



Хажуев И.С.¹, Соловьева С.Л.¹⁻³, Идрисов К.А.^{1,4} ✉, Шаболтас А.В.^{1,5,6}, Саидов А.А.¹, Кавтарова Н.Э.^{1,7}

¹ Чеченский государственный педагогический университет, Грозный, Россия

² Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

³ Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации имени Г.А. Альбрехта, Санкт-Петербург, Россия

⁴ Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова, Грозный, Россия

⁵ Национальный медицинский исследовательский центр по психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

⁶ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

⁷ Республиканский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, Грозный, Россия

Вторичная психическая травма у детей ветеранов специальной военной операции

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование, сбор материала, обработка, написание текста – И.С. Хажуев; концепция и дизайн исследования, редактирование, написание текста – С.Л. Соловьева; редактирование, интерпретация результатов исследования, написание текста – К.А. Идрисов; концепция и дизайн исследования, редактирование, написание текста – А.В. Шаболтас; статистическая обработка данных, качественный анализ данных – А.А. Саидов; формирование выборок и сбор диагностического материала – Н.Э. Кавтарова.

Финансирование. Работа написана в рамках выполнения государственного задания № 073-03-2025-067/2 от 19 марта 2025 года «Разработка и апробация интегрированной модели коррекции стресс-обусловленных расстройств у травмированных детей участников СВО в условиях школы».

Подана: 07.10.2025

Принята: 17.11.2025

Контакты: kyuri.idrisov@yandex.ru

Резюме

Введение. Проблема вторичной психической травматизации детей участников военных действий в отечественной науке практически не изучена. Констатируя наличие данного феномена, в частности у детей ветеранов специальной военной операции (СВО), авторы не раскрывают специфики вторичной психической травмы у детей, а также не исследуют механизмы ее формирования.

Цель. В рамках экспериментально-психологического исследования сопоставлялись проявления вторичной травматизации детей участников СВО с симптомами стресс-индуцированных психических нарушений родителей, сформулированы гипотезы о механизмах вторичной психической травматизации детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2025 г. Чеченским государственным педагогическим университетом в рамках госзадания Министерства просвещения РФ «Разработка и апробация интегрированной модели коррекции стресс-обусловленных психических расстройств у детей участников СВО в условиях школы» на базе средних общеобразовательных школ г. Грозного. Методы: полуструктурированное интервью для выявления травматических переживаний; шкала депрессии Бека; шкала тревожности (CMAS); опросник выраженности гнева (STAXI); шкала

оценки влияния травматического события и родительский опросник оценки травматических переживаний ребенка. Выборки: экспериментальная группа – дети из семей участников СВО (N=202), контрольная группа – дети гражданских лиц (N=53), родители – семьи военнослужащих (N=203) и обычные семьи (N=82), группа экспертов-педагогов (N=23). Математико-статистическая обработка данных включала описательную статистику, применение H-критерия Краскела – Уоллиса и критерия Спирмена.

Результаты. Выявлены проявления вторичной психической травматизации у детей ветеранов СВО в виде психосоматических симптомов, эмоциональных нарушений (тревожных, фобических, депрессивных), нарушений поведения и ауто- и гетеро-агрессивных реакций, а также высокой степени переживаний беспомощности и растерянности. Определены факторы риска вторичной травматизации: потеря основного ресурса адаптации – эмоциональной поддержки со стороны значимого взрослого – родителя-ветерана, отсутствие системы психической адаптации в виде конструктивных копинг-стратегий.

Выводы. Вторичная психическая травматизация детей представляет собой комплексное явление, включающее в себя не только прямое «эмоциональное заражение» ребенка аффектом травмированного родителя, но и более глубокие системные нарушения в семье ветерана: деструкцию безопасной привязанности, дисфункциональные стили воспитания, патологические паттерны семейной коммуникации и в ряде случаев семейное насилие.

Ключевые слова: дети ветеранов, психические нарушения, вторичная психическая травма, тревога, депрессия, агрессия

Khazhuev I.¹, Solovieva S.¹⁻³, Idrisov K.^{1,4} ✉, Shaboltas A.^{1,5,6}, Saidov A.¹, Kavtarova N.^{1,7}

¹ Chechen State Pedagogical University, Grozny, Russia

² North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

³ Federal Scientific and Educational Center for Medical and Social Expertise and Rehabilitation named after G.A. Albrecht, Saint Petersburg, Russia

⁴ Chechen State University named after A.A. Kadyrov, Grozny, Russia

⁵ National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev, Saint Petersburg, Russia

⁶ Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

⁷ Republican Center for Psychological, Pedagogical, Medical and Social Assistance, Grozny, Russia

Secondary Mental Trauma in Children of Veterans of Special Military Operations

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: study concept and design, editing, collection of material, processing, writing of the text – Khazhuev I.; study concept and design, editing, writing of the text – Solovieva S.; editing, interpretation of the study results, writing of the text – Idrisov K.; study concept and design, editing, writing of the text – Shaboltas A.; statistical data processing, qualitative data analysis – Saidov A.; formation of samples and collection of diagnostic material – Kavtarova N.

Financing. The work was written as part of the implementation of state assignment No. 073-03-2025-067/2 of March 19, 2025, "Development and testing of an integrated model for the correction of stress-related disorders in traumatized children participating in the SMO in a school setting".

Submitted: 07.10.2025

Accepted: 17.11.2025

Contacts: kyuri.idrisov@yandex.ru

Abstract

Introduction. The problem of secondary mental trauma in children of military operations participants has not been studied in Russian science. While noting the presence of this phenomenon, in particular, in children of special military operation (SMO) veterans, the authors do not disclose the specifics of secondary mental trauma in children, nor do they investigate the mechanisms of its formation.

Purpose. In the framework of an experimental psychological study, manifestations of secondary trauma in children of SMO participants were compared with symptoms of stress-induced mental disorders of parents, hypotheses were formulated about the mechanisms of secondary mental trauma in children.

Materials and methods. The study was conducted in 2025 by the Chechen State Pedagogical University within the framework of the state assignment of the Ministry of Education of the Russian Federation "Development and testing of an integrated model for the correction of stress-induced mental disorders in children of SMO participants in a school setting" based on secondary comprehensive schools in Grozny. Methods: semi-structured interview to identify traumatic experiences; Beck Depression Inventory; Anxiety Scale (CMAS); Anger Expression Inventory (STAXI); Traumatic Event Impact Assessment Scale and Parental Questionnaire for Assessing Child Traumatic Experiences. Samples: experimental group – children from families of SMO participants (N=202), control group – children of civilians (N=53), parents – families of military personnel (N=203) and ordinary

families (N=82), group of expert teachers (N=23). Mathematical and statistical data processing included descriptive statistics, application of Kruskal – Wallis H-criterion and Spearman criterion.

Results. Manifestations of secondary mental trauma in children of SMO veterans were revealed in the form of psychosomatic symptoms, emotional disorders (anxiety, phobic, depressive), behavioral disorders and auto- and hetero-aggressive reactions, as well as a high degree of helplessness and confusion. The risk factors for secondary traumatization are determined: the loss of the main adaptation resource – emotional support from a significant adult – a veteran parent, the absence of a mental adaptation system in the form of constructive coping strategies.

