



УДК 159.944.4:355

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПОСЛЕ СВО С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОФИЛЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Шумилова Н.И., Ларских М.В. (г. Воронеж)



Шумилова Наталья Ивановна

Медицинский психолог отделения ранней реабилитации БУЗ ВОКБ 1 г. Воронеж, Россия.

E-mail: ledy.disha2013@yandex.ru

ORCID: 0009-0008-4020-491X



Ларских Марина Владимировна

Доктор психологических наук, доцент кафедры педагогики и педагогической психологии ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» г. Воронеж, Россия; главный внештатный специалист по медицинской психологии Министерства здравоохранения Воронежской области; 394071, Воронеж, ул. 20-летия Октября.

E-mail: marinalars@mail.ru

Аннотация

Актуальность. Обоснована необходимость дифференцированной психологической реабилитации военнослужащих после участия в специальной военной операции с учетом неоднородности посттравматических состояний. Материалы и методы. Проведено клиничко-психологическое обследование 32 военнослужащих с использованием HADS, Миссисипской шкалы боевого ПТСР, IES-R, краткого опросного блока, составленного на основе Brief RCOPe, и структурированной регистрационной карты клиничко-психологического обследования. Анализ носил пилотный описательно-аналитический характер и включал интерпретацию средних значений, корреляционных связей, операциональное сопоставление количественных показателей с данными клиничко-психологической беседы при выделении клиничко-психологических профилей посттравматического состояния. Результаты. Выделены четыре операциональных профиля: хронический дистресс, доминирование переживаний вины и стыда, религиозность как ресурс совладания и резильентный тип адаптации. Для каждого профиля описаны ведущие характеристики, приоритетные мишени помощи и соответствующие направления психологического сопровождения. Выводы. Посттравматические состояния обследованных военнослужащих неоднородны, поэтому для первичного маршрута помощи значимы суммарная выраженность симптомов, структура ведущих переживаний, нарушения повседневного функционирования и ресурсы совладания. Предложенная модель имеет прикладной характер и требует дальнейшей проверки на расширенных выборках с применением более строгих межгрупповых статистических процедур.

Ключевые слова: ПТСР; военнослужащие; СВО; психологическая реабилитация; переживания вины и стыда; религиозность; клиничко-психологическое профилирование; дифференцированная помощь.

Для цитаты: Шумилова Н.И., Ларских М.В. Дифференцированная психологическая реабилитация военнослужащих после СВО с учётом индивидуальных клиничко-психологических профилей посттравматического состояния. // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2026. Т.18. №2(91). С. 12-21. URL: <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2026-18-2-13-22>.

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) в клинической практике рассматривается как расстройство, возникающее после воздействия чрезвычайно угрожающего или катастрофического события и проявляющееся повторным переживанием травмы, избеганием, гипервозбуждением и нарушением адаптации. В настоящей работе клиническая интерпретация материала соотносилась с действующей классификационной рамкой МКБ-10 и опиралась на клинические описания и диагностические указания данной классификации [1].

Национальные клинические рекомендации РФ по ПТСР подчеркивают необходимость комплексной диагностики, учета сопутствующей симптоматики и выбора тактики помощи в соответствии с клинической картиной – психотерапевтические и, при необходимости, медикаментозные вмешательства [2]. Современные работы по медико-психологической реабилитации военнослужащих и международные руководства по ведению ПТСР указывают на необходимость этапности помощи, клинической безопасности и индивидуализации вмешательств, в том числе при выраженных нарушениях эмоциональной регуляции и социальной адаптации [3-5].

При реабилитации военнослужащих значение имеет редукция симптомов и восстановление повседневного функционирования (семейного, профессионального и социального). В клинической картине ПТСР наряду с повторным переживанием травмы, избеганием и гипервозбуждением нередко наблюдаются тревога, сниженное настроение, нарушения сна и социальная дезадаптация, что сопровождается снижением качества жизни и функционирования [1, 2, 6, 7]. Это усиливает аргумент в пользу дифференцированного реабилитационного маршрута.

