

Саргсян Элеонора Элгуджаевна, магистрант
Институт психологии,
ФГБОУ ВО «Херсонский государственный
педагогический университет»

Усатенко Оксана Николаевна, к.психол.н., доцент
Институт психологии
ФГБОУ ВО «Херсонский государственный
педагогический университет»

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВЛИЯНИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХОТРАВМЫ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ

Аннотация. В статье анализируется детская травма как системный фактор, нарушающий нейропсихосоциальное развитие личности. Показано, что травма приводит к устойчивым нарушениям психологического благополучия (эмоционального, когнитивного, поведенческого). Основные медиаторы – нарушение эмоциональной регуляции, дезадаптивные когнитивные схемы, стиль привязанности и самооценка – опосредуют связь травмы со снижением благополучия.

Ключевые слова: Детская психотравма, психологическое благополучие, нарушение эмоциональной регуляции, ранние дезадаптивные схемы, тип привязанности.

Введение

В современных психологических исследованиях наблюдается тенденция к переосмыслению детской психотравмы. Происходит переход от ее рассмотрения как этиологического фактора конкретных психических расстройств к пониманию в рамках концепции общего фактора психопатологии (p-factor), повышающего совокупный риск психических нарушений и снижения качества жизни. Накопленный в детстве неблагоприятный опыт (Adverse Childhood Experiences, ACE) формирует устойчивый фон дезадаптации, оказывающий влияние на все сферы функционирования личности. Результаты популяционных исследований демонстрируют, что дети с травматическим опытом сталкиваются с психическими расстройствами приблизительно вдвое чаще сверстников [5]. Масштабное исследование ACE подтверждает кумулятивный эффект: увеличение количества видов травматических переживаний в детстве коррелирует с ростом риска психических и соматических заболеваний во взрослом возрасте [6].

В настоящей работе понятие «психологическое благополучие» трактуется как многокомпонентное состояние, которое включает в себя эмоциональный компонент (способность к переживанию позитивных аффектов и гибкой регуляции негативных), когнитивный компонент (позитивное мировоззрение, когнитивная гибкость, чувство компетентности) и поведенческий компонент (способность к построению здоровых межличностных связей и эффективному решению жизненных задач).

Цель данной статьи – обосновать теоретическую основу для изучения влияния детской психотравмы на психологическое благополучие как целостного феномена через призму его трёх компонентов и выявления ключевых медиаторов этого влияния.

Нейробиологические основы детской психотравмы

Ранний стресс, особенно хронический, непредсказуемый и исходящий от значимых взрослых (например, при физическом, сексуальном или эмоциональном насилии, пренебрежении), приводит к длительной активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) системы [7].



Постоянная секреция кортизола и катехоламинов в условиях, когда ребенок лишен возможности реализации реакций «бей или беги», вызывает состояние аллостатической нагрузки – износа биологических систем, обусловленного хроническим напряжением [13]. Хроническая гиперактивация ГГН системы и, как следствие, высокие уровни кортизола оказывают токсическое воздействие на нейроны, изменяя структуру и функцию областей мозга, ответственных за эмоциональную регуляцию, память, обучение и принятие решений [9]. Накопление аллостатической нагрузки лежит в основе нейротоксичности стресса. Деструктивность этого воздействия максимальна в сенситивные периоды развития мозга, характеризующиеся повышенной нейропластичностью.

Нейровизуализационные исследования показывают, что детская травма систематически влияет на структуру и функции трёх областей головного мозга. Так, амигдала (центр обработки угроз) становится гиперактивной и часто увеличивается в объеме [9], что приводит к «переобучению» мозга на поиск опасности, когда даже нейтральные стимулы могут восприниматься как угрожающие [5]. Гиппокамп, в свою очередь, отвечающий за контекстуальную память, демонстрирует снижение объема [7, 9], что затрудняет дифференциацию между прошлым травматическим опытом и актуальной безопасной ситуацией. Наконец, префронтальная кора, особенно ее дорсолатеральные и вентролатеральные отделы, вовлеченные в процессы самоконтроля и когнитивной переоценки, показывает снижение активности и объема. Снижение активности префронтальной коры ослабляет ее тормозящее влияние на гиперактивную амигдалу, что объясняет трудности с регуляцией эмоций и импульсивность [7].

Следует отметить, что значение имеют как тип, так и время травматического воздействия. К. А. McLaughlin выделяет «экотипы травмы» и подчеркивает, что мозг развивается по принципу «использования или потери» [5]. Например, эмоциональное насилие в дошкольном возрасте чаще ассоциируется с формированием негативных когнитивных схем, тогда как физическое насилие в подростковом – с нарушениями импульс-контроля [3]. Повторяющееся состояние стресса закрепляется как устойчивый нейронный паттерн. Таким образом, на нейробиологическом уровне формируются предпосылки для последующих нарушений в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах.