Conclusions. Secondary mental traumatization of children is a complex phenomenon that includes not only direct "emotional infection" of the child by the affect of the traumatized parent, but also deeper systemic disorders in the veteran's family: destruction of secure attachment, dysfunctional parenting styles, pathological patterns of family communication and, in some cases, family violence.

Keywords: children of veterans, mental disorders, secondary mental trauma, anxiety, depression, aggression

■ ВВЕДЕНИЕ

В современных медицинских и психологических работах широко представлены исследования разнообразных негативных последствий боевой травмы для психического и соматического здоровья взрослых комбатантов, у которых часто развиваются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [1–3]. Чаще всего ПТСР у ветеранов связаны с последствиями боевого стресса и сопровождаются депрессивными и тревожными расстройствами, фобическими нарушениями, агрессивностью и враждебностью, самоизоляцией и снижением социальной активности, а также алкоголизмом, суицидальными тенденциями и соматическими симптомами [4–8].

Возвращаясь в условия мирной гражданской жизни, комбатант, имеющий те или иные стресс-обусловленные психические нарушения или ПТСР, привносит в свою семейную жизнь напряженность, враждебность, агрессивность, чувство вины, появление которых во многом связано с настороженным и даже враждебным отношением к нему со стороны гражданских лиц. В его психической деятельности продолжает звучать полученная на войне тяжелая психическая травма, окрашенная яркими негативными аффектами. Ветеран становится для своей семьи источником хронического напряжения, отталкивая близких утрированными реакциями, импульсивной агрессией, закрытостью, настороженностью и недоверием. Т.Г. Погодина и В.Д. Трошин приходят к выводу о том, что комбатант «заражает» своими невыносимыми переживаниями членов семьи; в качестве механизма «заражения» выступают механизмы подражания и индукции [9]. В результате члены семьи ветерана обнаруживают те же самые проявления ПТСР, которыми страдает комбатант [10]. У родных и близких ветерана, в частности у его детей, формируется вторичная психическая травма. Представление о вторичной психической травме, или о викарной травме, было введено в 1990 г. клиническими психологами Лизой Макканн и Лори Энн Перлман. Авторами

было замечено, что при общении с лицами, получившими тяжелую психическую травму, лечившие их врачи (терапевты) оказывались так глубоко вовлеченными в переживания своих пациентов, что сами начинали демонстрировать те же самые симптомы [11]. Феномен вторичной психической травмы был обнаружен и в отношении членов семей ветеранов военных конфликтов. При этом во многих последующих исследованиях было подтверждено соответствие симптомов ПТСР травмированного человека симптомам того, кто оказывает ему помощь [12].

Многими авторами отмечается, что для детей потенциально психотравмирующими ситуациями, способными вызвать нарушения посттравматического характера, являются не только такие стрессовые события, как насильственные преступления, сексуальное насилие, стихийные бедствия и войны, но и наблюдение страшных, жестоких сцен по телевидению, а также похороны или смерть близких. Последние попадают под категорию «вторичная психическая травма». Характеризуя вторичную психическую травму у детей, Роберт Мотта отмечает, что «ребенок не только оплакивает потерю членов семьи, но и может скорбеть о тех, кто скорбит», и в этом, по мнению автора, заключается суть вторичной травмы: «страдание из-за чужого горя». Автор приводит свои наблюдения: «У детей школьного возраста, которые становятся свидетелями того, как другие учащиеся страдают, могут развиваться свои собственные вторичные травматические реакции» [13]. Терр, например, описал эти вторичные травматические реакции в случае «заразного характера» детских травмирующих переживаний сверстников [14, 15].

По данным ряда авторов, этот вид психической травмы, а именно психическая боль при восприятии страданий близкого человека, является одним из наиболее распространенных у детей [16, 17]. Прежде всего дети откликаются симптомами психической травмы на пребывание рядом с травмированными родителями.

Дети, чьи родители были вовлечены в военные действия, могут испытывать вторичные травматические реакции в ответ на переживания своих родителей по поводу непосредственного участия или наблюдения боевых событий. Одним из первых систематических исследований в этой области было исследование Розенхека и Натана, которые обнаружили, что дети на эмоциональном уровне отражают травматические образы и страхи своих родителей, связанные с войной во Вьетнаме, и склонны воспроизводить эти переживания в фантазиях, снах, ночных кошмарах [18]. Розенхек отмечал, что дети ветеранов, которые были слишком близки со своими отцами, как правило, несли эмоциональное бремя отца в своей дальнейшей взрослой жизни, и это травматическое бремя повлияло на их собственный выбор карьеры, образа жизни и партнера [19]. В дальнейших работах были выявлены конкретные симптомы психических нарушений, формирующихся у детей в рамках вторичной психической травмы. Так, Уильямс обнаружил, что дети ветеранов страдали от депрессии, эмоционального отчуждения, поведенческих проблем и проблем, связанных со школой [20]. Суоцци и Мотта в своих дальнейших исследованиях показали, что симптомы вторичной психической травмы у детей были сходными при участии их отцов в различных военных конфликтах, связанных с последующим формированием ПТСР. Участие отца в боевых действиях в Афганистане приводило к формированию у его ребенка симптомов ПТСР, подобных симптомам у детей ветеранов Вьетнама [21].

Исследование Суоцци и Мотты позволило объективизировать явление вторичной травматизации у детей ветеранов боевых действий, которое обнаруживало себя

прежде всего высокой степенью психического напряжения и страха. Авторы установили, что повышенная бдительность и реакция испуга, характерные для ветеранов с положительным синдромом ПТСР, также появлялись у их детей уже в условиях мирной гражданской жизни. Этот феномен получил название «эмоциональное заражение», посредством которого, вероятно, и осуществляется вторичная травматизация детей ветеранов войны. Как пишут авторы, «это сильная, похожая на инфекцию реакция потомства на страдания своих родителей» [21]. Как было показано в целом ряде исследований, это страдание в ответ на реакцию родителей может оказывать большее психотравмирующее влияние на детей, чем реальная ситуация, которая породила опасность [22–24].

Данные отечественных исследователей также свидетельствуют о том, что формирование симптомов ПТСР у детей обусловлено эмоциональными реакциями их родителей на психическую травму [25]. В целом работы, посвященные вторичной психической травме у детей, в России носят единичный характер и содержат в себе лишь констатацию этого феномена, практически не раскрывая его содержания. Специфика детской вторичной психической травмы, в отличие от травмы взрослого человека, остается неизученной отечественными авторами, в частности в связи с наличием методологических трудностей. Так, например, в исследовании субъективного благополучия, качества жизни и состояния здоровья детей, чьи родители принимали участие в боевых действиях на фронтах СВО, М.М. Далгатов и К.А. Ахмедпашаева отмечают проблематичность выявления у них объективных симптомов психической травматизации в связи со склонностью к вытеснению травмирующих психику воспоминаний. На основании своих данных авторы делают вывод о наличии у детей ветеранов СВО выраженной защитной позиции, высоком уровне отрицания и вытеснения травмирующих событий. Дети, пытаясь исключить из воспоминаний и своей жизни травмирующий опыт, испытывают трудности его осознания и вербализации. В заключение констатируется низкий уровень субъективного благополучия и качества жизни детей с вторичной психической травмой [26].