В структуре посттравматических переживаний большое значение имеют выраженные чувства вины и стыда, кризис доверия, смысловые и духовные затруднения. Религиозность и духовные практики в одних случаях выступают ресурсом совладания, а в других могут сопровождаться внутренним конфликтом и усиливать дистресс. Поэтому при планировании психологической помощи следует различать ресурсные и дезадаптивные формы смыслового и религиозного реагирования [8-12].

Цель исследования состоит в выявлении различий в структуре и выраженности посттравматического состояния у военнослужащих после СВО, включая тревожные, депрессивные, аффективно-смысловые и ресурсные компоненты, и в разработке на этой основе практико-ориентированной модели дифференцированной психологической помощи.

Материалы и методы

Исследование носило характер прикладного пилотного клиничко-психологического обследования военнослужащих – участников СВО, проходящих реабилитацию (N=32; выборка мужская; возраст 23-47 лет; часть участников имела выраженную семейную поддержку; опыт участия в СВО различался по длительности и характеру выполняемых задач). Оценивались выраженность посттравматических симптомов, тревожных и депрессивных проявлений, переживаний вины и стыда, роль религиозности как возможного ресурса совладания.

Психодиагностический инструментарий:

1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) – скрининговая шкала тревожно-депрессивной симптоматики [13].

2. Миссисипская шкала для оценки боевого ПТСР с дополнительной фиксацией показателя «вина» (субшкальные пункты, чувствительные к самообвинению и социальному отчуждению) [14].

3. Шкала влияния травматического стресса (IES-R) для количественной оценки общей выраженности травматического дистресса [15].

4. Краткий опросный блок, составленный на основе подхода Brief RCOPE и содержащий показатели частоты религиозных практик, субъективной значимости веры и использования религиозных способов совладания [10].

5. Помимо шкальных методик применялось структурированное клинико-психологическое обследование в форме полуструктурированной беседы с заполнением регистрационной карты. В карте фиксировались заранее определенные параметры: преобладающий аффект, содержание ведущих жалоб, выраженность нарушений сна, степень ограничения повседневного функционирования, особенности смысловой интерпретации травматического опыта, наличие религиозных и вне-религиозных ресурсов совладания. Указанные параметры использовались как формализованные клинико-психологические признаки для последующего сопоставления со шкальными показателями.

Методологическую основу работы составили клинико-психологический метод, описательно-аналитический и сравнительный подходы. Статистическая обработка включала описательные показатели (M , σ) и корреляции Пирсона для выявления направленности ассоциаций между переменными. Корреляционный анализ использовался исключительно для описания взаимосвязей, поскольку сам по себе не позволяет делать выводы о причинно-следственных отношениях. Межгрупповая статистическая верификация профилей в настоящем пилотном исследовании не являлась самостоятельной задачей; на следующем этапе исследования целесообразно применение непараметрических критериев Краскела – Уоллиса и Манна – Уитни на расширенной выборке.

Результаты и обсуждение

Количественные показатели симптоматики и взаимосвязей

По данным описательной статистики, в обследованной группе были представлены выраженные уровни тревоги и высокий травматический дистресс по IES-R, при среднем уровне ПТСР, близком к пороговым значениям и отражающем неоднородность выборки по тяжести состояния.

