

Обзорная статья | Review paper

Особенности переживания детьми прямого и опосредованного травматического опыта, связанного с вооруженными конфликтами, насилием и вынужденной миграцией

О.А. Ульянина, Е.А. Никифорова ✉, Л.А. Александрова

Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация

✉ nikiforovaea@mgppu.ru

Резюме

Контекст и актуальность. В современных условиях войн, насилия и миграции остро стоит проблема влияния травматического опыта на психическое здоровье детей. Исследование направлено на анализ механизмов формирования и преодоления детской травмы, включая как прямые, так и опосредованные формы воздействия. **Цель.** Проанализировать современные зарубежные исследования в области изучения особенностей переживания детьми прямого и опосредованного травматического опыта, связанного с вооруженными конфликтами, насилием и вынужденной миграцией. **Гипотеза.** Травматический опыт, независимо от формы воздействия (прямой или опосредованный), оказывает существенное влияние на психическое здоровье детей, при этом характер последствий определяется комплексом возрастных, индивидуальных и социокультурных факторов. **Методы и материалы.** Осуществлен комплексный анализ научных работ, включающий отечественные и зарубежные публикации, релевантные исследуемой проблематике. **Результаты.** Выявлено различное влияние прямого и опосредованного травматического опыта: первое чаще приводит к клиническому посттравматическому стрессовому расстройству, второе — к субклиническим проявлениям; установлена критическая роль возрастных и индивидуальных особенностей в формировании реакции на травму; определена значимость социокультурного контекста в процессе оказания помощи, а также обозначены перспективы дальнейших исследований. **Выводы.** Показана необходимость комплексной системы мониторинга и помощи детям, на которых оказано влияние прямого и опосредованного травматического опыта, связанного с вооруженными конфликтами, насилием и вынужденной миграцией, с учетом возраста, пола, личностных и культурных особенностей.

Ключевые слова: прямой и опосредованный травматический опыт, дети, механизмы посттравматического стрессового расстройства, факторы резилентности, вооруженный конфликт, миграция, насилие

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда в рамках научного проекта № 25-28-01370, <https://rscf.ru/project/25-28-01370/>.

Для цитирования: Ульянина, О.А., Никифорова, Е.А., Александрова, Л.А. (2025). Влияние на детей прямого и опосредованного травматического опыта, связанного с вооруженными конфликтами, насилием и вынужденной миграцией. *Современная зарубежная психология*, 14(4), 116—125. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2025140412>

Characteristics of children's experience of direct and indirect traumatic events related to hostilities, violence, and forced migration

O.A. Ulyanina, E.A. Nikiforova ✉, L.A. Alexandrova

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation

✉ nikiforovaea@mgppu.ru

Abstract

Context and relevance. In modern conditions of war, violence and migration, the problem of the impact of traumatic experiences on children's mental health is acute. The research is aimed at analyzing the mechanisms of formation and overcoming of childhood trauma, including both direct and indirect forms of exposure. **Objective.** To analyze recent international studies on the characteristics of children's experience of direct and indirect traumatic events related to hostilities, violence, and forced migration. **Hypothesis.** Traumatic experience, regardless of

the form of exposure (direct or indirect), has a significant impact on the mental health of children, while the nature of the consequences is determined by a complex of age, individual and socio-cultural factors. **Methods and materials.** A comprehensive analysis of scientific papers has been carried out, including national and foreign publications relevant to the issue under study. **Results.** The different effects of direct and indirect traumatic experiences have been revealed: the former more often leads to clinical post-traumatic stress disorder, the latter to subclinical manifestations, the critical role of age and individual characteristics in the formation of a response to trauma has been established, the importance of the socio-cultural context in the process of providing assistance has been determined, effective methods of dealing with childhood trauma have been identified, and prospects for further research have been identified. **Conclusions.** The need for a comprehensive monitoring and assistance system for children affected by direct and indirect traumatic experiences related to armed conflict, violence and forced migration, taking into account age, gender, personality and cultural characteristics, is shown.

Keywords: direct and indirect traumatic experiences, children, mechanisms of post-traumatic stress disorder, resilience factors, hostilities, migration, violence

Funding. The study was supported by the Russian Science Foundation, project number 25-28-01370, <https://rscf.ru/project/25-28-01370/>.

For citation: Ulyanina, O.A., Nikiforova, E.A., Alexandrova, L.A. (2025). The impact on children of direct and indirect traumatic experiences related to armed conflict, violence and forced migration. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 14(4), 116—125. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/jmfp.2025140412>

Введение

Увеличивающееся количество вооруженных конфликтов и эпизодов насилия в современном мире делает проблему психологических последствий для детей все более актуальной. Дети относятся к наиболее уязвимым группам: по оценкам международных обзоров, каждый шестой ребенок в мире живет в зоне военных действий или в непосредственной близости от нее, а только за один 2017 год было перемещено около 36 миллионов детей (Bendavid et al., 2021). Эти цифры демонстрируют масштаб и долговременный характер проблемы. В отечественной литературе также подчеркивается рост числа детей, пострадавших от вооруженных конфликтов и миграционных кризисов, и связанная с этим потребность в специализированной психологической помощи (Александрова, Дмитриева, 2024; Далгатова, Магомедханова, Слепко, 2023).

Травматический опыт детей, связанный с войной, насилием и вынужденной миграцией, бывает прямым или опосредованным. Прямая травматизация включает непосредственное переживание боевых действий, терактов, насилия — когда ребенок становится свидетелем или жертвой событий, угрожающих жизни и благополучию. Опосредованная (вторичная или медийная) травматизация возникает, когда дети подвергаются влиянию травмирующих событий косвенно — через рассказы очевидцев, эмоциональное состояние близких, либо через СМИ и социальные сети, транслирующие сцены насилия. Современные дети часто оказываются свидетелями глобальных катастроф и конфликтов благодаря телевизионным и интернет-репортажам, и даже находясь вдали от эпицентра событий, они могут испытывать сильнейший стресс и страх. Таким образом, актуальность исследования обусловлена необходимостью понимания того, как оба вида травматизации воздействуют на

психику ребенка и какими факторами это влияние опосредуется.

