



## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ/CLINICAL PSYCHOLOGY

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.167.28> EDN: XNFSNW**ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ И НАРУШЕНИЯ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ПТСР У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ РЕСУРСОВ В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

Научная статья

**Филатов Н.А.<sup>1,\*</sup>, Бойчук А.В.<sup>2</sup>**<sup>2</sup> ORCID : 0009-0000-3649-3941;<sup>1,2</sup> Славяно-греко-латинская академия, Москва, Российская Федерация

\* Корреспондирующий автор (6993223[at]gmail.com)

Предложена: 31.01.2026; Принята: 07.05.2026; Опубликовано: 18.05.2026

**Аннотация**

В статье представлен клинико-психологический анализ эмоциональной дисрегуляции и нарушений ценностно-смысловой регуляции при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) у военнослужащих. На основе систематического анализа отечественной и зарубежной литературы ПТСР рассматривается как многоуровневое нарушение регуляторных контуров личности, включающее трудности управления аффектом, интеграции травматического опыта и восстановления целостной идентичности. Теоретический анализ опирается на данные клинико-психологических исследований в области аффективной регуляции, психологии смысла и системной семейной психологии. Особое внимание уделено роли семейной системы как значимого контекста психологической коррекции и реабилитации: показано, что семейные ресурсы могут выступать как фактор снижения симптоматики, так и фактором риска при формировании дисфункциональных паттернов взаимодействия. Обоснована целесообразность включения семейного компонента в клинико-психологические программы коррекции ПТСР с фокусом на развитие эмоциональной регуляции, снижение избегания и восстановление ценностно-смысловых опор.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, эмоциональная дисрегуляция, ценностно-смысловая регуляция, военнослужащие, семейные ресурсы, клинико-психологическая коррекция.

**EMOTIONAL DYSREGULATION AND DISORDERS OF VALUE-MEANING REGULATION IN PTSD AMONG MILITARY PERSONNEL: THE ROLE OF FAMILY RESOURCES IN CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL TREATMENT**

Research article

**Filatov N.A.<sup>1,\*</sup>, Boychuk A.V.<sup>2</sup>**<sup>2</sup> ORCID : 0009-0000-3649-3941;<sup>1,2</sup> Slavic Greek Latin Academy, Moscow, Russian Federation

\* Corresponding author (6993223[at]gmail.com)

Suggested: 31.01.2026; Accepted: 07.05.2026; Published: 18.05.2026

**Abstract**

The article presents a clinical and psychological analysis of emotional dysregulation and disturbances in value-meaning regulation in post-traumatic stress disorder (PTSD) among military personnel. Based on a systematic review of domestic and international literature, PTSD is viewed as a multi-level disruption of the personality's regulatory circuits, involving difficulties in managing affect, integrating traumatic experiences and restoring a coherent sense of identity. The theoretical analysis is based on data from clinical and psychological studies in the fields of affect regulation, the psychology of meaning, and systemic family psychology. Particular attention is paid to the role of the family system as a significant context for psychological treatment and rehabilitation: it is shown that family resources can act both as a factor in reducing symptoms and as a risk factor in the formation of dysfunctional interaction patterns. The paper substantiates the advisability of incorporating a family component into clinical-psychological programmes for the treatment of PTSD, with a focus on developing emotional regulation, reducing avoidance, and restoring value-meaning based supports.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder (PTSD), emotional dysregulation, value-meaning regulation, military personnel, family resources, clinical psychological intervention.

**Введение**

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у военнослужащих представляет собой клинически значимый феномен, сочетающий эмоциональные, когнитивные и поведенческие нарушения, возникающие как следствие воздействия экстремальных боевых стрессоров. Согласно актуальным диагностическим критериям DSM-5 [8] и МКБ-11 [9], ПТСР диагностируется при наличии четырёх кластеров симптомов: навязчивых воспоминаний (интрузий), симптомов избегания, устойчивых негативных изменений когнитивных функций и аффекта, а также симптомов гипербдительности и изменённой реактивности. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что распространённость ПТСР среди ветеранов боевых действий существенно превышает показатели в общей популяции, варьируя в разных исследованиях от 11 до 30% в зависимости от характера и длительности боевого воздействия [12].