Таблица 1

Средние значения (M) и стандартные отклонения (σ) по основным шкалам ($N=32$)

Шкала	M	σ	Уровневая интерпретация
HADS тревога	11,8	3,4	выраженная тревожность
HADS депрессия	10,2	3,1	субклиническая/умеренная депрессия
Миссисипская шкала ПТСР (общ.)	108,5	18,7	пороговый уровень, неоднородность группы
Шкала религиозной активности	22,1	5,8	средний уровень, высокий разброс
IES-R: общий балл	42,3	12,4	высокий травматический дистресс

Полученные средние значения позволяют говорить о неоднородности обследованной группы. Высокий средний показатель по шкале тревоги HADS и высокий суммарный балл по IES-R указывают на выраженность дистресса как минимум у части обследованных. При этом средний суммарный показатель по Миссисипской шкале находился вблизи пороговой зоны, что отражает различия между участниками по тяжести и структуре посттравматических переживаний. Средний показатель по шкале религиозной активности при заметном разбросе значений свидетельствует о том, что религиозный ресурс в данной группе представлен неравномерно и не может интерпретироваться как универсальный фактор адаптации.

С учетом логики исследования дальнейшая интерпретация строилась на сопоставлении четырех операционально выделенных профилей, различающихся по сочетанию шкальных показателей, параметров структурированного клинико-психологического обследования, ресурсов совладания и степени сохранности повседневного функционирования.

Корреляционный анализ выявил ожидаемую связь общего показателя ПТСР с тревогой ($r=0,72$), депрессивной симптоматикой ($r=0,69$) и травматическим дистрессом по IES-R ($r=0,85$). Выраженной оказалась связь ПТСР с показателем вины ($r=0,87$), что позволяет рассматривать переживания самообвинения компонентом посттравматического состояния у части обследованных. Связи религиозной активности с тревогой, депрессией и ПТСР были слабыми и неустойчивыми, что указывает на необходимость содержательной, а не формальной интерпретации религиозного фактора. Корреляции описывают лишь ассоциации между показателями и не могут трактоваться как указание на причинные отношения.

Выделенные клинико-психологические профили посттравматического состояния и их клиническое содержание

В работе термин «клинико-психологический профиль посттравматического состояния» используется в операциональном смысле – как сочетание ведущих симптоматических, эмоционально-смысловых и ресурсных характеристик, выявляемых при сопоставлении количественных показателей и данных структурированной регистрационной карты клинико-психологического обследования. Профили не рассматриваются как самостоятельные диагностические категории и не подменяют диагноз ПТСР по МКБ-10. Их выделение выполнялось на основе заранее определенных критериев и включало три последовательных шага: 1) анализ индивидуальных значений по шкалам HADS, Миссисипской шкале ПТСР, IES-R и показателю вины; 2) учет параметров регистрационной карты, в которой фиксировались преобладающий аффект, содержание ведущих жалоб, выраженность нарушений сна, степень ограничения повседневного функционирования, особенности смысловой интерпретации травматического опыта, наличие религиозных и вне-религиозных ресурсов совладания; 3) сопоставление выраженности симптоматики с выявленными клинико-психологическими признаками и выбор рабочего профиля для начального маршрута помощи. Численность выделенных групп составила 8, 6, 12 и 6 человек соответственно.

Таблица 2

Операциональные критерии выделения клинико-психологических профилей посттравматического состояния

Профиль	Шкальные признаки	Клинико-психологические признаки (0–5 б)	Ключевой ресурс / дефицит
Хронический дистресс	Высокие HADS-A и IES-R, выраженные нарушения сна	Тревога и напряжение 4–5 б; истощение и навязчивые переживания 4–5б; Нарушения сна 4–5б; ограничение повседневной активности 3–5б; фиксация на угрозе 4–5б.	Дефицит стабилизации и саморегуляции
Доминирование переживаний вины и стыда	Показатель вины непропорционально высок относительно общей симптоматики	Вина и стыд 4–5б; самообвинение и нравственный конфликт 4–5б; нарушения сна 1–3б; ограничение повседневного функционирования 2–4б; переживание собственной несостоятельности 4–5б.	Дефицит смысловой интеграции травматического опыта
Религиозность как ресурс совладания	Умеренная симптоматика при устойчивом религиозном совладании	Тревога: 1–3б при сохранении надежды 3–4б; потребность в объяснении и поддержке 2–4б; нарушения сна 0–2б; ограничение повседневного функционирования 0–2б; опора на веру и религиозные практики 4–5б.	Наличие ресурсной смысловой опоры
Резильентный тип адаптации	Относительно низкая выраженность симптомов без грубых нарушений функционирования	Напряжение 1–2б; отдельные посттравматические переживания 1–2б; нарушения сна 0–1б; ограничение повседневного функционирования 0–1б; прагматическое совладание 4–5б.	Семейная поддержка и вне-религиозные ресурсы саморегуляции