Материалы и методы

Цель обзора — проанализировать современные зарубежные исследования в области изучения особенностей переживания детьми прямого и опосредованного травматического опыта, связанного с вооруженными конфликтами, насилием и вынужденной миграцией. Задачи включают: (1) рассмотрение особенностей прямой и опосредованной травматизации; (2) выявление возрастных и индивидуальных различий; (3) анализ влияния культурного и социального контекста; (4) обобщение данных о механизмах посттравматического стрессового расстройства (далее — ПТСР) и факторах резилентности.

Гипотеза обзора состоит в том, что, несмотря на вариативность проявлений, прямой травматический опыт (как наиболее интенсивный) будет ассоциирован с более высоким риском развития ПТСР и других расстройств у детей, тогда как опосредованная травматизация также негативно влияет на психику, вызывая повышенную тревожность и стресс, особенно при недостатке поддержки. Ожидается, что ряд факторов (возраст, личностные особенности, семейный и культурный контекст, наличие поддержки) модифицируют влияние травмы, определяя баланс между уязвимостью и устойчивостью.

Методы. В работе применен аналитический обзор 28 актуальных зарубежных публикаций, включая результаты лонгитюдных и кросс-культурных исследований, метааналитические обзоры, а также данные международных организаций. Проведен критический анализ выводов этих работ с целью выработки целостного представления о психологических последствиях рассматриваемых видов травматического опыта у детей.

Результаты и их обсуждение

Прямая и опосредованная травматизация детей в условиях конфликтов и насилия. Прямая травматизация (непосредственное переживание боевых действий, терактов, насилия) связана с наибольшей выраженностью психологических последствий. Метаанализ 43 независимых выборок ($n = 3\,563$) показал среднюю частоту ПТСР у травмированных детей 15,9% (95% ДИ: 11,5—21,5); при межличностной травме частота достигала 32,9% у девочек и 8,4% у мальчиков при немежличностной травме (Alisic et al., 2014). В Газе доли экспозиции в 2014—2019 годах составили: личная травма — 88,4%, свидетельство травмы у других — 83,7%, разрушение имущества — 88,3%; доля случаев, соответствующих критериям ПТСР по DSM-5, — 53,5% (El-Khodary, Samara, Askew, 2020). В Боснии в регионах, наиболее пострадавших от войны, распространенность ПТСР у подростков достигала 60—73% (Hasanović, 2012). В Германии среди беженцев юного возраста, переехавших из других стран без сопровождения опекунов, 48,1% проявляют признаки ПТСР, 42% имеют признаки депрессии, 22,9% — тревожности (Hornfeck et al., 2025).

Опосредованная травматизация подразумевает воздействие травмы через медиасодержание или рассказы окружающих — без прямой угрозы для жизни ребенка «здесь и сейчас». Ребенок может испытывать глубокий психологический шок, наблюдая сцены насилия по телевидению или в Интернете, читая новости о терактах, войнах, массовых убийствах или чувствуя страх через тревогу родителей и близких, которые сами пережили травму. Современные исследования показывают, что повторяющаяся массовая трансляция катастрофических событий в СМИ способна вызвать у детей симптомы, сходные с ПТСР. Например, в недавнем опросе подростков в США постоянный просмотр новостей о стрельбе в школе (случай в Ювалде ($n = 942$)) был статистически связан с повышенной депрессией и симптомами посттравматического стресса, такими как стойкая тревога, страх и трудности с концентрацией внимания (Martins, Scharrer, Riddle, 2025). Дети младшего возраста особенно подвержены влиянию пугающего медиаконтента: они могут неправильно интерпретировать увиденное и ощущать себя непосредственными участниками трагедий.

Интересно, что характер психологических реакций при прямой и косвенной травматизации может различаться. Прямая травма оказывает более серьезное воздействие на эмоциональную сферу (ужас, страх за жизнь), а опосредованная формирует фон неустрашимой тревоги, чувство неопределенной угрозы. Тем не менее, вторичная травматизация также может приводить к выраженным последствиям: при длительном медиавоздействии у некоторых детей развиваются нарушения сна, повышенная возбудимость, тревожные расстройства. В связи с этим в литературе последних лет поднимается вопрос о необходимости мониторинга и

даже скрининга психического состояния детей, не находящихся непосредственно в зоне боевых действий, но постоянно потребляющих травматичный медиаконтент. Таким детям тоже может требоваться психологическая помощь, как и пережившим травму напрямую.

Подведем итог: прямая травматизация чаще связана с острыми и тяжелыми формами стресс-реакций, тогда как опосредованная травма создает «фон» хронического стресса и тревоги. Оба типа влияния являются значимыми: даже находясь в относительной безопасности, ребенок через медиа может вторично травмироваться, идентифицируя себя с жертвами или постоянно ожидая беды. В обоих случаях ключевым фактором, определяющим глубину травмы, выступает восприятие угрозы для собственной жизни и благополучия. Если ребенок субъективно чувствует страх за свою жизнь или жизнь близких — неважно, напрямую или через экран, — психологическое воздействие будет существенным. Далее рассмотрим, от чего зависит вариативность этих реакций, включая возраст, личностные ресурсы, социально-культурные условия и др.

