






МРНТИ 15.81.61

10.51889/2959-5967.2025.85.4.020

Н.М. Суюндыкова *¹  Н.Б. Есимов²  Н.Т. Измаилова³  А.Д. Есимова⁴ 
К. Ф. Син⁵ 

¹Казахский национальный педагогический университет имени Абая, Алматы, Казахстан

²Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Алматы, Казахстан

³Caspian University, Алматы, Казахстан

⁴Казахский национальный университет имени аль-Фараби, Алматы, Казахстан

⁵Education University of Hong Kong Гонконг, Китай

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (НА ПРИМЕРЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ АГРЕССИИ)

Аннотация

В статье представлен клинико-психологический анализ посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и его влияния на психическое и поведенческое здоровье. Теоретический обзор показывает высокую коморбидность ПТСР и комплексного ПТСР (КПТСР) с депрессивными, тревожными и аддиктивными расстройствами, а также их связь с нарушениями эмоциональной регуляции и агрессивным поведением. Эмпирическая часть исследования основана на выборке из 398 родителей и выявляет взаимосвязь между опытом детского насилия, симптомами ПТСР во взрослом возрасте и воспроизведением насильственных воспитательных практик. В статье предложена клинико-психологическая модель межпоколенческой трансляции психической травмы, демонстрирующая, что нерешённый травматический опыт становится фактором риска агрессивного и девиантного поведения во взрослом родительском функционировании. Новизна исследования заключается в интеграции теоретических и эмпирических данных в локальном (казахстанском) социокультурном контексте и обосновании необходимости внедрения программ ранней диагностики и психопрофилактики ПТСР.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, психическое здоровье, поведенческое здоровье, родительская агрессия.

Н.М. Сүйіндікова*¹, Н.Б. Есімов², Н.Т. Измайлова³, А.Д. Есімова⁴, К. Ф. Син⁵

¹Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті, Алматы, Қазақстан

²Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы, Алматы, Қазақстан

³Каспий университеті, Алматы, Қазақстан

⁴Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан

⁵Гонконг білім беру университеті, Гонконг, Қытай

ПОСТТРАВМАТИКАЛЫҚ СТРЕСС БҰЗЫЛЫСЫ, ОНЫҢ ПСИХИКАЛЫҚ ЖӘНЕ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ: КЛИНИКАЛЫҚ-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУ (АТА-АНА АГРЕССИЯСЫ МЫСАЛЫНДА)

Андатпа

Мақалада посттравматикалық стресс бұзылысының (ПТСБ) психикалық және мінез-құлық денсаулығына әсеріне клиникалық-психологиялық талдау ұсынылған. ПТСБ және күрделі ПТСБ феномендеріне теориялық шолу мен олардың депрессия, үрей және аддиктивті

бұзылыстармен жоғары коморбидтілігін, сондай-ақ эмоциялық реттелудің бұзылуы мен агрессивті мінез-құлықпен байланысын көрсетеді. Эмпирикалық бөлім 398 ата-ананы құрайтын таңдамаға негізделіп, балалық шақтағы зорлық-зомбылық тәжірибесі, ересек жастағы ПТСБ симптомдары және зорлық-зомбылыққа негізделген тәрбиелік тәжірибелердің арасындағы байланысын анықтады. Мақалада психикалық травманың ұрпақаралық трансляциясының клиникалық-психологиялық моделі ұсынылған. Зерттеудің жаңалығы – теориялық және эмпирикалық деректерді Қазақстанның әлеуметтік-мәдени контекстінде біріктіру және ПТСБ-ды ерте диагностикалау мен психопрофилактика бағдарламаларын енгізу қажеттілігін негіздеу.

Түйін сөздер: посттравматикалық стресс бұзылысы, психикалық денсаулық, мінез-құлық денсаулығы, ата-ана агрессиясы.

*N.M. Suyundykova*¹, N.B. Yesimov², N.T. Izmailova³, A.D. Yesimova⁴, K. F. Sin⁵*

¹Abai Kazakh National Pedagogical University, Almaty, Kazakhstan

²Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Almaty, Kazakhstan

³Caspian University, Almaty, Kazakhstan

⁴Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan

⁵Education University of Hong Kong, Hong Kong, China

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND ITS IMPACT ON MENTAL, BEHAVIORAL HEALTH: A CLINICAL-PSYCHOLOGICAL ANALYSIS (BASED ON THE EXAMPLE OF PARENTAL AGGRESSION)

Abstract

The article presents a clinical-psychological analysis of post-traumatic stress disorder (PTSD) and its impact on mental and behavioral health. The theoretical review highlights the high comorbidity of PTSD and complex PTSD (CPTSD) with depressive, anxiety, and addictive disorders, as well as their link to emotional dysregulation and aggressive behavior. The empirical part of the study, based on a sample of 398 parents, demonstrates the correlation between childhood experiences of violence, PTSD symptoms in adulthood, and the reproduction of violent parenting practices. The paper introduces a clinical-psychological model of intergenerational transmission of trauma, showing how unresolved traumatic experiences become risk factors for aggressive and deviant parental behavior. The novelty of the study lies in integrating theoretical and empirical data within the sociocultural context of Kazakhstan and substantiating the need for early diagnosis and prevention programs for PTSD.

Keywords: post-traumatic stress disorder, mental health, behavioral health, intergenerational trauma, parental aggression.

