruena MF, Erer F, Cleare AJ, et al. The Role of Early Life Stress in HPA Axis and Anxiety. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2020;1191:141-153. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0\\_9](https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_9)

8. Iob E, Baldwin JR, Plomin R, et al. Adverse childhood experiences, daytime salivary cortisol, and depressive symptoms in early adulthood: a longitudinal genetically informed twin study. *Translational Psychiatry*. 2021;11:420. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01538-w>

9. Aas M, Pizzagalli DA, Laskemoen JF, et al. Elevated hair cortisol is associated with childhood maltreatment and cognitive impairment in schizophrenia and in bipolar disorders. *Schizophrenia Research*. 2019;213:65-71. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.01.011>

10. Cullen AE, Rai S, Vaghani MS, et al. Cortisol responses to naturally occurring psychosocial stressors across the psychosis spectrum: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:513. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00513>

11. Misiak B, Karpiński P, Szmida E, et al. Adverse Childhood Experiences and Methylation of the FKBP5 Gene in Patients with Psychotic Disorders. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(12):3792. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm9123792>

12. Stanton KJ, Denietolis B, Goodwin BJ, et al. Childhood Trauma and Psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2020;29(1):115-129. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.004>

13. Davydova EV. The relationship between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemes and psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia. *Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches*. 2021;10(1A):29-41. Russian. DOI: <https://doi.org/10.34670/AR.2021.87.22.005>

14. Kim Y, Lee H, Park A. Patterns of adverse childhood experiences and depressive symptoms: self-esteem as a mediating mechanism. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2021;57(2):331-341. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02129-2>

15. Gibson-Davis C, Keister LA, Gennetian LA, et al. Net Worth Poverty and Child Development. *Socius*. 2022;8. DOI: <https://doi.org/10.1177/23780231221111672>

16. Sosu EM, Schmidt P. Changes in Cognitive Outcomes in Early Childhood: The Role of Family Income and Volatility. *Frontiers in Psychology*. 2022;13:758082. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.758082>
17. Hagan MJ, Bush N, Mendes WB, et al. Associations between childhood adversity and daily suppression and avoidance in response to stress in adulthood: can neurobiological sensitivity help explain this relationship? *Anxiety, Stress and Coping*. 2016;30(2):163-175. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1259473>
18. Lloyd A, McKay RT, Furl N. Individuals with adverse childhood experiences explore less and underweight reward feedback. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2022;119(4):e2109373119. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.2109373119>
19. Lutova NB, Sorokin MY, Makarevich OV, et al. The subjective concept of morbidity: its assessment and connection with the motivation for treatment in persons who underwent psychosis. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2020;2:73-79. Russian. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-73-79>
20. Abolmasov VO, Slivka AS, Sorokin MYu. On the Issue of Subjective Meaning of Psychosis, Psychopathology and Therapeutic Compliance. *Psychiatry (Moscow)*. 2022;20(3(2)):66-67. Russian.
21. Frankenhuis WE, Young ES, Ellis BJ. The Hidden Talents Approach: Theoretical and Methodological Challenges. *Trends in Cognitive Sciences*. 2020;24(7):569-581. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.03.007>
22. Young ES, Frankenhuis WE, DelPriore DJ, et al. Hidden talents in context: Cognitive performance with abstract versus ecological stimuli among adversity-exposed youth. *Child Development*. 2022;93(5):1493-1510. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdev.13766>
23. Duan Z, Feng Y, Xu S, et al. The role of childhood left-behind experience on childhood trauma exposure and mental health outcomes: a propensity score matching (PSM) analysis. *Journal of Public Health*. 2023:fdad060. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad060>
24. Thomas S, Höfler M, Schäfer I, et al. Childhood maltreatment and treatment outcome in psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2019;140(4):295-312. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13077>
25. Sorokin MY, Lutova NB, Wied VD. The Role of Treatment Motivation Subsystems in the Overall Structure of Compliance in Patients Undergoing Psychopharmacotherapy. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2017;47(8):890-894. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11055-017-0486-z>
26. Sorokin MY, Neznanov NG, Lutova NB, et al. Revisiting Drug Compliance: The Need for a Holistic Approach in the Treatment of Severe Mental Disorders. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(3):17-25. DOI: <https://doi.org/10.17816/CP93>
27. McLaren T, Peter LJ, Tomczyk S, et al. The Seeking Mental Health Care model: prediction of help-seeking for depressive symptoms by stigma and mental illness representations. *BMC Public Health*. 2023;23:69. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14937-5>
28. Kotsubinskii AP, Elichev AN, Butoma BG. Current challenges in the organization of psychiatric care at the present stage. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2012;3:9-17. Russian.
29. Schwarzbald M, Kern RS, Novacek DM, et al. Self-stigma in psychotic disorders: Clinical, cognitive, and functional correlates in a diverse sample. *Schizophrenia Research*. 2021;228:145-150. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.003>
30. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*. 2021;47(5):1261-1287. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
31. Sarraf L, Lepage M, Sauvé G. The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2022;248:64-78. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
32. Lutova NB, Sorokin MYu, Novikova KE, et al. Childhood Adversity as a Factor of Self-Stigma in Patients with Schizophrenia. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2020;11(4):665-675. Russian. DOI: <https://doi.org/10.34883/PI.2020.11.4.001>
33. Buchman-Wildbaum T, Váradi E, Schmelowszky Á, et al. Targeting the problem of treatment non-adherence among mentally ill patients: The impact of loss, grief and stigma. *Psychiatry Res*. 2020;290:113140. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113140>