Вариант «Хронический дистресс» (n=8, 25%) характеризовался сочетанием высоких показателей тревоги, выраженного травматического дистресса, нарушений сна, внутреннего напряжения и снижения повседневной активности. Для этих военнослужащих первоочередными являются стабилизация состояния, освоение навыков саморегуляции и восстановление режима сна и повседневной активности до перехода к более глубокой травма-фокусированной работе. Такой вариант можно рассматривать клинико-психологическим основанием для поэтапного начала реабилитации [16].

Вариант «Доминирование переживаний вины и стыда» (n=6, 19%) отличался тем, что при посттравматической симптоматике основополагающими стали самообвинение, чувство нравственной несостоятельности, утрата доверия к себе и смысловые затруднения. В этих случаях психологическая помощь должна быть ориентирована на проработку вины и стыда, восстановление ценностной целостности, переработку травматического опыта и укрепление межличностных связей [17].

Вариант «Религиозность как ресурс совладания» (n=12, 38%) характеризовался умеренной выраженностью симптоматики при наличии устойчивой внутренней опоры на религиозные практики и смысловые объяснительные схемы. В данной группе религиозность выступала не самостоятельным лечебным фактором, а дополнительным ресурсом, который может поддерживать надежду, внутреннюю связность и мотивацию к восстановлению [12].

Вариант «Резильентный тип адаптации» (n=6, 19%) характеризовался относительно низкой интенсивностью симптомов, сохранностью социальных ролей и наличием альтернативных ресурсов совладания – семейной поддержки, профессиональной идентичности и прагматических стратегий саморегуляции. Для данной группы целесообразны мониторинг, психообразование и профилактика отсроченных неблагоприятных последствий [3].

Сопоставление профилей

Сравнительный анализ на уровне профилей показал, что вариант «хронический дистресс» отличался максимальной общей нагрузкой симптомов и наибольшими трудностями повседневного функционирования. Вариант «доминирование переживаний вины и стыда» выделялся специфическим содержанием переживаний: самообвинением, нравственным конфликтом, отчуждением и трудностями символической переработки травматического опыта. Вариант «религиозность как ресурс совладания» характеризовался более умеренной симптоматикой и наличием внутренней смысловой опоры, а «резильентный тип адаптации» – относительной сохранностью социальных ролей и опорой на вне-религиозные ресурсы саморегуляции.

Таким образом, основанием для разграничения профилей выступала суммарная выраженность симптомов и конфигурация формализованных клинико-психологических параметров, заранее фиксировавшихся при обследовании: преобладающий аффект, характер жалоб, выраженность нарушений сна, степень поведенческой дезорганизации, смысловая интерпретация произошедшего и способ опоры на доступные ресурсы. Именно поэтому обсуждение результатов в данной работе строится вокруг межпрофильных различий.

Следует подчеркнуть, что при малочисленных и неравных подгруппах межпрофильные различия в настоящем исследовании представлены прежде всего на клинико-психологическом и описательном уровне. Ограничение не отменяет прикладной ценности предложенной схемы, но требует ее последующей статистической проверки на расширенной выборке с использованием непараметрических межгрупповых критериев.

Дифференцированная реабилитация как клинический алгоритм

Опираясь на выделенные варианты, целесообразно переходить от унифицированной программы к алгоритму дифференцированной помощи, включающему короткую диагностическую сессию, операциональное отнесение к одному из вариантов и выбор приоритетных мишеней сопровождения.