Введение. Психологическая травма в контексте клинической психологии трактуется как результат воздействия экстремального стрессогенного события или серии событий, превосходящих адаптационные и когнитивно-эмоциональные ресурсы личности. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой комплексный психопатологический синдром, развивающийся вследствие угрозы физической или психологической целостности, с характерными проявлениями выраженного дистресса, ощущением беспомощности, потерей контроля и нарушением чувства безопасности. Травматизация оказывает дестабилизирующее воздействие на интегративные механизмы саморегуляции, включая смысловой, аффективный и соматический уровни. Нарушается координация между когнитивной переработкой травматического опыта, эмоциональной модуляцией и телесной (организмической) реактивностью, что приводит к формированию устойчивой дисрегуляции на множественных уровнях психической организации [1, с. 58–63].

При ПТСР становится хронической, что приводит к гиперактивации стресс-реализующих систем и формированию стойкой психопатологии (Всемирная организация здравоохранения, 2024) [2].

Согласно данным международных эпидемиологических исследований, ПТСР представляет серьезную проблему общественного и поведенческого здоровья. Информационный бюллетень ВОЗ указывает, что во всем мире около 3,9 % населения сталкиваются с ПТСР хотя бы однажды в жизни, а годовая распространенность в стабильных обществах составляет 1-6 % среди взрослого населения [2]. По данным World Mental Health Surveys (1989–2019), пожизненная распространенность ПТСР составляет 3,9 %, а среди тех, кто подвергся травмам – 5,6 %, что подтверждает значимость травматических факторов риска для психического здоровья [3, с.2260–2274]. При этом многие авторы подчеркивают, что реальная распространенность может быть выше из-за недооценки случаев, стигмы и ограниченного доступа к психиатрической помощи [3].

Особенно тревожна ситуация в зонах вооруженных конфликтов и среди беженцев. Метаанализы показывают, что распространенность ПТСР в популяциях, переживших войну или насилие, достигает 26,5 % [4]. Исследования среди гражданских лиц в зонах активных конфликтов фиксируют уровень симптомов ПТСР около 23,7 %, особенно в первые месяцы и годы после травматических событий (Ahmed et al., 2024) [4]. Так, в выборке жителей Украины, обследованных в 2023 году, 14,4 % имели вероятный ПТСР, а 8,9 % – КПТСР [4]. Среди беженцев и внутренне перемещенных лиц показатели достигают 50–60 % и выше в зависимости от интенсивности контакта с насилием и утратами [5].

Для стран Центральной Азии, включая Казахстан, масштабные эпидемиологические исследования ПТСР пока единичны. Имеющиеся данные касаются в основном общих показателей психического здоровья и не позволяют оценить реальное бремя ПТСР и КПТСР в популяции [6, с.80-86]. Между тем Казахстан, как и многие другие страны региона, испытывает последствия пандемии COVID-19, социально-экономических кризисов и косвенного влияния военных конфликтов в соседних государствах, что повышает риск психотравматизации населения. Отсутствие локальных данных по Казахстану при наличии указанных факторов риска свидетельствует о необходимости комплексных исследований ПТСР и КПТСР в нашей стране и их последствий для психического и поведенческого здоровья.

Изучение распространенности, клинической структуры и поведенческих последствий этих расстройств позволит разработать целевые программы психосоциальной поддержки, адаптировать международные протоколы диагностики и психотерапии, а также снизить бремя поведенческих и психических нарушений, связанных с травмой. Таким образом, систематическое исследование ПТСР и КПТСР в Казахстане является критически важным шагом для охраны психического и поведенческого здоровья населения и формирования устойчивой системы психотравматологической помощи.

Литературный обзор.

Понятийный аппарат. История включения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в международные классификации является важным этапом в развитии клинической психологии и психотерапии. Появление ПТСР в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-III, 1980) стало переломным моментом: впервые был признан диагноз, обусловленный не внутренними психическими факторами, а исключительно воздействием внешней травмы [7]. Это означало, что психология и психиатрия начали учитывать разрушительное влияние экстремального опыта как самостоятельный источник клинических расстройств.

В DSM-III были выделены три базовых кластера симптомов: навязчивое повторное переживание («реэкспериментинг»), избегание и гипервозбуждение. Дальнейшие редакции (DSM-III-R, 1987; DSM-IV, 1994) дополнили требования к стрессовому событию и уточнили реакцию на него [8, с.110-119]. В DSM-5 (2013) произошли значительные изменения: ПТСР

переместили в новую категорию «Расстройства, связанные с травмой и стрессом»; из критериев исключили обязательное наличие реакции страха или беспомощности (А2), а структура симптомов была расширена. Теперь наряду с реэкспериментом, избеганием и гипервозбуждением выделяется отдельный кластер «негативные изменения в мышлении и настроении». Кроме того, введен спецификатор «диссоциативная реакция» (деперсонализация /дереализация), что позволило клинической психологии учитывать более широкий спектр индивидуальных ответов на травму [9, с.750-769]. Эти изменения отразили переход от преимущественно психиатрического взгляда к клинко-психологическому, где акцент делается на процессах аффективной и когнитивной саморегуляции.

В Международной классификации болезней (МКБ-10, 1992) ПТСР впервые был зафиксирован как самостоятельный диагноз. Однако отдельного понятия комплексного ПТСР (КПТСР) не существовало: наиболее близким был раздел о стойких изменениях личности после катастрофического переживания. В МКБ-11 (ВОЗ, 2018; введена в действие с 2022 г.) определение ПТСР было пересмотрено: оно стало более точным и компактным, а ряд симптомов перенесли в другие категории. Важнейшим нововведением стало официальное включение КПТСР [7].