34. Gerasimchuk ES, Sorokin MYu. Evaluation of Adverse Childhood Experiences in Patients with Mental Disorders and its Role in Treatment Process. *Psychiatry (Moscow)*. 2022;20(3(2)):122-123. Russian.
35. Ritscher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. 2003;121(1):31-49. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
36. Sorokin MYu, Lutova NB, Wied VD, et al. Method for Systemic Assessment of Motivation for Treatment in Patients with Mental Disorders: Methodological Recommendations. St. Petersburg: V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology; 2020. Russian.
37. Simmen-Janevska K, Brandstätter V, Maercker A. The overlooked relationship between motivational abilities and posttraumatic stress: a review. *European Journal of Psychotraumatology*. 2012;3(1):18560. DOI: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18560>
38. Weindl D, Knefel M, Glück TM, et al. Motivational capacities after prolonged interpersonal childhood trauma in institutional settings in a sample of Austrian adult survivors. *Child Abuse and Neglect*. 2018;76:194-203. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.001>
39. Turner S, Harvey C, Hayes L, et al. Childhood adversity and clinical and psychosocial outcomes in psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019;29:e78. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796019000684>
40. Weitzel EC, Glaesmer H, Hinze A, et al. What Builds Resilience? Sociodemographic and Social Correlates in the Population-Based LIFE-Adult-Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(15):9601. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19159601>
41. Lutova NB, Sorokin MYu, Wied VD. Stigma in patients with mental disorders- its manifestations and consequences. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2017;3:41-45. Russian.
42. Mumford EA, Copp J, MacLean K. Childhood Adversity, Emotional Well-Being, Loneliness, and Optimism: a National Study. *Adversity and Resilience Science*. 2023;4(2):137-149. DOI: <https://doi.org/10.1007/s42844-022-00084-8>
43. Tripathi A, Das A, Kar SK. Biopsychosocial Model in Contemporary Psychiatry: Current Validity and Future Prospects. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2019;41(6):582-585. DOI: [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJP-SYM\\_314\\_19](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJP-SYM_314_19)
44. Barreira DP, Marinho RT, Bicho M, et al. Psychosocial and Neurocognitive Factors Associated With Hepatitis C - Implications for Future Health and Wellbeing. *Frontiers in Psychology*. 2019;9:2666. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02666>
45. Sorokin MYu. Prevalence of social stigmatization in psychiatric patients and its correlation with motivation for treatment. *Neurology bulletin*. 2016;48(2):73-77. Russian. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb14010>
46. Sorokin M, Lutova N, Wied V. Phenomenology of psychiatric stigma: A factor of patients' motivation to treatment. *European Psychiatry*. 2021;64(Suppl 1):502. DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1344>
47. Gorbunova OV, Sorokin MYu. Adverse childhood experiences as a factor of therapeutic motivation in psychiatric inpatients. In: Neznanov NG, Karavaieva TA, Lutova NB, et al, editor. *The Alliance of Psychology, Psychotherapy and Pharmacotherapy. Science and the Real World in the Treatment of Mental Disorders*. Proceedings of the conference dedicated to the 90th anniversary of the birth of BD Karvasarsky. 2021 oct 29, St. Petersburg: V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology; 2021:54-56. Russian.
48. Quan L, Lu B, Sun J, et al. The relationship between childhood trauma and post-traumatic growth among college students: The role of acceptance and positive reappraisal. *Frontiers in Psychology*. 2022;13:921362. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.921362>

Статья поступила в редакцию 29 января 2023 г.  
Поступила после доработки 25 мая 2023 г.  
Принята к печати 13 июня 2023 г.

Received 29 January 2023  
Revised 25 May 2023  
Accepted 13 June 2023

#### Информация об авторах

**Екатерина Сергеевна Герасимчук**, врач-ординатор отделения интегративной фармакопсихотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург

тербург, Российская Федерация, E-mail: katherine.gerasimchuk@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6317-5778>.

**Михаил Юрьевич Сорокин**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, ученый секретарь ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, E-mail: m.sorokin@list.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2502-6365>.

**Наталья Борисовна Лутова**, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, E-mail: lutova@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>.

**Сергей Николаевич Портениер**, врач-ординатор отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, E-mail: bekhterev\_nii\_2otd@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9156-9679>.

**Ольга Васильевна Горбунова**, врач-ординатор отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, E-mail: rybka200@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0010-1842>.

### Information about the authors

**Ekaterina S. Gerasimchuk**, Resident Physician of the Department of Integrative Pharmacotherapy of Patients with Mental Disorders, Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, E-mail: katherine.gerasimchuk@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6317-5778>.

**Mikhail Yu. Sorokin**, Cand. Sci. (Medicine), Senior Researcher at the Department of Integrative Pharmacotherapy of Patients with Mental Disorders, Scientific Secretary, Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, E-mail: m.sorokin@list.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2502-6365>.

**Natalia B. Lutova**, Doct. Sci. (Medicine), Chief Researcher, Head of the Department of Integrative Pharmacotherapy of Patients with Mental Disorders, Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, E-mail: lutova@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>.

**Sergey N. Portenier**, Resident Physician of the Department of Integrative Pharmacotherapy of Patients with Mental Disorders, Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, E-mail: bekhterev\_nii\_2otd@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9156-9679>.

**Olga V. Gorbunova**, Resident Physician of the Department of Integrative Pharmacotherapy of Patients with Mental Disorders, Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, E-mail: rybka200@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0010-1842>.