Возрастные и индивидуальные особенности реакции детской психики на травму. Реакция на травмирующее событие у детей во многом определяется возрастом и индивидуальными психологическими особенностями. Возрастные факторы влияют как на сам характер переживаний, так и на риск развития стойких нарушений. У дошкольников травма часто проявляется через регрессивное поведение (возвращение к более ранним формам поведения, например, ночные страхи, энурез), игровые повторения травмирующей сцены, психосоматические симптомы. Дети младшего возраста могут недостаточно понимать суть происходящего, однако их базовое чувство безопасности подрывается, что приводит к беспокойству, привязанности к взрослым, нарушениям сна. Подростки и дети старшего школьного возраста лучше осознают реальную опасность и социальный контекст травмы, поэтому у них чаще отмечаются симптомы, схожие с проявлениями ПТСР у взрослых: навязчивые воспоминания, избегающее поведение, чувство вины выжившего, депрессивные переживания. Исследования показывают, что в более старшем возрасте риск развития посттравматических реакций у детей не снижается, а в некоторых случаях даже возрастает.

Зонтичный обзор (12 систематических обзоров; суммарно > 120 000 детей) показал более высокую вероятность ПТСР у подростков по сравнению с детьми младшего возраста; среди рисков — старший возраст на момент травмы, женский пол, низкая социальная поддержка и переживание утраты (Tamir et al., 2025). Возможное объяснение — подростки глубже осознают значение случившегося, больше размышляют о травме, тогда как очень маленькие дети могут быть подвержены частичной амнезии или выражать стресс опосредованно (через игру, поведение), что затрудняет диагностику. С другой стороны, у подрост-

ков уже формируются механизмы осознанного совладания, которых нет у малышей, поэтому влияние возраста неоднозначно и должно учитываться во взаимосвязи с другими факторами.

Индивидуально-психологические особенности ребенка, такие как темперамент, эмпатия, предыдущий опыт, уровень тревожности и эмоциональной чувствительности, во многом определяют реакцию на травму. При прочих равных условиях более уязвимыми оказываются дети с высокой чувствительностью нервной системы, склонные к тревожным реакциям и переживаниям. Например, дети с тенденцией к диссоциативным реакциям в момент травмы (как своего рода защитной стратегии психики) позже чаще демонстрируют выраженные ПТСР-симптомы и проблемы с памятью о событии (Nthling et al., 2015). Особое значение имеет предыдущий травматический опыт: повторные или многократные травмы значительно повышают риск длительных нарушений. Концепция *cumulative trauma* (кумулятивной травмы) указывает, что психика ребенка истощается под воздействием серии стрессоров, например, когда военный конфликт длится годы и ребенок многократно сталкивается с опасными ситуациями или потерями. В таких случаях говорят о синдроме непрекращающегося травматического стресса (*Continuous Traumatic Stress*, CTS) — хроническом состоянии напряжения, когда угроза воспринимается как постоянная. Исследования в секторе Газа и других регионах с затяжными военными конфликтами подтверждают наличие у детей симптомов CTS: постоянная готовность к опасности, отсутствие ощущения безопасности, нарушения концентрации внимания и поведения даже в периоды относительного затишья (Farajallah, 2022).

Важно подчеркнуть роль семейных и личностных ресурсов ребенка. Наличие устойчивой привязанности к родителям, чувство поддержки и защищенности в семье существенно смягчают остроту травматических переживаний. Так, утрата родителя является одним из сильнейших предикторов ПТСР у детей, однако воздействие этой трагедии заметно варьируется в зависимости от возраста и отношений в семье. Если ребенок теряет отца или мать в раннем возрасте, последствия могут быть особенно тяжелыми, но даже здесь устойчивость повышается при наличии поддерживающих членов семьи. Отмечено, что сохранение близких отношений с уцелевшим родителем служит фактором, повышающим резилентность ребенка и защищающим от развития ПТСР. Более того, в культурах с сильными традициями семейной и социальной взаимопомощи дети легче справляются с горем утраты: исследование среди палестинских семей показало, что, несмотря на потерю близких в войне, значительная часть детей не демонстрирует осложненного горя или ПТСР, что авторы связывают с высоким уровнем семейной поддержки и коллективными способами проживания горя (Barron, Abdallah, 2017). Индивидуальные копинг-стратегии — например, умение выражать эмоции вер-

бально, обращаться за помощью, стремление к активному преодолению трудностей — также повышают шансы на благоприятный исход. Наоборот, такие особенности, как склонность к интроверсии, подавлению эмоций, низкая стрессоустойчивость, могут усугублять влияние травмы. Не менее важным аспектом выступают последствия межпоколенческой травмы, в результате которой травматический опыт вынужденного переселения семьи в прошлом, до рождения ребенка, передается в виде насилия по отношению к ребенку (Rana, MacMillan, 2024). Наличие признаков ПТСР у матери, остающейся ухаживать за ребенком, статистически достоверно указывало, что признаки ПТСР будут проявляться у ребенка дошкольного возраста, хотя с детьми младшего школьного возраста такая тенденция не обнаружена (Rachamim et al., 2025).

Подведем итог: реакция ребенка на экстремальный стресс формируется комплексом факторов. Возраст во многом определяет клиническую картину (форму проявления нарушений) и осознание травмы. Семья и ближайшее окружение могут либо смягчить, либо усугубить последствия — в зависимости от того, получает ли ребенок поддержку и чувство безопасности после случившегося. Понимание этих индивидуальных различий имеет критическое значение для разработки адресной помощи: у разных детей даже при схожем травмирующем событии потребность в поддержке может существенно различаться.

Культурный и социальный контекст восприятия детской травмы. Травматический опыт не происходит в вакууме — его восприятие и преодоление ребенком тесно связаны с культурными нормами, традициями общества и социальной средой, в которой растет ребенок. Социокультурный контекст влияет как на сам процесс переживания травмы, так и на формы ее выражения и возможности для исцеления.