Таким образом, опираясь на данные российских и зарубежных исследователей, можно констатировать, что феномен вторичной травматизации находит свое наиболее драматичное проявление в семейной системе, в частности в виде межпоколенческой передачи травмы [27]. Это указывает на то, что последствия экстремального стресса, пережитого одним поколением, не исчезают вместе с ним, а могут влиять на психическое здоровье, поведение и мировоззрение последующих поколений [10].

Центральным вопросом в исследованиях межпоколенческой передачи является то, что именно передается от родителя к ребенку. Здесь научные данные неоднозначны. Часть исследований указывает на прямую передачу специфической симптоматики ПТСР [28]. Другие работы, однако, показывают, что у детей чаще формируется более широкий, неспецифический спектр нарушений: генерализованная тревога, депрессия, соматические жалобы, агрессивное поведение и проблемы с социальной адаптацией [29]. Эта неоднозначность представляет собой важный научный пробел, в который данное исследование может внести существенный вклад. Благодаря использованию как специфических опросников для оценки стресс-обусловленных реакций (шкалы A, B, C, D, F), так и методик для измерения общего аффективного дистресса (шкала депрессии Бека, шкала тревоги SMASN), оно позволяет дифференцированно оценить структуру вторичной психической травмы у детей участников СВО.

Ключевым выводом, объединяющим большинство современных исследований, является то, что решающим фактором риска для развития вторичной психической травмы у ребенка является не сам факт участия отца в боевых действиях, а наличие у него клинически выраженного ПТСР [10].

Научные данные последних лет позволяют выделить ряд ключевых факторов риска формирования вторичной психической травмы у детей, к которым относятся: тяжесть протекания симптомов ПТСР у родителя [10]; наличие сопутствующих психических нарушений у родителей (злоупотребление психоактивными веществами, депрессия, агрессивное поведение и т. п.) [30]; проявление семейного насилия – один из самых разрушительных факторов [28]; высокий уровень семейной дисфункции, проявляющийся в низкой сплоченности между членами семьи, их конфликтности [31]; подверженность матери ребенка (жены ветерана боевых действий) повседневному и хроническому стрессу, переходящему в дистресс [32]; низкий социально-экономический статус семьи [30]; демографический фактор (некоторые исследования показывают, что мальчики могут быть более склонны к поведенческим проблемам, а девочки – к тревоге и депрессии) [33].

Содержание психологической помощи для индуцированных членов семей ветерана, получивших вторичную психическую травму, на сегодняшний день практически мало разработано. Между тем очевидно, что по мере возвращения военнослужащих из мест ведения боевых действий значительное количество гражданских лиц окажутся индуцированными, проявляя вторичную психическую травму в виде разнообразных нарушений здоровья. Возникнет острая потребность в психологической реабилитации индуцированных травмой близких ветеранов. В особенности это касается детей, как наиболее уязвимой части населения. Так, в ряде исследований, посвященных изучению особенностей протекания и проявления ПТСР у детей, переживших насилие, техногенные и природные катастрофы, боевые действия, показано, что в структуру детского ПТСР входят как базовые симптомы, патогномоничные для посттравматического состояния, так и специфические особенности, характерные для детей определенного возраста, в зависимости от стадии психического развития [34, 17]. При этом в литературе представлены разнообразные технологии психологической помощи детям различных возрастных групп [35].

В этой связи проблема изучения особенностей вторичной психической травмы у детей комбатантов и разработки конкретных направлений, методов, моделей оказания им психологической помощи представляется крайне актуальной.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение специфики проявления симптомов вторичной психической травмы у детей, а также эмпирическая проверка гипотезы о механизмах ее формирования путем сопоставления симптомов психических нарушений у детей и их родителей (участников боевых действий и их жен).

Гипотеза исследования заключалась в предположении о том, что выраженность симптомов вторичной психической травмы у детей участников СВО напрямую и положительно коррелирует с тяжестью симптомов психических нарушений у их родителей; при этом ведущим механизмом межпоколенческой передачи травматического опыта является эмоциональная индукция, которая реализуется и

усугубляется в контексте нарушенного семейного функционирования, вызванного стресс-индуцированным состоянием родителя.

Общая цель работы конкретизирована в ряде задач, среди которых: оценка психического, психосоматического, социально-психологического статуса детей военнослужащих – участников СВО; выявление объективных признаков нарушений здоровья и поведения детей комбатантов на основании оценок учителей, школьных психологов, родителей; выявление субъективных признаков нарушений здоровья детей участников боевых действий на основании экспериментально-психологических методов исследования; сопоставление симптомов психических нарушений у родителей с объективными и субъективными признаками нарушений здоровья и поведения их детей в семьях участников СВО; анализ психологического содержания симптомов нарушений детей; исследование биологических, психологических, социальных факторов, определяющих специфику вторичных психических травм у детей ветеранов с обоснованием наиболее вероятных механизмов вторичной травматизации детей.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование проводилось в 2025 г. научной группой Чеченского государственного педагогического университета в рамках государственного задания Министерства просвещения РФ «Разработка и апробация интегрированной модели коррекции стресс-обусловленных расстройств у травмированных детей участников СВО в условиях школы» на базе 12 средних общеобразовательных школ г. Грозного и других районов Чеченской Республики.

В качестве методологии исследования была определена современная биопсихосоциальная модель заболевания [36–38]. Анализ всего комплекса характеристик обследуемых проводился с учетом многоуровневого функционирования человека: на биологическом уровне – выявления соматических и психосоматических симптомов, склонности к химическим и нехимическим зависимостям; на психологическом уровне – всех изменяющихся под воздействием психической травмы параметров; на социальном уровне – вероятных признаков нарушений поведения, конфликтности, обострения взаимоотношений с окружающим миром, снижения школьной успеваемости и нарушений мотивационной сферы.

В исследование были включены следующие выборки: школьники из 12 школ г. Грозного и других районов Чеченской Республики обоего пола в возрасте от 12 до 15 лет, включая экспериментальную группу – детей участников СВО (N=202) и контрольную группу – детей гражданских лиц (N=53); матери (жены участников СВО) из семей военных (N=203) и обычных семей (N=82).

Эмпирические методики для школьной выборки включали: полуструктурированное интервью для выявления травматических переживаний; опросник выраженности гнева (STAXI); шкала депрессии Бека и шкала тревожности (CMAS). В диагностической работе с родителями (включая также и участников СВО) использовались: шкала оценки влияния травматического события и родительский опросник оценки травматических переживаний ребенка. Адаптированный вариант данной методики применялся также при процедуре экспертной оценки травматических реакций детей участников СВО с позиции их педагогов и классных руководителей. В общей сложности для экспертной оценки травматических реакций школьников было привлечено 23 педагога.