Влияние детской психотравмы на эмоциональное благополучие

Эмоциональное благополучие предполагает не только способность испытывать позитивные аффекты, но и умение справляться с негативными переживаниями без деструктивных последствий. Детская травма нарушает оба аспекта, прежде всего посредством формирования эмоциональной дисрегуляции – неспособности гибко модулировать интенсивность, продолжительность и выражение эмоций [2].

Нарушение эмоциональной регуляции проявляется в двух противоположных состояниях: гипervозбуждении (вспышки гнева, панические реакции, аффективная нестабильность) или эмоциональном «онемении» (диссоциация, отчуждение от собственных чувств). Перечисленные состояния являются адаптивными в условиях травмы, однако в зрелом возрасте препятствуют полноценному функционированию личности.

Особое место в структуре последствий занимает алекситимия – трудности в распознавании и вербализации собственных эмоций [5]. У ребенка, чьи чувства систематически игнорировались или наказывались, не формируется «эмоциональный словарь». Во взрослом возрасте алекситимия приводит к тому, что человек, ощущая внутренний дискомфорт, не способен понять его природу, что затрудняет саморегуляцию и межличностную коммуникацию.

Ещё одним из эмоциональных последствий травмы является стыд, который представляет собой не просто чувство вины за конкретный поступок, а становится глубинным убеждением в собственной «негодности» или «порочности». Стыд возникает при интернализации обвинений со



стороны обидчика или при столкновении с недоверием окружающих. Стыд служит медиатором между травматическим опытом и клиническими симптомами, в особенности ПТСР и депрессией [10].

Наконец, травма оказывает разрушительное воздействие на самовосприятие. В соответствии с когнитивной теорией А. Бека, у человека формируются негативные убеждения о себе и об окружающем мире. Данные когнитивные установки приводят к устойчиво низкой самооценке, которая, по данным исследований, частично опосредует связь между детской травмой и развитием депрессивных и тревожных расстройств [3, 12]. Таким образом, эмоциональное благополучие нарушается через дестабилизацию систем саморегуляции и самооценки.

Влияние детской психотравмы на когнитивное благополучие

Когнитивное благополучие включает ясность мышления, способность к гибкому решению проблем и позитивное отношение к себе и миру. Детская травма подрывает эти способности, формируя устойчивые негативные когнитивные схемы – глубинные убеждения о себе и окружающем мире, сформированные в детстве и функционирующие как «линзы» восприятия.

Наиболее значимая роль в формировании данных схем отводится психологическому насилию, поскольку оно формирует в сознание ребенка депрессогенные установки. Установки фиксируются в структуре личности как ранние дезадаптивные схемы, описанные в схема-терапии Дж. Янга. У травмированных лиц наиболее часто выявляются схемы из доменов «Отверженность/изоляция», «Нарушенная автономия» и «Чрезмерная осторожность» [3, 11].

Наряду с формированием убеждений, травма нарушает и высшие когнитивные функции. Результаты исследований показывают дефициты в рабочей памяти, когнитивной гибкости и ингибировании – функциях, напрямую связанных с префронтальной корой головного мозга. Наличие указанных дефицитов затрудняет обучение, планирование и адаптацию к новым условиям [1, 7].

Другим важным когнитивным механизмом является руминация – постоянное прокручивание в уме негативных событий и их последствий. Руминация блокирует конструктивное решение проблем и выступает мощным предиктором депрессии. Детская травма предсказывает склонность к руминации, которая, в свою очередь, поддерживает симптомы расстройства [4, 6].

Кроме того, наблюдается склонность к негативным атрибуциям: негативные события приписываются внутренним («это моя вина»), стабильным («это всегда так будет») и глобальным («это относится ко всему в моей жизни») причинам. Подобный атрибутивный стиль усиливает чувства стыда и безнадежности [8]. Таким образом, когнитивное благополучие нарушается через формирование ригидных, негативных когнитивных структур, которые искажают восприятие реальности и препятствуют адаптивному мышлению.

Влияние детской психотравмы на поведенческое благополучие

Поведенческое благополучие проявляется в способности строить здоровые отношения, выполнять социальные роли и использовать эффективные стратегии решения проблем. Детская травма разрушает эти способности, прежде всего посредством нарушения базовой привязанности [2]. В ситуации, когда значимый взрослый, вместо защиты и поддержки, становится источником угрозы, у ребенка формируется неуверенный стиль привязанности – тревожный, избегающий или дезорганизованный. Во взрослом возрасте стиль привязанности влияет на все межличностные отношения, вызывая трудности с доверием, чрезмерную зависимость или, напротив, эмоциональную изоляцию.