КПТСР рассматривается как состояние, возникающее после длительных, повторяющихся и часто межличностных травм – таких как пытки, рабство, насилие в семье или систематическое насилие в детстве. В отличие от «классического» ПТСР, КПТСР включает не только три основных кластера симптомов (повторное переживание, избегание и гипервозбуждение), но и дополнительные признаки нарушений саморегуляции:

- хроническая аффективная дисрегуляция;
- устойчиво негативное самоотношение, сопровождающееся стыдом, чувством вины и обесцениванием себя;
- трудности в межличностных отношениях, проявляющиеся в отчужденности или неспособности к построению доверительных связей [10, с.36–45].

Таким образом, КПТСР отражает более глубокие сдвиги в структуре личности, чем ПТСР, и затрагивает базовые механизмы когнитивной, аффективной и межличностной саморегуляции.

Сегодня критерии ПТСР признаются во всех ведущих диагностических системах – DSM (США) и МКБ (ВОЗ). DSM-5 (включая обновленный DSM-5-TR) продолжает использоваться в Северной Америке и ряде других стран. МКБ-11, рекомендованная Всемирной ассамблеей здравоохранения с 2019 года и введенная в действие в 2022 году, официально закрепила два диагноза: ПТСР и КПТСР. В более чем 130 странах идет процесс внедрения этой классификации [11].

Международные клинические руководства подчеркивают различие между ПТСР и КПТСР. Руководство Национального института здравоохранения и качества медицинской помощи Великобритании (National Institute for Health and Care Excellence) (2018) фиксирует, что КПТСР является диагнозом МКБ-11, а DSM-5 такой категории не содержит [12]. Руководство Национального совета по здравоохранению и медицинским исследованиям Австралии от 2020 года обновленное в 2021 (National Health and Medical Research Council) впервые ввело понятие КПТСР в национальные стандарты, полностью отражая критерии МКБ-11 [13]. Эти шаги свидетельствуют о том, что мировое сообщество психотерапевтов и клинических психологов признает необходимость разграничивать простую и комплексную формы посттравматического реагирования.

В настоящее время в Казахстане официально используется МКБ-10 (1992), адаптированная под национальные системы здравоохранения. В стране происходит постепенный переход к МКБ-11. DSM-5 формально не принят, хотя отдельные диагностические инструменты и психометрические шкалы, основанные на DSM-критериях, применяются в исследовательской и клинической практике. Таким образом, в Казахстане диагноз КПТСР официально не

закреплен. Это означает, что клинические психологи и психиатры продолжают использовать категории ПТСР в рамках МКБ-10, тогда как более сложные случаи описываются через расширенные характеристики симптоматики или через категорию «стойких изменений личности». Отсутствие формального диагноза КППТСР ограничивает возможности клинико-психологической диагностики и разработки специализированных программ психотерапии.

Эволюция представлений о ПТСР и КППТСР отражает общий сдвиг в клинической психологии: от фиксирования отдельных симптомов к анализу целостной структуры саморегуляции личности, нарушаемой травматическим опытом. Включение КППТСР в МКБ-11 стало признанием того, что травма может не только вызвать тревожные реакции, но и радикально изменить аффективные, когнитивные и межличностные процессы. Для клинической психологии это открывает новые перспективы диагностики и терапии, но одновременно ставит задачу адаптировать международные подходы к локальным контекстам – особенно в странах, где пока используется МКБ-10.

Влияние ПТСР на психическое и поведенческое здоровье. На сегодняшний день не вызывает сомнения, что ПТСР и его комплексная форма не ограничиваются лишь повторным переживанием травматического опыта. Эти состояния оказывают глубокое воздействие на системы психической и поведенческой саморегуляции, создавая основу для развития множества других нарушений. Нарушения затрагивают когнитивную, эмоциональную и телесную сферу, что проявляется как в формировании устойчивых аффективных расстройств, так и в поведенческой дезадаптации.

ПТСР и депрессия. Клиническая практика и исследования показывают, что депрессия является наиболее частым сопутствующим расстройством при ПТСР. По данным мета-анализа 57 исследований (6670 участников), у примерно половины пациентов с ПТСР диагностируется большое депрессивное расстройство [14, с.331-339]. Это указывает на то, что травматический опыт не только запускает специфические симптомы посттравматического реагирования, но и подрывает аффективную саморегуляцию, формируя устойчивое чувство безысходности, утраты контроля и низкую энергетическую насыщенность жизни.

В случае комплексного ПТСР связь с депрессией оказывается еще более выраженной. Исследование в Великобритании показало, что вероятность наличия симптомов депрессии у лиц с КППТСР в 21,9 раза выше, чем у пациентов с «классическим» ПТСР [15, с.887-894]. В клиническом психологическом понимании это можно объяснить тем, что повторяющаяся или длительная травматизация разрушает базовые представления о себе, формируя негативную когнитивную схему и закрепляя реактивные состояния печали, стыда и вины. Подобная деформация самоотношения усиливает депрессивные проявления и делает их хроническими, особенно если травма произошла в детском возрасте [14, с.331-339].

ПТСР и тревожные расстройства. ПТСР сам по себе относится к спектру тревожных состояний, но нередко сопровождается дополнительными тревожными нарушениями – паническими атаками, генерализованной тревогой, социальными фобиями. Основу этих состояний составляет постоянная активация системы «угроза-безопасность», где гиперактивация нейронных контуров страха не снижается даже в отсутствии внешней опасности.