Математико-статистическая обработка данных включала описательную статистику, сравнительный анализ с использованием Н-критерия Краскела – Уоллиса, корреляционный анализ по Ч. Спирмену (SPSS v.27).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

В данном разделе представлен детальный анализ эмпирических данных, полученных в ходе исследования. Интерпретация результатов строится на основе статистических показателей и направлена на проверку гипотез, вытекающих из теоретического анализа проблемы вторичной психической травматизации.

Для сравнения уровня травматических переживаний у детей в зависимости от статуса их отца – участника СВО был применен Н-критерий Краскела – Уоллиса. Этот непараметрический метод является аналогом однофакторного дисперсионного анализа и используется для сравнения 3 и более независимых групп по уровню выраженности какого-либо признака. В данном исследовании независимой переменной выступает «опыт участия в СВО», который делит выборку на 5 групп (родитель в отпуске, периодическое участие в СВО, постоянное нахождение в зоне СВО, гибель родителя в зоне СВО, ранение/инвалидизация). Зависимыми переменными являются оценки по отдельным шкалам (А, В, С, D, F) и общему индексу посттравматической реакции, представленные в виде рангов. Средний ранг отражает положение группы относительно других: чем выше средний ранг, тем сильнее выражен исследуемый симптом в данной группе. Статистическая значимость различий определяется р-значимостью: значение $p < 0,05$ указывает на то, что различия между группами не случайны.

В табл. 1 представлены ранговые значения различий в экспертных оценках травматических переживаний детей в зависимости от статуса участия родителя в СВО. Статистически значимые различия между группами обнаружены только по одной шкале – А («немедленное реагирование»), которая описывает острые реакции тревоги, страха и растерянности детей ($N=13,003$, $p=0,011$). При этом обращает на себя внимание исключительно высокий средний ранг в группе детей, чей родитель погиб (137,93). Во всех остальных группах, вне зависимости от статуса отца (в отпуске, на передовой, ранен), средние ранги практически не различаются и колеблются в узком диапазоне 90–97. По другим, более скрытым и интернализированным симптомам (навязчивые мысли, избегание, возбудимость), а также по общему уровню посттравматических симптомов педагоги значимых различий между группами детей не фиксируют. Это позволяет сделать вывод, что внешние наблюдатели, такие как учителя, способны заметить психологическое неблагополучие ребенка только в случае его острых, ярко выраженных проявлений и лишь в ответ на наиболее катастрофическое и однозначное событие – гибель родителя. Повседневный стресс, связанный с участием отца в боевых действиях, и его более тонкие психологические последствия могут оставаться вне поля зрения школьной системы.

Вместе с этим картина, полученная на основе оценок специфики травматических переживаний детей со стороны родителей, разительно отличается (табл. 2). Здесь обнаруживаются высокосignимые различия не только по шкале А («немедленное реагирование») ($N=27,088$, $p=0,0001$), но и, что особенно важно, по общему индексу посттравматических реакций ($N=21,155$, $p=0,0001$). Как и в оценках учителей, максимальный уровень дистресса фиксируется у детей, переживших гибель отца (средние ранги 160,42 и 156,75 соответственно).

Таблица 1
Травматические переживания детей в зависимости от актуального статуса родителя – папы – участника СВО (экспертные оценки педагогов)
Table 1
Children’s traumatic experiences depending on the current status of the parent – father – participant of the SMO (expert assessments of teachers)

Параметр	Опыт участия в СВО	N	Средний ранг	H Краскела – Уоллиса	P-значимость
А (немедленное реагирование)	Родитель в отпуске	15	90,37	13,003	0,011
	Периодическое участие в СВО	88	93,96		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	47	95,97		
	Гибель родителя в зоне СВО	7	137,93		
	Ранение/инвалидизация	34	95,18		
В (навязчивое воспроизведение)	Родитель в отпуске	15	108,47	5,465	0,243
	Периодическое участие в СВО	88	93,34		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	47	94,86		
	Гибель родителя в зоне СВО	7	102,64		
	Ранение/инвалидизация	34	97,59		
С (избегание)	Родитель в отпуске	15	108,80	2,804	0,591
	Периодическое участие в СВО	88	95,22		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	47	92,47		
	Гибель родителя в зоне СВО	7	96,43		
	Ранение/инвалидизация	34	97,16		
D (возросшая возбудимость)	Родитель в отпуске	15	103,77	2,772	0,597
	Периодическое участие в СВО	88	92,54		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	47	96,07		
	Гибель родителя в зоне СВО	7	99,00		
	Ранение/инвалидизация	34	100,81		
F (нарушения функционирования)	Родитель в отпуске	15	107,80	8,628	0,071
	Периодическое участие в СВО	88	93,87		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	47	90,45		
	Гибель родителя в зоне СВО	7	102,64		
	Ранение/инвалидизация	34	102,62		
Общий индекс посттравматической реакции	Родитель в отпуске	15	105,23	7,703	0,103
	Периодическое участие в СВО	88	92,48		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	47	92,80		
	Гибель родителя в зоне СВО	7	129,00		
	Ранение/инвалидизация	34	98,66		
	Всего	191			

Анализ данных, представленных в табл. 1 и 2, приводит к важному выводу: родители детей участников СВО (особенно матери) являются гораздо более чувствительными в восприятии травматического состояния своих детей по сравнению с педагогами. Родители демонстрируют более выраженную способность видеть не только внешние, острые реакции, но и целостную картину внутреннего неблагополучия ребенка, его общий психологический дистресс. Этот феномен можно объяснить разницей в контексте наблюдения, когда учитель видит ребенка в структурированной, социальной среде школы, где ребенок может прилагать усилия для компенсации и

Таблица 2
Травматические переживания детей в зависимости от актуального статуса родителя – папы - участника СВО (экспертные оценки матерей)
Table 2
Children's traumatic experiences depending on the current status of the parent – father - participant of the SMO (expert assessments of mothers)

Параметр	Опыт участия в СВО	N	Сред- ний ранг	H Краскела – Уоллиса	P-значи- мость
А (немедленное реагирование)	Родитель в отпуске	14	90,46	27,088	0,0001
	Периодическое участие в СВО	86	94,07		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	51	93,31		
	Гибель родителя в зоне СВО	6	160,42		
	Ранение/инвалидизация	33	92,94		
В (навязчивое воспроизведе- ние)	Родитель в отпуске	14	97,61	2,630	0,622
	Периодическое участие в СВО	86	94,30		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	51	94,70		
	Гибель родителя в зоне СВО	6	107,00		
	Ранение/инвалидизация	33	96,89		
С (избегание)	Родитель в отпуске	14	93,68	5,553	0,235
	Периодическое участие в СВО	86	92,65		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	51	96,12		
	Гибель родителя в зоне СВО	6	117,92		
	Ранение/инвалидизация	33	98,68		
D (возросшая возбудимость)	Родитель в отпуске	14	93,93	0,824	0,935
	Периодическое участие в СВО	86	94,20		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	51	96,75		
	Гибель родителя в зоне СВО	6	102,50		
	Ранение/инвалидизация	33	96,36		
F (нарушения функциониро- вания)	Родитель в отпуске	14	103,57	2,403	0,662
	Периодическое участие в СВО	86	94,45		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	51	95,64		
	Гибель родителя в зоне СВО	6	90,00		
	Ранение/инвалидизация	33	95,61		
Общий индекс посттравмати- ческой реакции	Родитель в отпуске	14	95,32	21,155	0,0001
	Периодическое участие в СВО	86	92,13		
	Постоянное нахождение в зоне СВО	51	95,06		
	Гибель родителя в зоне СВО	6	156,75		
	Ранение/инвалидизация	33	93,91		
	Всего	190			