Во-первых, культура определяет, какие реакции на стресс считаются «нормальными» или приемлемыми. В некоторых традиционных обществах проявление сильных эмоций (плач у мальчиков или обсуждение психологических трудностей) может порицаться, что заставляет ребенка подавлять свои переживания. Например, на Ближнем Востоке распространены культурные концепты дистресса, отличные от западных: эмоциональная боль может выражаться соматически (через телесные симптомы), а горе и траур — через определенные ритуалы. Систематический обзор по Палестине (32 выборки; $n \approx 15\,121$) дал интегральную распространенность ПТСР 36% (95% ДИ: 30—41%) с существенной межвыборочной вариабельностью (Agbaria et al., 2021). Качественный обзор исследований в странах Ближнего Востока и Африки отмечает особые «культурные концепции дистресса» — локальные термины и представления, описывающие психологическую травму, например, вера в сглаз или одержимость духами как причину симптомов (Bovey et al., 2025). Понимание этих культурных конструкторов важно

для корректной диагностики: то, что в одной культуре назовут ПТСР, в другой может быть объяснено иным образом (Samara et al., 2020).

Во-вторых, социальный контекст определяет уровень поддержки, доступный травмированному ребенку. В культуре с прочными семейными связями (например, в ряде восточных стран) переживший травму ребенок окружен вниманием родственников, соседей, религиозной общины. Коллективное разделение горя — через общие траурные обряды, рассказы о погибших как о героях — может облегчать переживание утраты. Так, упомянутое палестинское исследование (Barron, Abdallah, 2017) подчеркивает, что высокая сплоченность семьи и общины смягчает развитие осложненного горя у детей, потерявших близких. Напротив, в культурах, культивирующих индивидуализм, где от индивида ожидается самостоятельность, ребенок может оказаться более изолирован в своем страдании. Кроме того, стигма психических расстройств разнится: в некоторых обществах обращение к психологу или психиатру табуировано, и симптомы ПТСР у детей могут оставаться без профессиональной помощи из-за страха семьи «навлечь позор» или нежелания признать проблему.

В условиях вынужденной миграции культурный фактор проявляется особенно остро. Дети-беженцы не только переживают исходную травму (войну, насилие), но и сталкиваются с культурным шоком на новом месте. Перемещение из родной страны в иноязычную среду, иной климат, изменения привычного уклада — все это само по себе стрессогенно. У детей-мигрантов описан феномен «культурного горя», проявляющегося в тоске по родине, утрате чувства принадлежности, разрыве социальных связей, что в совокупности вызывает реакции, сходные с горем по умершим (Eisenbruch, 1991).

Культурные различия проявляются и в способах coping. В ряде культур важнейшим ресурсом преодоления травмы является религия. Дети и подростки, воспитывающиеся в религиозных семьях, нередко используют веру для осмысления случившегося («на все воля Божья», «испытание, посланное нам») и черпают утешение в молитвах и ритуалах. Например, у детей-беженцев из Сирии и Ирака отмечено, что высокая религиозность семьи связана с меньшей выраженностью ПТСР: вера дает надежду и смысл страданиям, снижая чувство хаоса и несправедливости происходящего (Sleijpen et al., 2016). В то же время религиозные интерпретации могут иметь и негативную сторону — например, идея наказания за грехи способна усилить у ребенка чувство вины. Психологи подчеркивают важность учета духовных убеждений семьи в процессе терапии травмы у детей.

Еще один аспект — влияние коллективного нарратива о конфликте. Если общество воспринимает происходящее как «справедливую войну», героизирует опыт, дети могут получать двойственные послания: с одной стороны, они травмированы, с другой — испытывают гордость, что «страдали не зря». Это осложняет проявление ими своих чувств: ребенок может стыдиться

признаться в страхах, чтобы не «обесценить подвиг» близких. С другой стороны, позитивный смысл (например, защита своей земли) иногда поддерживает смысл жизни ребенка и придает стойкости. В психологии травмы это рассматривается как поиск позитивного смысла в пережитом, близкий к феномену посттравматического роста.

Наконец, социально-экономические условия тесно сплетены с культурным контекстом. Бедность, отсутствие доступа к образованию и медицине усугубляют последствия травмы, тогда как благополучие и социальная защищенность помогают ее преодолеть. Дети из семей с низким достатком и низким уровнем образования родителей более уязвимы к развивающимся после травмы расстройствам (El-Khodary, Samara, Askew, 2020). Частично это связано с тем, что у бедных семей меньше ресурсов для реабилитации (нет денег на терапию, усилен бытовой стресс). Кроме того, в неблагоприятных социальных условиях (криминальная обстановка, насилие, эксплуатация детей) риск новых травматических событий выше.

Подведем итог: культурный и социальный контексты выступают как фон, на котором разворачивается травматический опыт ребенка. Культура задает «язык», на котором ребенок и окружающие «говорят» о травме, — будь то язык медицинских диагнозов, религиозных притч или народных поверий. Социальная среда либо предоставляет ребенку «психологическую подушку безопасности» (поддержку семьи, общины, институциональную помощь), либо оставляет его один на один с бедой. Поэтому при изучении и терапии детской травмы необходимо учитывать культурные ценности семьи, традиции выражения горя, отношение общества к травмированным (стигма или принятие) и общий социально-экономический контекст. Подходы, учитывающие культурный контекст, доказали свою эффективность: например, программы помощи, встроенные в местные сообщества и учитывающие языковую и культурную специфику, показывают лучшие результаты, чем унифицированные «западные» методики в отрыве от контекста.