Алгоритм первичного профилирования может быть реализован в условиях ограниченного времени и без специализированного статистического программного обеспечения. На первом этапе оцениваются основные количественные показатели (HADS-A, HADS-D, общий показатель ПТСР, показатель вины, общий IES-R и религиозный ресурс совладания). На втором этапе анализируются параметры структурированной регистрационной карты клинико-психологического обследования: преобладающий аффект, содержание ведущих жалоб, выраженность нарушений сна, степень ограничения повседневного функционирования, особенности смысловой интерпретации травматического опыта и наличие ресурсных форм совладания. На третьем этапе формулируется рабочая клинико-психологическая гипотеза о ведущем варианте состояния, которая используется как

основание для выбора начального маршрута помощи. Практическая ценность такого алгоритма состоит в переводе психодиагностических данных в последовательное клиническое решение о первоочередных задачах психологического сопровождения.

С точки зрения доказательной базы, ядро помощи при ПТСР составляют травма-фокусированные вмешательства, применяемые с учетом готовности пациента, выраженности дистресса и клинической безопасности. Десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR), методы когнитивно-поведенческого спектра, навыки программы эмоциональной регуляции могут использоваться поэтапно и в различных сочетаниях [1, 4, 5, 10].

При этом профильный подход позволяет точнее определить «точку входа» и «первые цели»:

1. При хроническом дистрессе – первоначальное обучение навыкам стабилизации, эмоциональной регуляции и восстановления режима;
2. При доминировании переживаний вины и стыда – когнитивно-поведенческая проработка самообвиняющих убеждений, нарративная переработка травматического опыта и восстановление межличностных связей;
3. При религиозности как ресурсе совладания – этическое использование смысловых и духовных опор при обязательном уважении автономии пациента;
4. При резильентном типе адаптации – мониторинг состояния, профилактика отсроченных проявлений и поддержка семейного функционирования.

В качестве примера краткого промежуточного навыкового этапа для пациентов, испытывающих трудности с регуляцией эмоций и межличностными отношениями, может выступать программа Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) – тренинг навыков аффективной и межличностной регуляции, направленный на развитие эмоциональной саморегуляции и более адаптивного межличностного взаимодействия, – показавшая эффективность у ветеранов, в том числе в первичной медико-санитарной помощи, для снижения ПТСР и депрессивной симптоматики, а также для улучшения эмоциональной регуляции [8].

Для варианта, в котором доминируют переживания вины и стыда, релевантны специализированные подходы, ориентированные на работу с нравственно значимыми переживаниями, травматической утратой и нарушением доверия. Рандомизированное контролируемое исследование метода адаптивного раскрытия показало преимущества по ряду функциональных исходов и выраженности симптоматики у ветеранов с посттравматическими нарушениями, связанными с подобными переживаниями, по сравнению с терапией, ориентированной на актуальные проблемы [17].

Эмпирические данные показывают, что религиозное совладание может иметь ресурсный и дезадаптивный характер. Поэтому весомы различие конструктивных и конфликтных форм духовного реагирования, уважение границ компетенции психолога и мировоззренческой автономии пациента [8-12]. Сводная модель дифференцированной помощи – таблица 3.

Ограничения исследования

Исследование носило пилотный характер и было выполнено на малой выборке, однородной по полу и общему реабилитационному контексту, но неоднородной по выраженности и структуре посттравматических проявлений. Выделенные профили имеют операциональный статус и пока не прошли межгрупповую статистическую верификацию. Поэтому предложенная схема должна рассматриваться как инструмент предварительной клинико-психологической сортировки и планирования начального маршрута помощи.