сокрытия своих переживаний, чтобы соответствовать социальным нормам и этикету поведения. Родитель же (особенно мама) наблюдает ребенка в интимной, безопас-
ной домашней обстановке, где психопатологические симптомы (например, ночные
кошмары, раздражительность, отстраненность) проявляются в полной мере. Су-
щественное расхождение между внешним (школьным) и внутренним (семейным)
проявлением детской травмы имеет прямое практическое следствие: опора исклю-
чительно на данные из образовательных учреждений может привести к массовой
гиподиагностике и недооценке реального масштаба проблемы. Для эффективного

скрининга и выявления детей, нуждающихся в помощи, необходимо в первую очередь использовать опросники, заполняемые родителями, что еще раз подтверждает их ключевую роль в семейной системе.

Для изучения взаимосвязей между переживаниями травматического характера и тревожно-депрессивными реакциями детей использовался коэффициент корреляции Спирмена (r), который позволил измерить силу и направленность линейной связи между 2 количественными переменными у школьников, относящихся к семьям как участников СВО, так и родителей гражданских специальностей (табл. 3).

Как видно из табл. 3, в группе детей участников СВО наблюдается четкая и однозначная картина: все без исключения критерии травматического стресса, диагностированные при помощи полуструктурированного интервью для выявления травматических переживаний детей (А, В, С, D, F, ПТС), имеют умеренные, положительные и статистически значимые ($p=0,0001$) корреляции с показателями депрессии и тревоги. Коэффициенты

Таблица 3
Взаимосвязи травматических переживаний и тревожно-депрессивных реакций детей
Table 3
Interrelations between traumatic experiences and anxiety-depressive reactions in children

Фактор СВО			Уровень депрес- сии по Беку	Уровень тревожно- сти (CMASN)
Дети участ- ников СВО	А (немедленное реагирование)	r	0,391	0,330
		p	0,0001	0,0001
	В (навязчивое воспроизведение)	r	0,419	0,349
		p	0,0001	0,0001
	С (избегание)	r	0,266	0,361
		p	0,0001	0,0001
	D (возросшая возбудимость)	r	0,412	0,420
		p	0,0001	0,0001
	F (нарушения функционирования)	r	0,359	0,403
		p	0,0001	0,0001
Дети граж- данских	Общий индекс посттравматической реакции	r	0,276	0,356
		p	0,0001	0,0001
	А (немедленное реагирование)	N	202	203
	А (немедленное реагирование)	r	0,112	0,165
		p	0,320	0,139
	В (навязчивое воспроизведение)	r	0,114	0,117
		p	0,312	0,293
	С (избегание)	r	0,189	0,223
		p	0,092	0,044
	D (возросшая возбудимость)	r	0,222	0,292
		p	0,047	0,008
	F (нарушения функционирования)	r	0,257	0,315
		p	0,020	0,004
	Общий индекс посттравматической реакции	r	0,169	0,224
		p	0,132	0,043
		N	81	82

Примечание: r – коэффициент корреляции Спирмена, p – статистическая значимость.

варьируются от $r=0,266$ до $r=0,420$. Это означает, что у детей участников СВО реакции посттравматического характера не проявляются изолированно, они тесно сплетены с общим аффективным неблагополучием, формируя единый, коморбидный синдром дистресса. Чем сильнее у ребенка выражены симптомы вторичной травмы, тем выше у него уровень тревоги и депрессии. Напротив, в группе детей гражданских лиц эта связь гораздо слабее и носит фрагментарный характер, а большинство корреляций статистически незначимы. Это сравнение убедительно доказывает, что в группе детей участников СВО связь «вторичная травма → тревога/депрессия» является системной и более выраженной, в то время как в контрольной группе она случайна и не выражена.

Далее представлены наиболее важные данные исследования, показывающие корреляционную связь между травматическими переживаниями родителей и их детей (табл. 4).

Таблица 4
Взаимосвязи травматических переживаний детей и их родителей
Table 4
Interrelations between traumatic experiences of children and their parents

Фактор СВО			Признаки вторжения у родителей	Признаки избегания у родителей	Признаки гиперактивности у родителей	Индекс посттравматических симптомов у родителей
Дети участников СВО и их родители	А (немедленное реагирование)	r	0,401	0,437	0,406	0,426
		p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	В (навязчивое воспроизведение)	r	0,380	0,416	0,408	0,406
		p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	С (избегание)	r	0,210	0,264	,325	0,232
		p	0,005	0,0001	0,0001	0,002
	D (возросшая возбудимость)	r	0,416	0,454	0,448	0,442
		p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	F (нарушения функционирования)	r	0,368	0,401	0,418	0,395
		p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Дети гражданских и их родители	Общий индекс посттравматической реакции	r	0,386	0,443	0,445	0,405
		p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	А (немедленное реагирование)	r	0,277	0,211	0,224	0,243
		p	0,045	0,128	0,107	0,080
	В (навязчивое воспроизведение)	r	0,326	0,253	0,277	0,288
		p	0,017	0,068	0,045	0,037
	С (избегание)	r	0,364	0,305	0,344	0,353
		p	0,007	0,027	0,012	0,010
	D (возросшая возбудимость)	r	0,331	0,242	0,285	0,312
		p	0,016	0,081	0,039	0,023
	F (нарушения функционирования)	r	0,303	0,203	0,230	0,250
		p	0,028	0,145	0,098	0,070
	Общий индекс посттравматической реакции	r	0,357	0,276	0,306	0,327
		p	0,009	0,046	0,026	0,017
		N	53	53	53	53

Примечание: r – коэффициент корреляции Спирмена, p – статистическая значимость.

Как следует из результатов корреляционного анализа, практически все симптомы травматических переживаний детей участников СВО (шкалы A, B, C, D, F, ПТС), выявленные в ходе индивидуальной диагностики, имеют умеренные и сильные, положительные и статистически значимые (в основном $p=0,0001$) корреляции с симптомами психических нарушений у их родителей (вторжение, избегание, гиперактивность, общий индекс). Это является прямым эмпирическим подтверждением механизма «эмоционального заражения», или индукции, о котором говорится в теоретической части. Симптоматика родителя напрямую отражается в симптоматике ребенка: чем тяжелее состояние родителя, тем более выражены проявления вторичной психической травмы у его сына или дочери. При этом в контрольной группе детей гражданских лиц эти корреляции значительно слабее, менее последовательны и часто статистически незначимы.