Клинические данные указывают на высокую коморбидность ПТСР с генерализованным тревожным расстройством и паническими приступами. При ПТСР вероятность наличия таких симптомов еще выше. В исследовании на британской выборке ПТСР был связан с в 24,6 раза большим шансом генерализованной тревоги [15, с.887-894]. У подростков, переживших множественные травмы, также наблюдается выраженное усиление тревожной симптоматики и панических состояний [16, с.822-831]. Это свидетельствует о том, что КППТСР усиливает нарушения аффективной саморегуляции: человек постоянно живет в состоянии гипервигилантности, предчувствует опасность и испытывает хронический стресс, что формирует новые тревожные синдромы.

ПТСР и употребление психоактивных веществ. Одной из характерных стратегий «самопомощи» у лиц с ПТСР является использование алкоголя или наркотиков для подавления тревоги и снижения эмоциональной боли. Однако подобная форма внешней саморегуляции лишь усиливает дезадаптацию.

Согласно систематическому обзору, коморбидность ПТСР и расстройств, связанных с употреблением веществ, встречается часто и сопровождается неблагоприятным прогнозом [17, с.25-38]. При КПТСР эта связь выражена еще сильнее: пациенты не только чаще прибегают к алкоголю или наркотикам, но и демонстрируют более высокую степень зависимости. В одном из исследований почти 40% пациентов, начавших лечение зависимости, имели травматический стресс; из них 35% соответствовали критериям ПТСР, тогда как лишь 5,8% – критериям «простого» ПТСР [18]. Тяжесть аффективной дисрегуляции, негативного самоотношения и трудностей в отношениях прямо коррелировала с уровнем зависимости. Это показывает, что при КПТСР нарушенные механизмы внутренней саморегуляции особенно часто заменяются внешними – через вещества, азартные игры или другие формы аддиктивного поведения.

ПТСР и суицидальное поведение. Одним из наиболее тревожных последствий ПТСР является суицидальное поведение. Утрата чувства контроля, стойкая депрессия и хроническая активация стрессовой системы повышают вероятность появления суицидальных мыслей и попыток.

Исследования показывают, что у лиц с ПТСР риск суицидальности увеличивается более чем в три раза, а при КПТСР – в 3,4 раза [15, с.887-894]. КПТСР усугубляет восприятие собственной беспомощности и безысходности, что напрямую связано с суицидальными тенденциями. Кроме того, значительная часть пациентов с ПТСР проявляет черты пограничного расстройства личности, которое само по себе является фактором риска суицидального поведения. Таким образом, комплексная форма травматического расстройства становится важным индикатором необходимости тщательного мониторинга и превентивной работы в отношении самоповреждающего поведения.

Поведенческие нарушения. Травматический опыт отражается не только на внутреннем эмоциональном состоянии, но и на поведенческом уровне. У детей ПТСР часто проявляется через раздражительность, вспышки гнева, агрессивность и трудности в контроле эмоций. Подростки нередко демонстрируют враждебность и нарушения социализации, что можно рассматривать как внешние маркеры внутреннего дистресса. У взрослых наблюдаются схожие поведенческие проявления: импульсивность, рискованное поведение, агрессивные реакции [19, с.1190-1198].

Современные нейropsychологические исследования показывают, что за этими проявлениями стоят нарушения в работе регуляторных систем мозга: гиперактивность миндалины и передней поясной коры при сниженной функции префронтальных областей и гиппокампа [20, с.535-551]. Это приводит к искаженной обработке контекста, нарушению угасания страха и повышенной склонности к избеганию. На поведенческом уровне это выражается в трех типичных траекториях:

- использование веществ или азартных игр для снятия дистресса;
- агрессивные и рискованные действия как следствие перевозбуждения;
- диссоциативные реакции, сопровождающиеся снижением контроля над импульсами и уходом от переживаний.

Таким образом, ПТСР формирует целый спектр нарушений поведенческой регуляции, встраиваясь в общую картину аффективной и когнитивной дезадаптации.

Другие клинические наблюдения и эмпирические исследования свидетельствуют о высокой степени коморбидности ПТСР с другими психическими расстройствами. Согласно данным ряда авторов, более 80% пациентов с диагнозом ПТСР соответствуют критериям хотя бы одного дополнительного психиатрического расстройства, включенного в классификации

DSM или МКБ [21, с.585-599]. Наиболее распространенными коморбидными состояниями являются расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ (60-80%), аффективные расстройства, включая депрессию и биполярные расстройства (26–65%), а также расстройства личности (40-60%). Кроме того, в структуре сопутствующей психопатологии часто отмечаются нарушения эмоциональной регуляции, импульсивное поведение и иные формы поведенческой дезорганизации, в том числе связанные с проявлениями агрессии и насилия [22, с.626-631].

Прогноз и хронизация. Без своевременной психотерапевтической и клинико-психологической поддержки ПТСР часто принимает хроническое течение. Примерно у половины пациентов симптомы сохраняются более двух лет, а у трети – спустя 6 лет [8, с.110-119]. КПТСР отличается еще большей устойчивостью: изменения в самовосприятии и межличностных отношениях закрепляются и формируют устойчивую личностную деформацию.

Эти данные подчеркивают, что травма – не только моментальное событие, но и фактор долгосрочной трансформации психики. В клинической психологии это рассматривается как сдвиг в структуре саморегуляции личности, при котором нарушаются аффективные, когнитивные и телесные механизмы. Хронические формы ПТСР ведут к многослойным проблемам психического и поведенческого здоровья, что требует комплексной долгосрочной терапии и мультидисциплинарного подхода.

Материалы и методы.