В клинической практике ПТСР нередко сопровождается коморбидными состояниями — депрессией, тревожными расстройствами, злоупотреблением психоактивными веществами, — что существенно осложняет как диагностику, так и реабилитационный процесс [1]. Вместе с тем доминирующий симптоматический подход к пониманию ПТСР, при всей его практической ценности, имеет ограничения: он не всегда позволяет раскрыть психологические механизмы, поддерживающие расстройство и препятствующие восстановлению.

Альтернативный и, на наш взгляд, более продуктивный вектор представляет клинико-психологический анализ ПТСР с позиций нарушения регуляторных контуров личности. Данный подход, опирающийся на труды Herman (1992), van der Kolk (2014), а в отечественной традиции — на работы Холмогоровой и Гаранян (2010), предполагает рассмотрение ПТСР не только как совокупности симптомов, но как глубокого нарушения эмоциональной саморегуляции, смысловой организации опыта и целостности идентичности. Травматический опыт в этом ракурсе приводит к фрагментации автобиографической памяти, утрате способности к интеграции пережитого и трансформации ценностно-смысловой сферы [4].

Существенное, нередко недооцениваемое значение в контексте ПТСР у военнослужащих приобретает социально-психологическое окружение, прежде всего семейная система. Семья выступает одновременно потенциальным ресурсом психологического восстановления и возможным фактором дезадаптации при наличии дисфункциональных паттернов взаимодействия. Исследования в области семейной психологии при ПТСР убедительно показывают двунаправленный характер влияния: с одной стороны, выраженность посттравматической симптоматики оказывает деструктивное воздействие на качество семейных отношений; с другой — характер семейного функционирования определяет динамику и прогноз реабилитации [6].

Цель настоящей статьи — представить систематический клинико-психологический анализ эмоциональной дисрегуляции и нарушений ценностно-смысловой регуляции при ПТСР у военнослужащих, а также теоретически обосновать роль семейных ресурсов в системе психологической коррекции и реабилитации.

Задачи исследования включают:

- 1) описание механизмов эмоциональной дисрегуляции как ключевого фактора поддержания посттравматической симптоматики;
- 2) анализ нарушений ценностно-смысловой регуляции при ПТСР и их связи с трудностями интеграции травматического опыта;
- 3) рассмотрение феноменологии семейного функционирования при ПТСР;
- 4) обоснование клинико-психологических направлений коррекционной работы с учётом семейного контекста.

### **Методы и принципы исследования**

Настоящая работа представляет собой теоретико-аналитическое исследование, выполненное на основе систематического обзора отечественной и зарубежной научной литературы. Методологическую основу составляет клинико-психологический анализ с опорой на принципы системного, деятельностного и экзистенциально-феноменологического подходов в психологии личности.

Поиск публикаций осуществлялся в электронных базах данных eLIBRARY.RU, PubMed, PsycINFO и Google Scholar с использованием ключевых слов на русском и английском языках: «ПТСР», «военнослужащие», «эмоциональная регуляция», «ценностно-смысловая сфера», «семейная система», «PTSD», «veterans», «emotional dysregulation», «meaning-making», «family functioning». Временной диапазон поиска охватывал период с 1990 по 2025 год. В анализ были включены монографии, рецензируемые статьи и нормативные документы (DSM-5, МКБ-11), непосредственно посвящённые психологии ПТСР, аффективной регуляции, психологии смысла и семейным аспектам травматизации.

Теоретический анализ проводился по следующим содержательным блокам:

- а) нейропсихологические и клинико-психологические концепции эмоциональной дисрегуляции при ПТСР;
- б) теории ценностно-смысловой регуляции в контексте травматического опыта;
- в) системные модели семейного функционирования при ПТСР;
- г) доказательные подходы к психологической коррекции и реабилитации.