Полученные данные, доказывающие прямую корреляционную связь между травматическими переживаниями родителей и их детей, убедительно подтверждают гипотезу об эмоциональной индукции. Однако, чтобы понять, как именно этот индуцированный дистресс проявляется в поведении ребенка, необходимо также проанализировать его связь с конкретными эмоциональными и поведенческими реакциями. Одной из наиболее частых и деструктивных манифестаций детской травмы является нарушение регуляции агрессии. В табл. 5 представлен корреляционный анализ, исследующий взаимосвязь между симптомами травматических переживаний детей и различными формами проявления гнева.

Анализ данных, представленных в табл. 5, раскрывает еще один ключевой аспект вторичной травматизации. В группе детей участников СВО наблюдается системная, статистически значимая положительная корреляция между практически всеми посттравматическими реакциями (шкалы A, B, C, D, F) и показателями гнева и раздражительности. Особенно сильные связи прослеживаются между травматическими переживаниями и такими чертами, как «склонность к раздражительности и гневу» (r до 0,420), «гнев-темперамент» (r до 0,378) и «гнев-реакция» (r до 0,377), где все r -значения стремятся к нулю. Это указывает на то, что детские переживания травматического характера напрямую связаны с повышением склонности к проявлению гнева и раздражительности. Важно отметить, что значимые корреляции также выявлены для «экспрессии гнева внутрь», что говорит о тенденции детей направлять агрессию на самих себя. При этом связь между психической травмой и контролем гнева отсутствует (все $p>0,05$), что свидетельствует о нарушении механизмов саморегуляции.

Напротив, в контрольной группе детей гражданских лиц подобная системная связь отсутствует, а большинство корреляций между симптомами стресса и агрессивными реакциями статистически незначимы. Более того, наблюдается парадоксальная картина: общий уровень посттравматических симптомов в этой группе имеет значимую положительную корреляцию с «контролем экспрессии гнева» ($r=0,319$, $p=0,003$). Это может означать, что в обычных условиях столкновение с умеренным стрессом может, наоборот, способствовать развитию навыков самоконтроля, в то время как в условиях вторичной травматизации эти механизмы разрушаются.

Интегративный анализ всех статистических данных позволяет выстроить целостную, эмпирически обоснованную каузальную цепочку развития признаков вторичной травматизации у детей в семьях участников СВО.

Таблица 5
Взаимосвязи агрессивных реакций с проявлениями травматических переживаний детей
Table 5
Interrelations of aggressive reactions with manifestations of traumatic experiences in children

Фактор СВО			А (не-мед-ленное реагирование)	В (на-вязчивое воспроизведение)	С (из-бегание)	Д (воз-росшая возбу-димость)	Е (на-рушения функци-онирова-ния)	Общий индекс посттрав-матической реакции
Дети участников СВО	Сиюминутное состояние гнева	r	0,333	0,292	0,174	0,289	0,269	0,254
		p	0,0001	0,0001	0,013	0,0001	0,0001	0,0001
	Склонности к раздражительности и гневу	r	0,420	0,387	0,242	0,337	0,339	0,362
		p	0,0001	0,0001	0,001	0,0001	0,0001	0,0001
	Гнев-темперамент	r	0,378	0,367	0,269	0,350	0,326	0,347
		p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Гнев-реакция	r	0,377	0,344	0,255	0,289	0,308	0,344
		p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Экспрессия гнева внутри	r	0,301	0,286	0,214	0,220	0,226	0,240
		p	0,0001	0,0001	0,002	0,002	0,001	0,001
	Экспрессия гнева вовне	r	0,176	0,167	0,143	0,129	0,119	0,113
		p	0,012	0,018	0,043	0,067	0,094	0,109
	Контроль эксп-рессии гнева	r	-0,018	-0,046	-0,008	-0,111	-0,107	-0,033
		p	0,804	0,515	0,915	0,115	0,130	0,646
		N	201	201	201	201	201	201
Дети гражданских	Сиюминутное состояние гнева	r	0,007	-0,093	-0,064	-0,021	0,042	-0,094
		p	0,954	0,404	0,566	0,852	0,710	0,401
	Склонности к раздражительности и гневу	r	0,123	0,101	0,077	0,202	0,172	0,112
		p	0,272	0,366	0,493	0,069	0,123	0,317
	Гнев-темперамент	r	0,160	0,094	0,077	0,245	0,197	0,112
		p	0,151	0,401	0,492	0,026	0,076	0,318
	Гнев-реакция	r	0,154	0,191	0,172	0,227	0,206	0,193
		p	0,166	0,086	0,121	0,040	0,063	0,082
	Экспрессия гнева внутри	r	0,174	0,131	0,167	0,222	0,209	0,182
		p	0,118	0,242	0,134	0,045	0,059	0,102
	Экспрессия гнева вовне	r	0,205	0,294	0,153	0,276	0,206	0,222
		p	0,064	0,007	0,171	0,012	0,063	0,045
	Контроль эксп-рессии гнева	r	0,253	0,248	0,285	0,256	0,180	0,319
		p	0,022	0,025	0,009	0,020	0,106	0,003
		N	82	82	82	82	82	82

Так, полученные данные говорят не только о прямой взаимосвязи между травматическим стрессом родителей и их детей, свидетельствующей об «эмоциональном заражении» последних, но и о влиянии на развитие у несовершеннолетних в семьях участников боевых действий коморбидных тревожно-депрессивных расстройств. При этом оценка травматических переживаний детей с разных точек зрения (внешней – со стороны педагогов и внутренней – со стороны родителей) показывает, что высокая выраженность реакций посттравматического характера наблюдается при

переживании ребенком непосредственно психотравмирующего события, связанного с гибелью в зоне СВО родителя.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение вторичной психической травматизации у детей участников СВО в условиях затяжного воздействия военного стресса на семью является крайне актуальным направлением современной психологии. Результаты проведенного исследования подтверждают и расширяют существующие представления о механизмах межпоколенческой передачи травмы, описанных в работах разных авторов [9, 11], и демонстрируют, что вторичная психическая травма у детей носит комплексный, коморбидный характер, проявляясь как совокупность стресс-обусловленных и сочетанных аффективных симптомов.

Полученные данные позволяют констатировать, что у детей участников СВО стресс-обусловленные симптомы не изолированы, а тесно взаимосвязаны с тревожно-депрессивными реакциями, формируя единый синдром эмоционального неблагополучия. Положительные корреляции между показателями симптоматики травматического стресса и уровнями тревоги и депрессии (r варьируется от 0,266 до 0,420 при $p=0,0001$) подтверждают этот вывод. Такая коморбидность согласуется с результатами исследований [29], которые показывают, что детская психика особенно уязвима к эффекту «эмоционального заражения» и склонна реагировать на травматический фон близких генерализованным дистрессом.