Многие поведенческие паттерны у лиц с травматическим опытом представляют собой адаптации, связанные с выживанием, которые были функциональны в детстве, но во взрослом



возрасте становятся дезадаптивными. К ним относятся избегание (людей, мест, тем), которое временно снижает тревогу, но сужает жизненное пространство; чрезмерная бдительность (постоянный поиск угроз), истощающая психические ресурсы; подстройка под других как попытка контроля над средой через подчинение; а также импульсивное и саморазрушительное поведение (самоповреждение, злоупотребление веществами, рискованное сексуальное поведение) как способ совладания с невыносимой эмоциональной болью или онемением [6].

Таким образом, поведенческое благополучие нарушается как на межличностном уровне через дисфункциональные стили привязанности, так и на индивидуальном через дезадаптивные стратегии и, как следствие, ухудшение физического здоровья.

Заключение

Детская психотравма оказывает системное и долгосрочное влияние на психологическое благополучие, нарушая его эмоциональный, когнитивный и поведенческий составляющие. Влияние травмы реализуется не напрямую, а опосредованно, через ряд психологических механизмов: нарушение эмоциональной регуляции, негативные когнитивные схемы, нарушения привязанности и снижение самооценки. Нейробиологические изменения, вызванные хроническим стрессом в чувствительные периоды, создают устойчивую основу для этих нарушений.

При этом важно учитывать роль модераторов, в частности, резилиентности. Наличие хотя бы одного поддерживающего взрослого в детстве может значительно смягчить негативные последствия травмы, обеспечивая ребенку опыт безопасности и со-регуляции эмоций [5].

Понимание указанных механизмов имеет важное прикладное значение. Оно позволяет переосмыслить психопатологию не как набор дискретных симптомов, а как следствие нарушенного развития. Такой подход направляет терапевтические усилия на восстановление базовых функций – регуляции эмоций, формирования позитивного самовосприятия и способности к построению безопасной привязанности. Предложенная теоретическая модель может служить основой для дальнейших эмпирических исследований в данной области.

Список литературы:

1. Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: a pilot study / Majer M., Nater U. M., Lin J. M., Capuron L., Reeves W. C. // BMC Neurology. 2010. Vol. 10. Article 61. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-61>.
2. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities / Dvir Y., Ford J. D., Hill M., Frazier J. A. // Harvard Review of Psychiatry. 2014. Vol. 22, №3. P. 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>.
3. Gibb B. E. Childhood maltreatment and negative cognitive styles: A quantitative and qualitative review // Clinical Psychology Review. 2002. Vol. 22, №2. P. 223–246. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00088-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00088-5).
4. Manshadi Z. D., Neshat-Doost H. T., Jobson L. Cognitive factors as mediators of the relationship between childhood trauma and depression symptoms: the mediating roles of cognitive overgeneralisation, rumination, and social problem-solving // European Journal of Psychotraumatology. 2024. Vol. 15, №1. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2320041>.
5. Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience / McLaughlin K. A., Colich N. L., Rodman A. M., Weissman D. G. // BMC Med. 2020. Vol. 18. Article 96. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01561-6>.
6. Michałowska S., Chęć M., Podwalski P. The mediating role of maladaptive perfectionism in the relationship between childhood trauma and depression // Sci Rep. 2025. Vol. 15. Article 18236. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-03783-1>.



7. Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma / Cross D., Fani N., Powers A., Bradley B. // *Clinical Psychology: A publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*. 2017. Vol. 24, №2. P. 111–124. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12198>.
8. Seah R., Berle D. Shame mediates the relationship between negative trauma attributions and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms in a trauma exposed sample // *Clinical Psychology in Europe*. 2022. Vol. 4, №3. Article e7801. <https://doi.org/10.32872/cpe.7801>
9. Smith K. E., Pollak S. D. Early life stress and development: potential mechanisms for adverse outcomes // *J Neurodevelop Disord*. 2020. Vol. 12. Article 34. <https://doi.org/10.1186/s11689-020-09337-y>.
10. Su W.-M., Stone L. Adult survivors of childhood trauma: a conceptual framework for general practice // *Australian Journal of General Practice*. 2020. Vol. 49. №7. <https://doi.org/10.31128/AJGP-08-19-5039>.
11. Tezel F. K., Kışlak Ş. T., Boysan M. Relationships between Childhood Traumatic Experiences, Early Maladaptive Schemas and Interpersonal Styles // *Noro Psikiyatri Arsivi*. 2015. Vol. 52, №3. P. 226–232. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.7118>.
12. The role of self-esteem and emotion regulation in the associations between childhood trauma and mental health in adulthood: a moderated mediation model / Li C., Fu P., Wang M., Xia Y., Hu C., Liu M., Zhang H., Sheng X., Yang Y. // *BMC Psychiatry*. 2023. Vol. 23. Article 241. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04719-7>.
13. Wadsworth M. E. Development of Maladaptive Coping: A Functional Adaptation to Chronic, Uncontrollable Stress // *Child Development Perspectives*. 2015. Vol. 9, №2. P. 96–100. <https://doi.org/10.1111/cdep.12112>.