Интеграция данных осуществлялась через призму многоуровневой регуляторной модели личности, позволяющей рассматривать ПТСР как нарушение взаимосвязанных уровней — аффективного, когнитивного, смыслового и межличностного.

## **Основные результаты**

### **3.1. Эмоциональная дисрегуляция как центральный механизм ПТСР**

Эмоциональная дисрегуляция рассматривается в современных клинико-психологических концепциях как один из ключевых трансдиагностических механизмов, объединяющих широкий спектр психических расстройств [7]. Применительно к ПТСР данный конструкт приобретает специфическое содержание: речь идёт о нарушении способности к распознаванию, переносимости и модуляции эмоциональных состояний, возникающем вследствие травматического опыта и, в свою очередь, поддерживающем и усиливающим посттравматическую симптоматику.

Van der Kolk (2014) в своей концепции соматической памяти травмы убедительно показал, что травматические переживания фиксируются преимущественно на уровне имплицитной, телесной памяти и в значительно меньшей степени — декларативной, вербальной. Это объясняет характерную для ПТСР диссоциацию между способностью ветерана описывать события прошлого в повествовательном плане и невозможностью регулировать аффективную реакцию при встрече с триггерными стимулами. Эмоциональная реактивность при ПТСР носит автоматический, неподконтрольный субъекту характер, что принципиально отличает её от нормативных эмоциональных реакций.

Аналогичную позицию занимает Herman (1992), описывая феноменологию «хронической травматизации» как состояние, при котором нервная система утрачивает способность к гибкой адаптации и застревает в режиме

постоянной угрозы. Это проявляется в характерном паттерне чередования гипераффективных состояний (вспышки гнева, панические реакции, плач) и гипоаффективных (эмоциональное оцепенение, диссоциация, отчуждение).

### **3.2. Механизмы эмоциональной дисрегуляции и их проявления**

В клинической феноменологии ПТСР у военнослужащих выделяется несколько взаимосвязанных форм эмоциональной дисрегуляции. Первая — алекситимические тенденции: трудности распознавания, дифференциации и вербализации собственных эмоциональных состояний. По данным исследований, значимая доля ветеранов с ПТСР демонстрирует ограниченность эмоционального словаря, неспособность отличить тревогу от гнева или стыда, склонность к соматизации эффекта [5]. Алекситимия, в свою очередь, лишает субъекта возможности использовать эмоции в их сигнальной функции, что снижает адаптивность поведения.

Вторая форма — аффективная нестабильность, проявляющаяся в резком снижении порога реактивности и утрате способности к произвольной регуляции аффекта. Внешне это выражается во вспышках раздражительности, агрессии, неконтролируемых реакциях страха в ситуациях, объективно лишённых угрозы. С позиции нейробиологии данные проявления связаны с функциональными изменениями в системе лимбической регуляции — гиперактивностью миндалевидного тела при снижении регуляторного контроля со стороны префронтальных структур [11].

Третья форма — диссоциативные переживания: деперсонализация, дереализация, состояния «замирания», при которых субъект как бы выходит из контакта с собственным аффектом. Диссоциация при ПТСР нередко выступает краткосрочно адаптивной реакцией — способом избегания невыносимых переживаний, — однако в долгосрочной перспективе препятствует интеграции травматического опыта и восстановлению адаптивного функционирования [10].

Особую роль в формировании и поддержании эмоциональной дисрегуляции при ПТСР играет избегающее поведение. Согласно когнитивно-поведенческим моделям, многократное избегание эмоционально значимых стимулов снижает переносимость аффекта и повышает чувствительность к триггерам, создавая самовоспроизводящийся дезадаптивный цикл [7]. Будучи краткосрочно облегчающим, избегание лишает субъекта возможности получить корригирующий опыт, в котором тревога не подтверждается катастрофическими последствиями.