Особого внимания заслуживает выявленная высокая сопряженность симптомов ПТСР у родителей и стресс-обусловленных реакций их детей: коэффициенты корреляции достигают 0,40–0,45 ($p<0,001$) по всем кластерам симптомов. Это является эмпирическим подтверждением гипотезы о ведущей роли механизма эмоциональной индукции в развитии вторичной психической травмы у детей. Таким образом, посттравматические переживания родителя выступают значимым детерминантом детского неблагополучия, что согласуется с выводами зарубежных исследователей о критической роли семейного контекста и психического состояния значимых взрослых в формировании детских стрессовых расстройств [10, 28].

Интересным и практически значимым является выявленное расхождение в восприятии детской травмы со стороны разных наблюдателей: педагоги фиксируют лишь острые, внешне проявленные реакции (например, тревогу и растерянность по шкале А) и преимущественно при экстремальном стрессоре (гибель отца), тогда как родители (матери) обнаруживают системное нарушение состояния ребенка, включая общий дистресс. Эта разница указывает на высокий риск гиподиагностики при опоре исключительно на данные школы и подтверждает необходимость привлечения родителей к процессу психолого-педагогической оценки.

Полученные результаты согласуются с современными концепциями интергенерационной передачи травмы, утверждающими, что длительное воздействие постбоевого стресса одного члена семьи трансформируется в эмоциональные и поведенческие нарушения у другого [39, 31]. В то же время, как показывают данные настоящего исследования, усиление симптоматики у детей отмечается преимущественно в семьях с наиболее тяжелыми формами травматического опыта (гибель, инвалидизация отца), тогда как фактор периодического участия в боевых действиях имеет менее

выраженный эффект. Это подтверждает роль стрессовой нагрузки как кумулятивного фактора риска.

В целом результаты исследования позволяют утверждать, что вторичная психическая травматизация у детей участников СВО реализуется через комплекс механизмов, среди которых ведущими выступают эмоциональная индукция и нарушение семейного функционирования, а модифицирующими – социально-демографические и индивидуально-психологические факторы. Такая модель согласуется с биопсихосоциальной парадигмой [36, 37] и требует разработки комплексных программ психологической помощи, ориентированных на всю семейную систему, включая работу с матерями как ключевыми носителями протективных ресурсов.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование, сочетающее в себе теоретический анализ и оригинальные эмпирические данные, вносит вклад в понимание сложного и социально значимого феномена вторичной психической травмы у детей участников боевых действий. Проведенный анализ актуальных научных источников позволил систематизировать знания об эволюции концепций викарной, вторичной травмы, выявить механизмы межпоколенческой передачи стресса и определить факторы риска и устойчивости в семьях военнослужащих. Также теоретический анализ показал, что вторичная психическая травматизация детей является многофакторным процессом, в основе которого лежит не только прямое «эмоциональное заражение» аффектом травмированного родителя, но и более глубокие системные нарушения: деструкция безопасной привязанности, дисфункциональные стили воспитания, патологические паттерны семейной коммуникации и, в ряде случаев, семейное насилие. При этом эмпирическим путем было установлено, что значимым протективным фактором, способным смягчить негативное влияние отцовского ПТСР, является психическое благополучие матери и наличие теплых, поддерживающих отношений в диаде «мать – ребенок».

Полученные эмпирические данные позволили:

1. Установить значительное расхождение в восприятии детской травмы со стороны разных наблюдателей, указывающих на то, что педагоги способны зафиксировать лишь острые, внешне проявленные реакции ребенка и только в ответ на наиболее тяжелый стрессор (гибель отца), в то время как непосредственные родители (мамы) видят полную и более точную картину общего травматического дистресса.
2. Доказать системную связь между вторичной травмой и аффективными расстройствами у детей участников СВО, свидетельствующую о том, что стресс-индуцированные симптомы положительно коррелируют с уровнем тревоги и депрессии, формируя единый синдром.
3. Эмпирически подтвердить механизм «индукции», при котором отмечается статистически значимая связь положительной направленности между выраженностью симптомов ПТСР родителей и уровнем вторичных симптомов психической травматизации у их детей.
4. Выявить, что вторичная психическая травма у детей участников СВО тесно сопряжена с дисфункцией системы регуляции гнева. Усиление стресс-индуцированных симптомов напрямую коррелирует с ростом раздражительности, гневливости и аутоагрессии, при этом способность контролировать гнев не развивается. Данный паттерн специфичен именно для группы детей ветеранов и не наблюдается

в контрольной группе, что подтверждает, что нарушение регуляции агрессивных импульсов является одним из ключевых клинических проявлений вторичной психической травматизации.

В совокупности полученные результаты позволяют выстроить доказательную модель вторичной психической травматизации: стресс-обусловленные переживания родителей через механизмы индукции и нарушения семейного функционирования напрямую способствуют развитию у ребенка симптомокомплекса вторичного травматического стресса, который в свою очередь тесно связан с формированием у него тревожных и депрессивных расстройств.

Также полученные данные позволяют сформулировать ряд практических рекомендаций для системы психологической помощи семьям военнослужащих:

- в рамках оказания психологической поддержки семьям участников СВО необходим учет семейно-центрированной модели помощи, при которой психокоррекционные и психотерапевтические вмешательства должны быть направлены не на изолированную работу с ветераном или ребенком, а на всю семейную систему в целом;
- в работе с детьми участников СВО необходим приоритет психологической поддержки жен военнослужащих (матерей их детей), так как они играют центральную роль как в предотвращении эмоционального заражения юных членов семьи, так и в более точной диагностике их психоэмоционального состояния;
- для своевременного выявления детей из группы риска требуется внедрять скрининговые инструменты, предназначенные для заполнения в первую очередь родителями (матерями), а также школьными специалистами;
- программы психологической помощи детям должны включать в себя не только работу с симптомами психической травмы, но и развитие навыков эмоциональной регуляции, конструктивных копинг-стратегий и повышение общей психологической устойчивости. Важным компонентом подобных программ может стать психообразование для всей семьи, направленное на понимание природы стресс-обусловленных психических нарушений и их влияния на семейные отношения.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Grevtsova T.E. Everyday life of the Afghan war (1979–1989) in the memoirs of its participants. *The New Past*. 2019;3:80–97. doi: 10.23683/2500-3224-2019-3-80-97. (in Russian)
2. Lytkin V.M., Zun S.A., Kolodin S.N., Yatmanov A.N. Post-combat personality changes in combat veterans. *Psychology and psychotechnics*. 2024;4:83–99. doi: 10.7256/2454-0722.2024.4.69677. (in Russian)
3. Chukanov E.G., Blaginin A.A. Features of mental health and resilience (viability) of combatants at different stages of their life path. *Bulletin of the Leningrad State University named after A.S. Pushkin*. 2024;2:310–328. doi: 10.35231/18186653_2024_2_310. (in Russian)
4. Tarabrina N.V. Psychological consequences of exposure to high-intensity stressors: post-traumatic stress. *Psychological journal*. 2012;33(6):20–33. (in Russian)
5. Terekhova T.A., Fontalova N.S. Influence of combat stress on the mental health state of military action participants. *Psychology in economics and management*. 2014;1:71–75. (in Russian)
6. Bobyk O.A. The problem of the influence of wartime stress on the condition of patients with mental and behavioral disorders. *Medical Bulletin of the South of Russia*. 2023;14(2):52–55. doi: 10.21886/2219-8075-2023-14-2-52-55. (in Russian)
7. Osadchaya E.V., Tataeva R.K. The severity of post-traumatic stress disorders in veterans of the Afghan war. *Human psychology in education*. 2024;6(1):92–99. doi: 10.33910/2686-9527-2024-6-1-92-99. (in Russian)
8. Karayani A.G. Combat stress: problems of definition and classification. *Bulletin of the Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia*. 2024;1:254–264. doi: 10.24412/2073-0454-2024-1-254-264. (in Russian)
9. Pogodina T.G., Troshin V.D. Dynamics of neuropsychiatric disorders in combatants. *Bulletin of the Ivanovo Medical Academy*. 2009;14(1):26–32. (in Russian)
10. El-Khalil C., Tudor D.C., Nedelcea C. Impact of intergenerational trauma on second-generation descendants: a systematic review. *BMC Psychol*. 2025;13(1):668. doi: 10.1186/s40359-025-03012-4