Таблица 3

Дифференцированная модель психологической реабилитации по профилям

Профиль	Первичные цели	Приоритетные модули помощи	Религиозность в терапии
Хронический дистресс	стабилизация; снижение гиперактивности; восстановление режима сна и повседневной активности	психообразование; навыки заземления/саморегуляции; план безопасности; затем – травма-фокусированный этап при готовности	не форсировать; искать иные опоры (режим, тело, семья, структурирование)

Доминирование переживаний вины и стыда	переработка вины/стыда; восстановление ценностной целостности	смысловая и ценностная работа; нарративные техники; функциональная реабилитация	при духовном конфликте – деликатная работа со смыслом без навязывания; при необходимости – междисциплинарное взаимодействие
Религиозность как ресурс совладания	укрепление адаптации; профилактика рецидивов; поддержка посттравматического роста	поддержка смыслостроительства; социальная реинтеграция; укрепление семейных и групповых ресурсов	интеграция ресурсной религиозности в восстановление при согласии пациента
Резильентный тип адаптации	профилактика отсроченных последствий; поддержка роли и семьи	мониторинг; стресс-менеджмент; семейное консультирование; профилактические сессии	не является фокусом; уважение убеждений

Выводы

1. У обследованных военнослужащих после участия в СВО посттравматическое состояние проявлялось неоднородно и различалось по выраженности травматического дистресса, тревожных и депрессивных проявлений, переживаний вины и стыда, по характеру религиозных и вне-религиозных ресурсов совладания.

2. Выделенные варианты (хронический дистресс, доминирование переживаний вины и стыда, религиозность как ресурс совладания и резильентный тип адаптации) следует рассматривать как операциональные клиничко-психологические профили посттравматического состояния, позволяющие структурировать наблюдаемые различия в состоянии обследованных, но не как самостоятельные диагностические категории.

3. Полученные результаты позволяют использовать принцип дифференцированного планирования помощи. При выраженном дистрессе приоритетом является стабилизация, при доминировании вины и стыда – смысловая и ценностная переработка травматического опыта, при наличии ресурсной религиозности – опора на согласованные с пациентом способы совладания, при резильентном типе адаптации – мониторинг и профилактика.

4. Практическая значимость предложенной модели состоит в том, что она переводит разрозненные данные обследования в клиничко-психологическое решение о первом маршруте помощи. Вместе с тем модель имеет предварительный характер и нуждается в дальнейшей проверке на более широких выборках, с межгрупповым сравнением профилей и использованием непараметрических статистических процедур.

Заключение

Проведенное исследование показало, что у военнослужащих после СВО наблюдается неоднородная структура посттравматических состояний, различающихся по выраженности травматического дистресса, тревожных и депрессивных проявлений, переживаний вины и стыда, роли религиозных и вне-религиозных ресурсов совладания. Это делает целесообразным отказ от исключительно унифицированных схем психологического сопровождения и усиливает значение клиничко-психологического профилирования на первичном этапе помощи.

Предложенный подход к выделению операциональных клиничко-психологических профилей посттравматического состояния может использоваться как прикладной ориентир при первичном психологическом обследовании и планировании маршрута помощи. В то же время результаты не позволяют делать выводы об эффективности конкретных реабилитационных технологий, поскольку сама программа вмешательства в рамках данного исследования не оценивалась, а межгрупповая статистическая проверка профилей не проводилась. Перспективой дальнейшей работы является проверка предложенной модели на расширенной выборке, уточнение критериев выделения профилей и применение непараметрических процедур для сравнения подгрупп.