Обоснование выбора детского насилия как исследуемого фактора. Выбор детского опыта насилия в качестве центрального объекта исследования обусловлен его фундаментальной ролью в формировании психической травматизации и нарушений поведенческого здоровья. В клинической психологии накоплено множество данных, подтверждающих, что пережитое в детстве физическое или эмоциональное насилие оказывает долговременное воздействие на психику, выходя далеко за пределы ситуативной реакции на травматическое событие. Насилие выступает не только как единичный эпизод, но и как фактор, способный вызвать глубинную перестройку механизмов саморегуляции личности.

Психологическая травма, возникшая в ранние возрастные периоды, имеет особую тяжесть, поскольку формирование базовых структур эмоциональной, когнитивной и телесной саморегуляции в этот период ещё не завершено. Это делает ребёнка особенно уязвимым к дезорганизующему воздействию травматического опыта. В дальнейшем, по мере взросления, неразрешённые травматические переживания могут трансформироваться в устойчивые формы ПТСР, сопровождаемые навязчивыми воспоминаниями, хронической тревогой, эмоциональной дисрегуляцией и трудностями в управлении агрессивными импульсами.

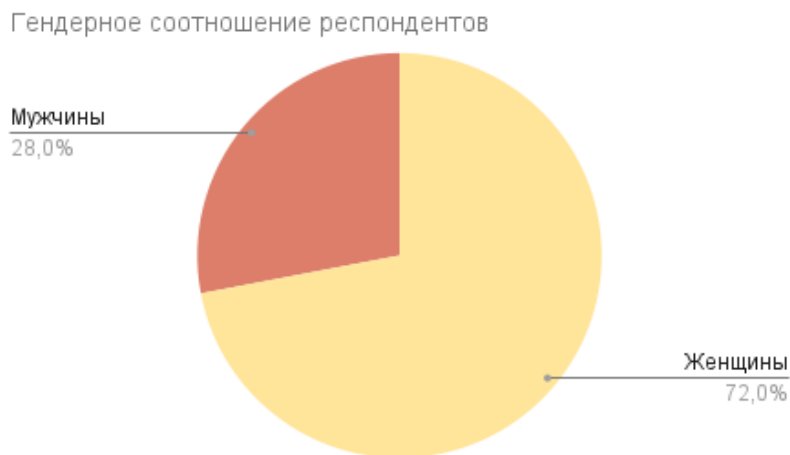
Именно поэтому в рамках данного исследования в качестве фокуса анализа были выбраны родители, имеющие в своём опыте эпизоды детского насилия. Это позволило проследить не только прямое влияние травматического опыта на формирование ПТСР, но и его опосредованное воздействие на выбор воспитательных стратегий. Такой подход даёт возможность эмпирически подтвердить клинико-психологическую гипотезу о том, что насилие в детстве является значимым предиктором не только ПТСР во взрослом возрасте, но и межпоколенческой трансляции травмы через поведение в родительской роли.

Гипотеза. Предполагается, что нарушения, возникающие вследствие детской психической травмы, не ограничиваются внутренними переживаниями личности, но находят отражение и в её поведенческих проявлениях. Одним из наиболее значимых механизмов такого влияния может выступать воспроизведение насильственных практик во взрослом родительском поведении. Таким образом, можно выдвинуть гипотезу о существовании континуума: первичное переживание насилия в детстве → развитие посттравматического стрессового расстройства → нарушение системы саморегуляции → формирование агрессивных или наказующих стратегий воспитания в родительской роли.

Основной целью эмпирического исследования являлось выявление взаимосвязей между пережитым в детстве насилием, последующим развитием ПТСР и тенденцией к воспроизведению насильственных моделей во взрослом родительском поведении. Особое внимание уделялось тому, каким образом ранняя психическая травматизация отражается на системе саморегуляции личности: у многих родителей, подвергавшихся эмоциональному или физическому насилию в детстве, формируются симптомы ПТСР, включающие навязчивые воспоминания, хроническую тревожность, вспышки гнева и трудности с контролем импульсов. Эти нерешенные травматические переживания не остаются внутренними – они находят выражение во внешних воспитательных практиках. Таким образом, исследование направлено на эмпирическое подтверждение того, что детский травматический опыт является значимым предиктором как для развития ПТСР во взрослом возрасте, так и для склонности к агрессивному, наказующему или девиантному стилю воспитания. В фокусе анализа находилась именно корреляция: чем более выражены признаки ПТСР у родителей, тем выше вероятность того, что в их поведенческих стратегиях воспроизводятся элементы насилия, испытанные ими самими в детстве.

Методологическая основа исследования была построена на сочетании количественных методов сбора и анализа данных.

Анкетирование и выборка. Количественные данные были собраны в ходе анкетного опроса, который проводился с использованием платформы Google Forms в период с сентября 2024 года по сентябрь 2025 года. В исследовании приняла участие 398 совершеннолетних респондентов (имеющие детей) отобранных по принципу добровольного участия. Гендерный состав выборки включал 28 % мужчин и 72 % женщин (рис.1). Участие было анонимным, что способствовало повышению достоверности и искренности ответов.



Рисунук 1 – Гендерное соотношение респондентов

В рамках исследования были использованы два диагностических инструмента. Первый – разработанный авторский опросник, ориентированный на проверку основной гипотезы. Второй – стандартизированный международный опросник по ПТСР.