Механизмы формирования ПТСР и факторы резилентности у детей. ПТСР — одно из наиболее частых последствий тяжелой травмы у детей и подростков. Его ядро составляют три группы симптомов: навязчивое повторное переживание травмы (через воспоминания, сны, флэшбэки), избегание всего, что связано с травмой, и состояние постоянной повышенной возбудимости (гипербдительность, нарушение сна, раздражительность). У детей младше 6 лет диагностика ПТСР имеет особенности: в DSM-5 выделены отдельные критерии для этой группы (например, игровое воспроизведение травмы). Механизмы развития ПТСР у детей схожи с таковыми у взрослых, но имеют и свою специфику, связанную с незрелостью психических процессов.

Одним из ключевых механизмов является нарушение процессов памяти и интеграции травматического

опыта. Нарушения интеграции памяти (фрагментарные сенсорные воспоминания) и хроническая гиперактивация стресс-системы лежат в основе симптомов. Эксперимент с отслеживанием взгляда у детей-беженцев ($n = 31$) и контрольной группы ($n = 55$) показал усиление устойчивого внимания к угрожающим стимулам при большей суммарной травме (Michalek et al., 2022). Во время экстремального стресса детский мозг может функционировать в режиме «выживания», при котором ослабляется деятельность гиппокампа и корковых областей, ответственных за контекстуализацию памяти. В результате травматические воспоминания у детей часто носят фрагментарный, сенсорный характер (отдельные образы, звуки, телесные ощущения), не интегрированные в повествовательную память. Такие фрагменты всплывают спонтанно, вызывая дезориентирующие флэшбэки. Исследования показывают, что перитравматическая диссоциация (состояние отрешенности, «оцепенения» во время события) у детей предопределяет более тяжелые проявления симптомов ПТСР, опосредованные формированием дисфункциональной, разрозненной памяти о травме (Nthling et al., 2015). Иными словами, если в момент события сознание ребенка как бы «отключилось» от происходящего, травматический опыт не был правильно «записан» мозгом, а затем всплывает в виде пугающих фрагментов.

Другой механизм — длительная активация физиологической стресс-системы. У детей, переживающих хронический страх, отмечается устойчивое повышение уровня кортизола и других стресс-гормонов, а также повышенная возбудимость симпатической нервной системы. На биологическом уровне у сирийских детей-беженцев ($n = 1\,359$) повышенная концентрация кортизола в волосах связана со снижением резилентности ($OR = 0,58$; 95% ДИ: 0,40—0,83) и значимым взаимодействием с полигенным риском депрессии (OR взаимодействия = 0,04; 95% ДИ: 0,003—0,47) (Smeeth et al., 2023). Это приводит к состоянию постоянной тревожной готовности: ребенок легко пугается громких звуков, реагирует на малейшие намеки опасности. Например, дети, выросшие в условиях войны, демонстрируют повышенное внимание к угрозе — они быстрее замечают потенциально опасные стимулы и дольше фиксируют на них внимание (Michalek et al., 2022). Такой гиперфокус на угрозе — эволюционно понятный адаптивный механизм — в мирных условиях выражается в тревожности, трудностях обучения (концентрация на учебе снижается из-за постоянного «сканирования» среды на предмет опасности) и иных проблемах. Нейропсихологические исследования с участием детей-беженцев обнаружили также возможные задержки в когнитивном развитии, особенно в речевой функции (Hazer, Gredebäck, 2023). Это связывают как с биологическим влиянием стрессовых гормонов на развивающийся мозг, так и с депривацией в военное время.

Модель «дозозависимого эффекта» в детской травме гласит: чем более интенсивна и длительна травма, тем выше вероятность ПТСР и тем тяжелее его проте-

кание. Однако между воздействием и последствиями часто вмешиваются защитные факторы, формирующие резилентность. Резилентность понимается как устойчивость к травме, способность сравнительно благополучно адаптироваться после тяжелых испытаний. У детей выявлен ряд факторов резилентности.

- Социальная поддержка. Как уже отмечалось, наличие заботливых взрослых (родителей, родственников, опекунов) рядом, поддержка со стороны учителей, психологов — мощный буфер от последствий травмы. Дети, чувствующие, что не остались одни, легче преодолевают стресс. Согласно обзорам, высокий уровень поддержки является одним из сильнейших факторов, снижающих риск хронического ПТСР (Sleijpen et al., 2016). В семейном контексте выделены четыре кластера: «безопасность и позитивные отношения» — 36,2%, «небезопасность и негативные отношения» — 15,6%, «расхождение переживаний» — 23,0% и «умеренная безопасность и нейтральные отношения» — 25,2%; средние баллы депрессии у детей ниже в «безопасных» семьях ($M = 10,59$; $SE = 0,42$) по сравнению с «небезопасными» ($M = 14,28$; $SE = 0,64$) (Punamki, Qouta, Peltonen, 2018).

- Оптимизм и надежда на будущее. Позитивный взгляд на будущее, чувство, что «все наладится», помогают детям справляться с травмой. Так, исследование среди палестинских подростков, переживших военное насилие, показало, что наличие надежды и ощущения собственной нужности ассоциировано с более высоким уровнем жизненной удовлетворенности и меньшей выраженностью симптомов травмы. Надежда выполняет роль когнитивного «буфера», смягчая воздействие негативного опыта (Veronese et al., 2023).

- Способы совладания (копинг). Ребенок, умеющий активно справляться со стрессом — например, говорить о своих переживаниях, использовать творческую деятельность для выражения чувств, искать информацию — более резилентен. Пассивный копинг (избегание, вытеснение), напротив, ведет к усугублению симптомов с течением времени. Обучение эффективным копинг-стратегиям рассматривается как важная часть реабилитации травмированных детей.