Список литературы

1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO; 1992.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации: посттравматическое стрессовое расстройство. 2023.
3. Смирнов Д.В., Наумов П.Ю., Землин А.И. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих (сотрудников): современные организационные тенденции и нормативные аспекты. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2025;17(1):437-460. doi:10.12731/2658-6649-2025-17-1-1361.
4. U.S. Department of Veterans Affairs; U.S. Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline: Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. 2023.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. NICE guideline NG116. 2018.
6. Ikin J.F., Creamer M.C., Sim M.R., McKenzie D.P. Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: prevalence, predictors, and impairment. *Journal of Affective Disorders*. 2010;125(1-3):279-286. doi:10.1016/j.jad.2009.12.005.
7. Akbar R., Arya V., Conroy E., Wilcox H.C., Page A. Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2023;53(1):163-184. doi:10.1111/sltb.12931.
8. Ano G.G., Vasconcelles E.B. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2005;61(4):461-480. doi:10.1002/jclp.20049.
9. Pargament K.I., Smith B.W., Koenig H.G., Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1998;37(4):710-724. doi:10.2307/1388152.
10. Pargament K.I., Feuille M., Burdzy D. The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*. 2011;2(1):51-76. doi:10.3390/rel2010051.
11. Witvliet C.V.O., Phipps K.A., Feldman M.E., Beckham J.C. Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 2004;17(3):269-273. doi:10.1023/B:JOTS.0000029270.47848.e5.
12. Sinnott S.M., Park C.L., George J.R., Gnall K.E., David A.B. Use of religious and spiritual responses after trauma to prevent posttraumatic stress symptoms and suicidality: The role of meaning in life. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2023. doi:10.1002/cpp.2902.
13. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
14. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(1):85-90. doi:10.1037//0022-006X.56.1.85.
15. Beck J.G., Grant D.M., Read J.P., Clapp J.D., Coffey S.F., Miller L.M., Palyo S.A. The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008;22(2):187-198. doi:10.1016/j.janxdis.2007.02.007.
16. Jain S., Ortigo K., Gimeno J., Baldor D.A., Weiss B.J., Cloitre M. A randomized controlled trial of brief Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) for veterans in primary care. *Journal of Traumatic Stress*. 2020;33(4):401-409. doi:10.1002/jts.22523.
17. Litz B.T., Yeterian J., Berke D., Lang A.J., Gray M.J., Nienow T., Frankfurt S., Harris J.I., Maguen S., Rusowicz-Orazem L. A controlled trial of adaptive disclosure-enhanced to improve functioning and treat posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2024;92(3):150-164. doi:10.1037/ccp0000873.
18. International Society for Traumatic Stress Studies. Bisson J.I., Berliner L., Cloitre M., Forbes D., Jensen T.K., Lewis C., Monson C.M., Olf M., Pilling S., Riggs D.S., Roberts N.P., Shapiro F. The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and

References

1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO; 1992.
2. Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines: post-traumatic stress disorder. 2023. (in Russian).
3. Smirnov D.V., Naumov P.Yu., Zemlin A.I. Medical and psychological rehabilitation of military personnel (employees): modern organizational trends and regulatory aspects. *Siberian*

Journal of Life Sciences and Agriculture. 2025;17(1):437-460. (in Russian). doi:10.12731/2658-6649-2025-17-1-1361.

4. U.S. Department of Veterans Affairs; U.S. Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline: Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. 2023.

5. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. NICE guideline NG116. 2018.

6. Ikin J.F., Creamer M.C., Sim M.R., McKenzie D.P. Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: prevalence, predictors, and impairment. *Journal of Affective Disorders*. 2010;125(1-3):279-286. doi:10.1016/j.jad.2009.12.005.

7. Akbar R., Arya V., Conroy E., Wilcox H.C., Page A. Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2023;53(1):163-184. doi:10.1111/sltb.12931.

8. Ano G.G., Vasconcelles E.B. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2005;61(4):461-480. doi:10.1002/jclp.20049.

9. Pargament K.I., Smith B.W., Koenig H.G., Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1998;37(4):710-724. doi:10.2307/1388152.

10. Pargament K.I., Feuille M., Burdzy D. The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*. 2011;2(1):51-76. doi:10.3390/rel2010051.

11. Witvliet C.V.O., Phipps K.A., Feldman M.E., Beckham J.C. Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 2004;17(3):269-273. doi:10.1023/B:JOTS.0000029270.47848.e5.

12. Sinnott S.M., Park C.L., George J.R., Gnall K.E., David A.B. Use of religious and spiritual responses after trauma to prevent posttraumatic stress symptoms and suicidality: The role of meaning in life. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2023. doi:10.1002/cpp.2902.

13. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

14. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(1):85-90. doi:10.1037//0022-006X.56.1.85.

15. Beck J.G., Grant D.M., Read J.P., Clapp J.D., Coffey S.F., Miller L.M., Palyo S.A. The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008;22(2):187-198. doi:10.1016/j.janxdis.2007.02.007.

16. Jain S., Ortigo K., Gimeno J., Baldor D.A., Weiss B.J., Cloitre M. A randomized controlled trial of brief Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) for veterans in primary care. *Journal of Traumatic Stress*. 2020;33(4):401-409. doi:10.1002/jts.22523.

17. Litz B.T., Yeterian J., Berke D., Lang A.J., Gray M.J., Nienow T., Frankfurt S., Harris J.I., Maguen S., Rusowicz-Orazem L. A controlled trial of adaptive disclosure-enhanced to improve functioning and treat posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2024;92(3):150-164. doi:10.1037/ccp0000873.

18. International Society for Traumatic Stress Studies. Bisson J.I., Berliner L., Cloitre M., Forbes D., Jensen T.K., Lewis C., Monson C.M., Olf M., Pilling S., Riggs D.S., Roberts N.P., Shapiro F. The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *Journal of Traumatic Stress*. 2019;32(4):475-483. doi:10.1002/jts.22421.

DIFFERENTIATED PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF MILITARY PERSONNEL AFTER THE SPECIAL MILITARY OPERATION WITH ACCOUNT OF INDIVIDUAL CLINICAL-PSYCHOLOGICAL PROFILES OF THE POST-TRAUMATIC STATE

Shumilova N. I.

BUZ VOKB 1, Department of Clinical Psychology, Voronezh, Russia.

E-mail: ledy.disha2013@yandex.ru

ORCID: 0009-0008-4020-491X

Larskikh M. V.

ORCID:

Doctor of Psychology, Associate Professor, Department of Pedagogy and Educational Psychology, Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko, Voronezh, Russia; Chief External Expert in Medical Psychology of the Ministry of Health of the Voronezh Region; 394071, Voronezh, 20-letiya Oktyabrya St.

Abstract

Relevance. The need for differentiated psychological rehabilitation of military personnel after participation in a special military operation has been substantiated, taking into account the heterogeneity of post-traumatic conditions. **Materials and methods.** A clinical and psychological examination of 32 military personnel was conducted using the HADS, the Mississippi Scale of Combat PTSD, the IES-R, a brief questionnaire based on the Brief RCOPE, and a structured clinical and psychological examination record card. The analysis was of a pilot descriptive-analytical nature and included the interpretation of average values, correlation relationships, and the operational comparison of quantitative indicators with the data of a clinical and psychological interview in order to identify clinical and psychological profiles of post-traumatic stress disorder. **Results.** Four operational profiles were identified: chronic distress, dominance of guilt and shame experiences, religiosity as a coping resource, and a resilient type of adaptation. For each profile, the leading characteristics, priority targets for assistance, and corresponding areas of psychological support were described. **Conclusions.** The post-traumatic conditions of the surveyed military personnel are heterogeneous, and the total severity of symptoms, the structure of leading experiences, impairments in daily functioning, and coping resources are significant for the initial assistance route. The proposed model is of an applied nature and requires further verification on expanded samples using more rigorous intergroup statistical procedures.

Key words: PTSD; military personnel; SMO; psychological rehabilitation; guilt and shame; religiosity; clinical-psychological profiling; differentiated care.

For citation: humilova N.I., Larskikh M.V. Differentiated psychological rehabilitation of military personnel after military service taking into account individual clinical and psychological profiles of the post-traumatic state. // Medical Psychology in Russia: online scientific journal. 2026. Vol. 18. No. 2 (91). Pp.12-21. URL: <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2026-18-2-13-22>.

Дата принятия 01.02.2026

Accepted for publication 01.02.2026.for all articles № 2(91) 2026