Опросник оценки влияния физического насилия, пережитого в детстве, и его последствий в родительском поведении представляет собой ретроспективную самооценочную методику, направленную на выявление травматического детского опыта и его связи с современными воспитательными практиками. Опросник включал следующие блоки: факты физического насилия, пережитого в детстве, влияние неразрешенного стресса на взрослое поведение и трансляция опыта в родительских практиках. Принципиальным моментом в разработке методики стал отказ от прямого заимствования существующих западных шкал, что связано с необходимостью учета социокультурных и исторических реалий Казахстана. Использование иностранных опросников без глубокой адаптации могло бы привести к искажению данных и

снижению валидности исследования в ином культурном контексте. Отсутствие культурной адаптации, как известно, способно существенно подорвать надежность и интерпретируемость результатов [23, с.251-269].

Опросник по ПТСР (PCL-5). Для оценки выраженности симптоматики посттравматического стрессового расстройства у родителей применялся PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Этот инструмент состоит из 20 утверждений, соответствующих основным диагностическим кластерам DSM-5: навязчивое воспроизведение травмы (кластер В), избегание травматических напоминаний (кластер С), негативные изменения в когнициях и настроении (кластер D), гипервозбуждение (кластер Е).

Каждый пункт оценивается по шкале от 0 («совсем не беспокоило») до 4 («очень сильно беспокоило»). Суммарный показатель варьирует от 0 до 80 баллов; значение ≥ 33 баллов рассматривается как пороговое для вероятного диагноза ПТСР. Опросник позволяет выявить не только наличие симптомов, но и степень их выраженности, что дало возможность установить корреляцию между пережитым опытом насилия в детстве, проявлениями ПТСР у родителей и особенностями их воспитательного поведения.

Данные анализировались с использованием программы *Jamovi*. Применялись методы описательной статистики для оценки частоты ответов и уровней симптоматики, а также корреляционный анализ для выявления связей между наличием симптомов ПТСР и особенностями воспитательных практик.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ данных, полученных в результате применения Опросника оценки влияния физического насилия, пережитого в детстве, и его последствий в родительском поведении, а также опросника PCL-5, позволил выявить закономерности, указывающие на высокую распространенность негативного детского опыта среди респондентов и его непосредственное влияние на формирование моделей воспитания во взрослом возрасте.

Обработка данных показала следующее:

1. Пережитое физическое насилие:

74,1 % (n = 295) утверждают, что их родители считали физическое наказание допустимым методом воспитания.

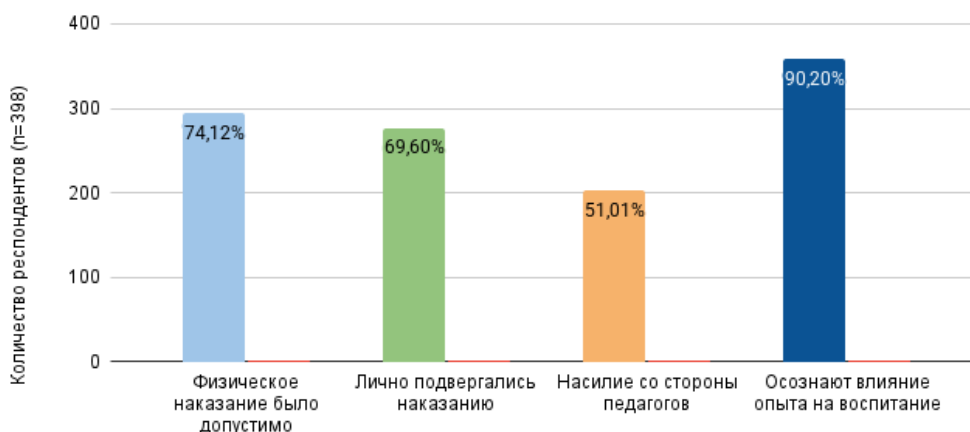
69,6 % (n = 277) лично подвергались физическому наказанию со стороны родителей.

51 % (n = 203) испытали физическое насилие со стороны педагогов или воспитателей.

2. Влияние детского опыта на родительское поведение:

90,2 % (n = 359) осознают влияние собственного детского опыта на текущие воспитательные стратегии (рис.2).

Влияние детского опыта насилия на родительское поведение



Рисунки 2 – Влияние детского опыта насилия на родительское поведение

Эти данные отражают широкое распространение практики физического подавления чувств и поведения ребенка в социокультурных условиях, где насилие воспринималось как «норма воспитания». С позиции клинической психологии подобный опыт формирует у ребенка хронический стресс, снижает чувство безопасности и влияет на механизмы аффективной саморегуляции, что в дальнейшем может проявляться в трудностях управления эмоциями и импульсами уже во взрослом возрасте.

Таблица 1 – Опросник оценки влияния физического насилия, пережитого в детстве и его последствий в родительском поведении

№	Вопросы	Да	Нет
Опыт переживания физического насилия в детстве		398 человек	
1	Как считали ваши родители: допустимо ли физическое наказание как метод воспитания?	295	103
2	Подвергались ли вы физическому насилию со стороны родителей в детстве (шлепки, удары и т.д.)?	277	111
3	Подвергались ли вы физическому наказанию со стороны учителей или воспитателей	203	195
Влияние неразрешенного стресса на родительское поведение и перенос		398 человек	
4	Замечали ли вы, что ваш опыт детства повлиял на ваши собственные методы воспитания и подход к детям?	359	39

Симптоматика ПТСР у родителей (по PCL-5). Результаты показали, что значительная часть родителей имеет признаки посттравматического стресса, которые находят отражение в их родительском поведении: выраженная тревожность, гипервозбуждение, трудности в контроле гнева и повышенная раздражительность.