11. McCann I.L. *Psychological Trauma and the Adult Survivor: Theory, Therapy, and Transformation*. Brunner/Mazel; 1990.
12. Cieslak R., Shoji K., Douglas A., et al. A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychol Serv*. 2014;11(1):75–86. doi: 10.1037/a0033798
13. Motta R.W. *Secondary Trauma*. Hempstead: NY; 2023. 189 p.
14. Terr L.C. Psychic trauma in children: Observations following the Chowchilla school-bus kidnapping. *The American Journal of Psychiatry*. 1981;138(1):14–19. doi: 10.1176/ajp.138.1.14
15. Terr L. Forbidden games-Post-traumatic child's play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1981;20:741–760.
16. Berkovskaya M.I., Bryazgunov I.P., Mikhailov A.I. Evaluation of short-term therapy for stress disorders in the acute period of emotional trauma. In: *Children of Russia: violence and protection*. Moscow: Novyi otschet; 1997. P. 149–152. (in Russian)
17. Esina O.B. Features of clinical manifestations of post-traumatic stress disorder in children. *Ural Medical Journal*. 2020;11(194):39–45. doi: 10.25694/URMJ.2020.11.16 (in Russian)
18. Rosenheck R., Nathan P. Secondary traumatization in children of Vietnam Veterans. *Hospital and Community Psychiatry*. 1985;36(5):538–539.
19. Rosenheck R. Impact of posttraumatic stress disorder or World War II on the next generation. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1986;174(6):319–327.
20. Williams C.M., Williams T. Family therapy for Vietnam veterans. In: Williams T., editor. *Posttraumatic stress disorder: A handbook for clinicians*. Disabled American Veterans; 1987. P. 221–231.
21. Suozzi J.M., Motta R.W. The Relationship Between Combat Exposure and the Transfer of Trauma-like Symptoms to Offspring of Veterans. *Traumatology*. 2004;10(1):17–37. doi: 10.1177/153476560401000103
22. Freud A., Burlingham D. *War and children*. Report 12 in the writings of Anna Freud Vol. 3. International Universities Press; 1942.
23. Motta R.W. *Altered: A trauma and PTSD casebook*. Kindle Direct Publishing; 2021.
24. Ziv A., Israeli R. Effects of bombardment on the manifest anxiety level of children living in kibbutzim. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1973;40:187.
25. Esina O.B. Post-traumatic stress disorder in children: psychosocial factors of formation, clinical characteristics and diagnostic problems. Thesis. Saint-Petersburg; 2017. (in Russian)
26. Dalgatov M.M., Akhmedpashaeva K.A. Chatbot "my compass" – a new tool for online self-diagnosis of the state of respondents in territories affected by hostilities. In: Dalgatov M.M., Magomedkhanova U.Sh., editors. *Actual problems of psychological support for families of military personnel mobilized for the SVO*. Makhachkala: ALEF; 2024. P. 15–24. doi: 10.33580/9785002127825. (in Russian)
27. Cacace A., Summers S.J. Intergenerational Trauma in Phenomenological Research – A Systematic Review. *Journal of Loss and Trauma*. 2025:1–36. doi: 10.1080/15325024.2025.2490917
28. Bowe C., Thomas C., Mackey P. Perspective to Practice: Theoretical Frameworks Explaining Intergenerational Trauma, Violence, and Maltreatment and Implications for the Therapeutic Response. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(3):321. doi: 10.3390/ijerph22030321
29. Hamzeh M., Taheri M., Kolbadi R., Moradi R. Secondary-traumatic stress and academic self-concept in children of veterans: A cross-sectional study. *J Nurs Adv Clin Sci*. 2024;1(1):24–30. doi: 10.32598/JNACS.2401.1006
30. Psychology Writing. Secondary Post-Traumatic Stress Disorder in Military Families. 2025. Available at: <https://psychologywriting.com/secondary-post-traumatic-stress-disorder-in-military-families/> (accessed 2 September 2025).
31. Reese E.M., Barlow M.J., Dillon M., et al. Intergenerational Transmission of Trauma: The Mediating Effects of Family Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(10):5944. doi: 10.3390/ijerph19105944
32. Mutuyimana C., Wen J. Intergenerational associations of resilience and traumatic exposure with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms. *International Journal of Mental Health*. 2025:1–13. doi: 10.1080/00207411.2025.2526219
33. Olff M., Hein I., Amstadter A.B., et al. The impact of trauma and how to intervene: a narrative review of psychotraumatology over the past 15 years. *Eur J Psychotraumatol*. 2025;16(1):2458406. doi: 10.1080/2008066.2025.2458406
34. Silenok I.K. Characteristics of post-traumatic syndrome in adolescents. *Bulletin of Adyge State University. Series 3: Pedagogy and Psychology*. 2013;3(123):134–141. (in Russian)
35. Dobryakov I.V. Stress disorders in children and adolescents: methodological recommendations. Saint-Petersburg: NMITS PN im. V.M. Bekhtereva; 2022. 23 p. (in Russian)
36. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. 40 years of the biopsychosocial model: what's new? *Social psychology and society*. 2017;8(4):8–31. doi: 10.17759/sps.2017080402. (in Russian)
37. Neznanov N.G., Rukavishnikov G.V., Kasyanov E.D., et al. The biopsychosocial model in psychiatry as an optimal paradigm for modern biomedical research. *Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev*. 2020;2:3–15. doi: 10.31363/2313-7053-2020-2-3-15. (in Russian)
38. Abramov V.A., Melnichenko V.V., Babura E.V. The biopsychosocial model in psychiatry: an anthropo-synergetic view of the problem (communication No. 1). *Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev*. 2024;58:2:8–19. doi: 10.31363/2313-7053-2024-2-835. (in Russian)
39. Yehuda R., Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*. 2018;17(3):243–257. doi: 10.1002/wps.20568