- Психическое здоровье. Дети без серьезных психических расстройств имеют больше ресурсов. Если же у ребенка уже были тревожные или поведенческие расстройства, травма накладывается на существующие сложности и риск ПТСР возрастает.

- Интеллектуальные способности и обучение. Некоторые исследования связывают более высокий интеллект и успеваемость с лучшей адаптацией после травмы, отчасти потому, что такие дети могут лучше осмыслить происходящее и воспользоваться поддержкой; одновременно имеются работы, не подтверждающие защитного эффекта или указывающие, что снижение интеллектуальных показателей может быть следствием травмы, а не ее предиктором (Breslau et al., 2013; Barrera-Valencia et al., 2017; Shura et al., 2020; Delhalle, Blavier, 2023).

• Духовность и ценности. Как упоминалось, вера и мировоззренческие убеждения могут придать смысл страданиям и тем самым поддержать ребенка. В культурах, где распространена фаталистическая установка («что случилось — того не миновать»), дети иногда легче принимают потерю, считая ее частью божественного плана. Схожим образом, патриотические или идеологические убеждения могут служить опорой (например, гордость за погибшего героя-отца помогает подростку справиться с горем).

К ключевым защитным факторам относятся социальная поддержка, оптимизм/надежда и эффективные копинг-стратегии (Sleijpen et al., 2016; Veronese et al., 2023).

Соотношение факторов риска и защитных факторов определяет последствия — развитие ПТСР, иных расстройств или относительно благополучное преодоление. Наиболее уязвимы дети при сочетании высокой риск-нагрузки (сильная/длительная травма, множественные стрессоры) и отсутствия ресурсов (нет поддержки, неблагополучная семья, не сформированы навыки совладания). Напротив, даже при тяжелой травме наличие нескольких защитных факторов способно предотвратить полный развернутый ПТСР. Примером могут служить исследования сирийских беженцев: несмотря на пережитые ими ужасы войны, часть детей демонстрирует удивительную устойчивость, оставаясь психически функциональными. Мультисистемный анализ таких случаев указывает на совокупность поддерживающих элементов — от сильной привязанности к родителям до гибких навыков адаптации и адекватной гуманитарной помощи (Smeeth et al., 2023; Çekiç, 2022).

Таким образом, формирование ПТСР у детей — результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных механизмов. Травма «запускает» каскад эффектов — от нейрохимических изменений до нарушений в когнитивной и эмоциональной сфере. Но исход этого процесса не предопределен: на него влияют многочисленные факторы устойчивости. Понимание этих механизмов позволяет разрабатывать целевые меры помощи.

Заключение

В заключение подчеркнем основные выводы и практические перспективы данного обзора. Во-первых, прямой и опосредованный травматический опыт в контексте войн, насилия и миграции оказывает значительное негативное влияние на психическое благополучие детей. Прямое воздействие (боевые действия, физическое насилие, террор) чаще приводит к клинически выраженному ПТСР, тогда как косвенное (медиатравма, стресс через родителей) — к повышенной тревожности и другим субклиническим проявлениям, которые, однако, тоже могут прогрессировать в серьезные нарушения. Обе формы травмы заслуживают вни-

мания специалистов и включения в системы мониторинга детского здоровья.

Во-вторых, возрастные и индивидуальные различия играют критическую роль в том, как ребенок переносит травму. Нельзя рассматривать «детей вообще» — помощь должна быть адресной и учитывать стадию развития. Особое внимание следует уделять подросткам, так как исследования последних лет фиксируют у них выраженные симптомы ПТСР при травматизации; девочки-подростки нуждаются в поддержке с учетом риска развития депрессии и внутренних переживаний, а мальчики — с учетом вероятности агрессивного и рискованного поведения как маски для травмы. Индивидуальный подход означает также учет личностных ресурсов: например, развитие навыков эмоциональной регуляции у тревожных от природы детей или предоставление дополнительной поддержки замкнутым, интровертным детям, которые склонны переживать молча.

В-третьих, социальный и культурный контекст должен интегрироваться во все этапы работы — от оценки состояния до реабилитации. Помощь, не соответствующая культурным ценностям семьи или сообщества, рискует быть отвергнутой или неэффективной. Поэтому необходимы культурно адаптированные протоколы вмешательств, перевод и апробация диагностических инструментов на разных языках. Культурная компетентность специалистов — обязательное условие успешной работы в международных гуманитарных миссиях.

В-четвертых, механизмы ПТСР у детей — мультифакторные, но знание основных звеньев (нарушения памяти, хроническая гиперактивация стресс-системы, когнитивные искажения) указывает направление для терапии. Современные методики (TF-CBT, EMDR, Narrative Exposure Therapy и др.) строятся как раз на переработке травматических воспоминаний и нормализации физиологических реакций, и они показывают многообещающие результаты. В то же время литература свидетельствует о больших резервах самовосстановления при наличии факторов защиты. Отсюда следует, что наряду с лечением уже проявившихся расстройств нужно инвестировать усилия в укрепление факторов резилентности, таких как обучение навыкам совладания в школах, поддержка родительской компетентности, развитие сообществ взаимопомощи.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в расширении географии и тематики изучения. Необходимо больше данных о долгосрочных последствиях детской травматизации, включая риск, связанный с травмой поколений (трансгенерационная травма). Актуальными и востребованными представляются нейробиологические исследования, которые помогут понять, какие именно изменения происходят в развивающемся мозге под влиянием экстремального стресса — это откроет дорогу к целенаправленным методам профилактики (например, возможно, фармакологической защите нейронов во время длительного стресса) и терапии. Требуется изучение эффективности новых методов помощи, в особенности цифрового формата.