Таблица 2 – Уровни выраженности симптомов ПТСР по PCL-5 (N = 398)

№	Уровень симптоматики	Баллы PCL-5	Количество (n)	% от выборки
1	Низкая (отсутствие клинической значимости)	0–19	146	36,7 %
2	Умеренная (подозрение на ПТСР)	20–32	128	32,2 %
3	Клинически значимая (вероятный ПТСР)	≥33	124	31,1 %

Около трети родителей имели клинически значимые показатели ПТСР. В большинстве случаев такие родители демонстрировали нарушения саморегуляции: трудности в управлении эмоциями, склонность к аффективным вспышкам и переносу нерешенного травматического опыта в процесс воспитания детей.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают, что опыт насилия в детстве имеет долгосрочные последствия и формирует предрасположенность к развитию ПТСР во взрослом возрасте. Сочетание воспоминаний о насилии, неразрешенного чувства вины и стыда, а также нарушенной эмоциональной регуляции приводит к тому, что родители воспроизводят элементы агрессивного воспитания в отношении собственных детей.

С клинико-психологической точки зрения, эти данные иллюстрируют социокультурный феномен ПТСР: психическая травматизация ребенка в условиях насилия не только закрепляет патологические механизмы реагирования (например, гипервозбуждение, агрессивные импульсы, диссоциацию), но и формирует устойчивые схемы взаимодействия, которые переносятся в последующие поколения. Данный социокультурный феномен позволяет представить *клинико-психологическую модель трансляции психической травмы*, отражающая взаимосвязь между детской психотравматизацией, развитием ПТСР во взрослом возрасте и последующей трансляцией травматического опыта в родительском поведении:

1. Детская психическая травма, в частности, физическое насилие формирует хронический стресс и нарушает базовые механизмы аффективной саморегуляции.

2. →Во взрослом возрасте у таких лиц формируется ПТСР или КПТСР, проявляющийся навязчивыми воспоминаниями, гипервозбуждением, тревожностью, диссоциацией и эмоциональной дисрегуляцией.

3. →Наличие ПТСР приводит к нарушению когнитивной и аффективной саморегуляции: возникают трудности в управлении гневом, импульсивностью, усиливается негативное самоотношение.

4. →Эти нарушения находят отражение в родительской идентичности и проявляются в дисфункциональных воспитательных практиках – применении насилия, жесткого контроля, эмоциональном отчуждении.

5. →В результате происходит передача психической травмы: дети, растущие в таких условиях, подвергаются риску вторичной травматизации, что запускает новый цикл травматического опыта (рис.3).



Рисунок 3 – Клинико-психологическая модель межпоколенческой трансляции травмы

Заключение. Проведенное исследование убедительно демонстрирует, что посттравматическое стрессовое расстройство оказывает системное, многомерное влияние на психическое и поведенческое здоровье личности. На уровне теоретического анализа подтверждается высокая коморбидность ПТСР с аффективными (депрессией, дистимией), тревожными (паническими и генерализованными тревожными расстройствами), а также с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Такая клиническая сопряженность указывает на то, что ПТСР не ограничивается узким спектром симптоматики, а формирует расширенные паттерны психической уязвимости, усиливающие риск дезадаптации и подрывающие устойчивость личности в долгосрочной перспективе.

Эмпирические данные, полученные в нашем исследовании, позволяют дополнить этот теоретический контур конкретными клинико-психологическими наблюдениями: у родителей с выраженными признаками ПТСР значительно чаще выявляются дисфункциональные родительские практики, включающие агрессивные и наказующие формы поведения. Эти проявления можно рассматривать как продолжение неразрешенного травматического опыта, находящего выражение в нарушении эмоциональной саморегуляции, снижении толерантности к стрессу и трудностям в построении эмпатических отношений с ребенком. В данном контексте ПТСР выступает не только как индивидуальное клиническое расстройство, но и как

системный фактор, способствующий воспроизводству травмы в семейных и межпоколенческих взаимодействиях.

Предложенная клинико-психологическая модель межпоколенческой трансляции психической травмы интегрирует данные теоретических и эмпирических исследований, показывая, что травматический опыт детства – через развитие ПТСР и его последствий во взрослом возрасте – играет ключевую роль в формировании дисфункциональных воспитательных стратегий и повышает риск повторной травматизации следующего поколения. Эта модель подчеркивает значимость аффективной дисрегуляции, когнитивных искажений и нарушений родительской идентичности как центральных звеньев механизма передачи травмы.

Практическая значимость исследования заключается в необходимости разработки и внедрения комплексных программ ранней диагностики и психопрофилактики, ориентированных на выявление симптомов ПТСР. Реализация таких программ позволит не только улучшить психическое здоровье взрослых, но и прервать цикл межпоколенческой передачи психической травмы, снижая риски для психического и поведенческого здоровья детей. В условиях Казахстана данное направление приобретает особую актуальность, так как учитывает социокультурные особенности региона и восполняет дефицит локально адаптированных инструментов клинической психодиагностики.

Список использованной литературы.

1. Мазур Е. С. Роль личностной саморегуляции в процессе психотерапии психической травмы у пациентов с пограничными психическими расстройствами // *Российский психиатрический журнал*. 2010. № 6. С. 58–63. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-lichnostnoy-samoregulyatsii-v-protseste-psihoterapii-psihicheskoy-travmy-u-patsientov-s-pogranichnymi-psihicheskimi> (дата обращения: 30.09.2025).

2. World Health Organization. Post-traumatic stress disorder (PTSD) – fact sheet [Электронный ресурс]. – 2022. – Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder> (дата обращения: 25.09.2025).

3. Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Benjet C., Bromet E.J., Cardoso G., ... Koenen K.C. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys // *Psychological Medicine*. – 2017. – Vol. 47, № 13. – P. 2260–2274. - DOI: 10.1017/S0033291717000708.

4. Wang S., Barrett E., Hicks M. H.-R., Martsenkovskiy D., Holovanova I., Marchak O., Ishchenko L., Haque U., Fiedler N. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion // *Psychiatry Research*. – 2024. – Vol. 339. – P. 116056. - DOI: 10.1016/j.psychres.2024.116056.

5. Ahmed S.H., Zakai A., Zahid M., Jawad M.Y., Fu R., Chaiton M. Prevalence of post-traumatic stress disorder and depressive symptoms among civilians residing in armed conflict-affected regions: a systematic review and meta-analysis // *General Psychiatry*. - 2024. - Vol. 37, - No. 3. - e101438. - DOI: 10.1136/gpsych-2023-101438.

6. Джайнакбаев Н. Т., Ешимбетова С. З., Распопова Н. И., Редько М. С., Станбаев Д. К., Мизанбаев Д. М., Тусупова С. Р., Каукербекова К. Д., Токпаева А. К., Малгельдиев А. Т., Малгельдиева Е. В. Динамика структуры заболеваемости психическими расстройствами в период пандемии COVID-19 по городу Алматы // *West Kazakhstan Medical Journal*. - 2022. - №2 (64). – С.80-86. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-struktury-zabolevaemosti-psihicheskimi-rasstroystvami-v-period-pandemii-covid-19-po-g-almaty> (дата обращения: 30.09.2025).

7. Maercker A. Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11 // *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. - 2021. - Vol. 8. - Article 7. - DOI: 10.1186/s40479-021-00148-8.

8. Казенная, Е.В. (2020). Современные зарубежные исследования посттравматического стрессового расстройства и его лечения эффективными психотерапевтическими методами

у взрослых. // Современная зарубежная психология, - 9(4), 110–119. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090410>

9. Friedman M. J., Resick P. A., Bryant R. A., Brewin C. R. Considering PTSD for DSM-5 // *Depression & Anxiety*. - 2011. - Vol. 28, - No. 9. - P. 750–769. - DOI: 10.1002/da.20767.

10. Jowett S., Karatzias T., Shevlin M., Albert I. Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. - 2020. - Vol. 11, - No. 1. - P. 36–45. - DOI: 10.1037/per0000346.

11. World Health Organization. ICD-11 implementation. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/icd-11-implementation#:~:text=72,11> (дата обращения: 30.09.2025).

12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Recommendations: Post-traumatic stress disorder — recognition and management (guideline NG116). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations#:~:text=DSM-5%20does%20not%20include%20a,specifier%20of%20a%20%27dissociative%20subtype> (дата обращения: 30.09.2025).

13. Phoenix Australia. Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD. URL: <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/#:~:text=The%20Guidelines%20were%20developed%20by,new%20diagnosis%20of%20complex%20PTSD> (дата обращения: 30.09.2025).

14. Wang S.-K., Feng M., Fang Y., Lv L., Sun G.-L., Yang S.-L., Guo P., Cheng S.-F., Qian M.-C., Chen H.-X. Psychological trauma, posttraumatic stress disorder and trauma-related depression: A mini-review // *World Journal of Psychiatry*. - 2023. - Vol. 13, - No. 6. - P. 331–339. - DOI: 10.5498/wjp.v13.i6.331.

15. Karatzias T., Hyland P., Bradley A., Cloitre M., Roberts N. P., Bisson J. I., Shevlin M. Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom // *Depression and Anxiety*. - 2019. - Vol. 36, - No. 9. - P. 887–894. - DOI: 10.1002/da.22934.

16. Lofthouse K., Beeson E., Dalgleish T., Danese A., Hodgekins J., Mahoney-Davies G., Smith P., Stallard P., Wilson J., Meiser-Stedman R. Characteristics of complex posttraumatic stress disorder (PTSD) in young people with PTSD following multiple trauma exposure // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. - 2024. - Vol. 65, - No. 6. - P. 822–831. - DOI: 10.1111/jcpp.13918.

17. Roberts N. P., Roberts P. A., Jones N., Bisson J. I. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis // *Clinical Psychology Review*. - 2015. - Vol. 38. - P. 25–38. - DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.007.

18. Harvey L. R., Slade T., Marel C., Mills K. L. ICD-11 PTSD, complex PTSD, and substance use disorder: Associations and clinical correlates // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2025. (Epub ahead of print, 12 June). DOI: 10.1037/tra0001957.

19. Pagura J., Stein M. B., Bolton J. M., Cox B. J., Grant B., Sareen J. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population // *Journal of Psychiatric Research*. - 2010. - Vol. 44, - No. 16. - P. 1190–1198. - DOI: 10.1016/j.jpsychires.2010.04.016.

20. Fenster R. J., Lebois L. A. M., Ressler K. J., Suh J. Brain circuit dysfunction in post-traumatic stress disorder: from mouse to man // *Nature Reviews Neuroscience*. - 2018. - Vol. 19, - No. 9. - P. 535–551. - DOI: 10.1038/s41583-018-0039-7.

21. Brown T. A., Campbell L., Lehman C. L., Grisham J. R., Mancill R. B. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample // *Journal of Abnormal Psychology*. - 2001. - Vol. 110 (4). - P. 585–599.

22. Breslau N., et al. Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma // *Archives of General Psychiatry*. - 1998. - Vol. 55. - P. 626–631.