Кроме того, актуально исследовать, как глобальные процессы — пандемии, климатические бедствия — во взаимодействии с военными конфликтами влияют на психику детей, поскольку современная ситуация часто характеризуется «наложением травм» (например, ребенок-беженец одновременно переживает последствия войны и разлучение с семьей из-за эпидемии).

Итак, можно констатировать: опыт последних лет — от локальных войн до глобальных кризисов — напомнил миру о высокой цене, которую платят дети. Научное сообщество наработало значительный массив знаний о природе детской травмы и способах помочь детям, пережившим ужасы войны и насилия. Задача ближайшего будущего — применить эти знания максимально эффективно и гуманно, чтобы даже в самых

экстремальных условиях дети не утрачивали способность расти, развиваться и надеяться на мирную жизнь.

Ограничения. Акцент сделан на диагностируемые расстройства (ПТСР, депрессия и т. д.) при том, что субклинические и отсроченные последствия травмы (например, влияние на формирование личности, системы ценностей) труднее количественно измерить и потому они реже фигурируют в исследованиях.

Limitations. The emphasis is made on diagnosable disorders (PTSD, depression, etc.) despite the fact that the sub-clinical and delayed effects of trauma (for example, the impact on personality formation, value systems) are more difficult to quantify and therefore appear less frequently in research.

Список источников / References

1. Александрова, Л.А., Дмитриева, С.О. (2024). Дети в условиях войны: обзор зарубежных исследований. *Современная зарубежная психология*, 13(1), 139—149. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2024130113>
- Aleksandrova, L.A. Dmitrieva, S.O. (2024). Children and war: Review of foreign studies. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 13(1), 139—149. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/jmfp.2024130113>
2. Далгатов, М.М., Магомедханова, У.Ш., Слепко, Ю.Н. (2023). Психология детей, возвращенных из зон боевых действий. *Ярославский педагогический вестник*, 5(134), 173—180. URL: https://vestnik.yspu.org/releases/2023_5/17.pdf (дата обращения: 26.11.2025).
- Dalgatov, M.M., Magomedkhanova, U.Sh., Slepko, Y.N. (2023). Psychology of children returned from combat zones. *Yaroslavl Pedagogical Bulletin*, 5(134), 173—180. (In Russ.). URL: https://vestnik.yspu.org/releases/2023_5/17.pdf (viewed: 26.11.2025).
3. Agbaria, N., Petzold, S., Deckert, A., Henschke, N., Veronese, G., Dambach, P., Jaenisch, T., Horstick, O., Winkler, V. (2021). Prevalence of post-traumatic stress disorder among Palestinian children and adolescents exposed to political violence: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(8), Article: e0256426. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256426>
4. Alisic, E., Zalta, A.K., van Wesel, F., Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335—340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
5. Barrera-Valencia, M., Calderón-Delgado, L., Trejos-Castillo, E., O'Boyle, M. (2017). Cognitive profiles of post-traumatic stress disorder and depression in children and adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 242—250. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.05.001>
6. Barron, I.G., Abdallah, G. (2017). Field trial of a complicated grief psychosocial program for adolescents in occupied Palestine. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(4), 372—390. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1290000>
7. Bendavid, E., Boerma, T., Akseer, N., Langer A., Malembaka E.B., Okiro E.A., Wise P.H., Heft-Neal S., Black R.E., Bhutta Z.A., BRANCH Consortium Steering Committee. (2021). The effects of armed conflict on the health of women and children. *The Lancet*, 397(10273), 522—532. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)
8. Bovey, M., Hosny, N., Dutray, F., Heim, E. (2025). Trauma-related cultural concepts of distress: A systematic review of qualitative literature from the Middle East and North Africa, and Sub-Saharan Africa. *SSM — Mental Health*, 7, Article 100402. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2025.100402>
9. Breslau, N., Chen, Q., Luo, Zh. (2013). The role of intelligence in posttraumatic stress disorder: Does it vary by trauma severity? *PLOS One*, 8(6), Article e65391. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065391>
10. Çekiç, A. (2022). Psychological symptoms in children who are victims of war and migration: Comparison of Turkish and Syrian students. *Global Journal of Guidance and Counseling in Schools: Current Perspectives*, 12(1), 150—157. <https://doi.org/10.18844/gjgc.v12i1.7457>
11. Delhalle, M., Blavier, A. (2023). The influence of a child's intellectual abilities on psychological trauma: The mediation role of resilience. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(3), Article 100338. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100338>
12. Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian refugees. *Social Science & Medicine*, 33(6), 673—680. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90021-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90021-4)
13. El-Khodary, B., Samara, M., Askew, C. (2020). Traumatic events and PTSD among Palestinian children and adolescents: The effect of demographic and socioeconomic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00004>

14. Farajallah, I. (2022). Continuous traumatic stress in Palestine: the psychological effects of the occupation and chronic warfare on Palestinian children. *World Social Psychiatry*, 4(2), 112—120. https://doi.org/10.4103/WSP.WSP_26_22
15. Hasanović, M. (2012). Posttraumatic stress disorder of Bosnian internally displaced and refugee adolescents from three different regions after the war 1992—1995 in Bosnia-Herzegovina. *European Psychiatry*, 27(S1), 1—1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75136-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75136-2)
16. Hazer, L., Gredebäck, G. (2023). The effects of war, displacement, and trauma on child development. *Humanities and Social Sciences Communications*, 10, Article 909. <https://doi.org/10.1057/s41599-023-02438-8>
17. Hornfeck, F., Garbade, M., Kappler, S., Rosner, R., Pfeiffer, E., Sachser, C., Kindler, H. (2025). Trajectories of mental health problems in unaccompanied young refugees in Germany and the impact of post-migration factors — a longitudinal study. *European child & adolescent psychiatry*, 34(3), 1051—1062. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02535-2>
18. Martins, N., Scharrer, E., Riddle, K. (2025). News exposure, depression, and PTSD symptoms among adolescents in the US: A case study of the Uvalde school shooting. *Journal of Children and Media*, 19(3), 449—517. <https://doi.org/10.1080/17482798.2024.2443664>
19. Michalek, J.E., Lisi, M., Binetti, N., Ozkaya, S., Hadfield, K., Dajani, R., Mareschal, I. (2022). War-related trauma linked to increased sustained attention to threat in children. *Child Development*, 93(4), 900—909. <https://doi.org/10.1111/cdev.13739>
20. Nöthling, J., Lammers, K., Martin, L., Seedat, S. (2015). Traumatic dissociation as a predictor of posttraumatic stress disorder in South African female rape survivors. *Medicine (Baltimore)*, 94(16), Article e744. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000000744>
21. Rachamim, L., Aloni, R., Mualem-Taylor, H., Glickman, O., Goodman, A., Laor, N. (2025). “Children of war”: Examining the associations between war exposure, maternal PTSD, and continuous traumatic stress on Israeli children’s PTSD. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 53, 1047—1059. <https://doi.org/10.1007/s10802-025-01321-1>
22. Rana, M., Boyd-MacMillan, E. (2024). Coloniality, violence, and intergenerational trauma among displaced Syrians: An interdisciplinary scoping review. *Mental Health Science*, 2(4), Article e87. <https://doi.org/10.1002/mhs.2.87>
23. Samara, M., Hammuda, S., Vostanis, P., El-Khodary, B., Al-Dewik, N. (2020). Children’s prolonged exposure to the toxic stress of war trauma in the Middle East. *BMJ*, 371, Article m3155. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3155>
24. Shura, R.D., Epstein E.L., Ord A.S., Martindale S.L., Rowland J.A., Brearly T.W., Taber K.H. (2020). Relationship between intelligence and posttraumatic stress disorder in veterans. *Intelligence*, 80, Article 101472. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2020.101472>
25. Sleijpen, M., Boeijs, H.R., Kleber, R.J., Mooren, T.T. (2016). Between power and powerlessness: A meta-ethnography of sources of resilience in young refugees. *Ethnicity & Health*, 21(2), 158—180. <https://doi.org/10.1080/13557858.2015.1044946>
26. Smeeth D., May A.K., Karam E.G., Rieder M.J., Elzagallaai A.A., van Uum S., Pluess M. (2023). Risk and resilience in Syrian refugee children: A multisystem analysis. *Development and Psychopathology*, 35(5), 2275—2287. <https://doi.org/10.1017/S0954579423000433>
27. Tamir, T.T., Tekeba, B., Mekonen, E.G., Gebrehana D.A., Zegeye A.F. (2025). Shadows of trauma: An umbrella review of the prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 19, Article 48. <https://doi.org/10.1186/s13034-025-00879-4>
28. Veronese, G., Bdier, D., Obaid, H., Mahamid, F., Crugnola, C.R., Cavazzoni, F. (2023). Hope and life satisfaction in Palestinian children victim of military violence: The predictive role of agency, potentially traumatic experiences and symptoms of trauma. *Child Abuse & Neglect*, 146, Article 106520. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106520>

Информация об авторах

Ольга Александровна Ульянина, доктор психологических наук, доцент, руководитель Федерального координационного центра по обеспечению развития психолого-педагогической помощи в системе образования Российской Федерации, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), член-корреспондент РАО, Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9300-4825>, e-mail: ulyaninaoa@mgppu.ru

Екатерина Александровна Никифорова, начальник отдела научно-методического обеспечения Федерального координационного центра по обеспечению развития психолого-педагогической помощи в системе образования Российской Федерации, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0488-6497>, e-mail: nikiforova@mgppu.ru

Лада Анатольевна Александрова, кандидат психологических наук, ведущий аналитик Федерального координационного центра по обеспечению развития психолого-педагогической помощи в системе образования Российской Федерации, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3539-8058>, e-mail: ladaleksandrova@mail.ru

Information about the authors

Olga A. Ulyanina, Doctor of Science (Psychology), Corresponding member of the RAE, Head of the Federal Coordination Center for Provision the Development of Psychological and Pedagogical Assistance in the Education System of the Russian Federation, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9300-4825>, e-mail: ulyaninaoa@mgppu.ru

Ekaterina A. Nikiforova, Head of the Department of Scientific and Methodological Support, Federal Coordination Center for the Provision of Psychological Services in the Education System of the Russian Federation, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0488-6497>, e-mail: nikiforovaea@mgppu.ru

Lada A. Alexandrova, Candidate of Science (Psychology), Leading Analyst at the Federal Coordination Center for the Development of Psychological and Pedagogical Assistance in the Education System of the Russian Federation, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3539-8058>, e-mail: ladaleksandrova@mail.ru

Вклад авторов

Ульянина О.А. — идеи исследования; аннотирование, написание и оформление рукописи; планирование исследования; контроль за проведением исследования.

Никифорова Е.А. — подбор источников, написание и оформление рукописи.

Александрова Л.А. — формулировка исследовательской проблемы, написание рукописи.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Olga A. Ulyanina — research ideas; annotation, writing and design of the manuscript; research planning; monitoring of the research.

Ekaterina A. Nikiforova — selection of sources, writing and design of the manuscript.

Lada A. Alexandrova — formulation of the research problem, writing of the manuscript.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию 26.08.2025

Поступила после рецензирования 25.11.2025

Принята к публикации 25.11.2025

Опубликована 30.12.2025

Received 2025.08.26

Revised 2025.11.25

Accepted 2025.11.25

Published 2025.12.30