### **3.3. Психология смысла и травматический опыт**

Ценностно-смысловая регуляция, согласно концепции Леонтьева (2007), представляет собой высший уровень личностной организации, обеспечивающий связность и направленность жизни через систему личностных смыслов, ценностей и жизненных целей. Данный уровень регуляции обеспечивает то, что Леонтьев обозначает как «смысловую организацию опыта» — способность субъекта вписывать происходящее в целостную жизненную историю и соотносить текущие события с перспективой будущего.

Травматический опыт боевых действий представляет принципиальный вызов ценностно-смысловой организации личности. По данным исследований в области психологии смысла, военная травма нередко приводит к тому, что Janoff-Bulman [10] называет «сокрушением базисных допущений» — разрушением имплицитных убеждений о безопасности мира, значимости собственных действий и справедливости происходящего. Результатом становится состояние смысловой дезориентации, при котором прежние ценностные ориентиры утрачивают валидность, а новые ещё не сформированы.

В клинической феноменологии ПТСР у военнослужащих нарушения ценностно-смысловой регуляции проявляются в нескольких взаимосвязанных плоскостях. Прежде всего — в трудностях интеграции травматического опыта в автобиографическую нарративную линию жизни. Травматические воспоминания при ПТСР сохраняют качество «чужеродного фрагмента»: они не встраиваются в логику жизненной истории, воспринимаются как нечто, произошедшее с другим человеком, либо, напротив, захватывают всё психическое пространство, вытесняя иные содержания идентичности [11].

### **3.4. Трансформация идентичности и нарушение жизненных целей**

Одним из наиболее клинически значимых проявлений нарушений ценностно-смысловой регуляции при ПТСР является трансформация профессиональной и личностной идентичности. Возвращение из зоны боевых действий сопряжено с необходимостью ролевой перестройки: субъект вынужден переходить от функционирования в режиме военнослужащего, жёстко структурированном иерархией и боевой задачей, к мирному бытию, предполагающему иные ценности, нормы и формы взаимодействия. Эта перестройка при ПТСР нередко оказывается существенно затруднена, сопровождаясь переживанием утраты смысла, ощущением чужеродности мирной жизни и неспособностью выстраивать долгосрочные жизненные цели [4].

В контексте ценностно-смысловых нарушений при ПТСР особое значение приобретает феномен моральной травмы — переживания, связанного с участием в событиях, противоречащих моральным убеждениям субъекта, или с невозможностью предотвратить гибель товарищей. Моральная травма выходит за рамки классических ПТСР-симптомов и проявляется в стойком переживании вины, стыда, ощущении моральной несостоятельности, что приводит к глубокой деформации самовосприятия и системы ценностей [10]. Её недооценка в клинической практике является одной из причин недостаточности эффективности стандартных интервенций.

### **3.5. Снижение способности к смыслообразованию при ПТСР**

Сирота и Ялтонский (2014) рассматривают как нарушение совладающего поведения высшего уровня, при котором субъект утрачивает ресурсные стратегии поиска значимости в происходящем. Следствием становится доминирование избегающих и дисфункциональных стратегий совладания, снижение социальной включённости и сужение горизонта жизненного планирования.

Семья как система психологической поддержки при ПТСР Семейная система занимает особое место в структуре психологической реабилитации военнослужащих с ПТСР. С позиций системной семейной психологии, семья представляет собой не просто совокупность индивидуальных отношений, но самоорганизующуюся систему со своей структурой, правилами функционирования и механизмами адаптации к стрессу. Именно на уровне семейной системы



прежде всего разворачивается процесс социальной реинтеграции ветерана, определяющий в значительной мере прогноз его психологического восстановления.

Качество партнёрской поддержки является одним из наиболее изученных предикторов исходов при ПТСР. В обзоре McFarlane и Yehuda (1996) убедительно показано, что воспринимаемая социальная поддержка со стороны близких выступает значимым буферным фактором, снижающим риск хронизации посттравматических расстройств. Механизмы данного эффекта носят как психологический, так и нейробиологический характер: близкие отношения активируют систему социального присоединения, нормализуют дисрегулируемый аффект через механизмы интерперсональной регуляции и создают безопасное пространство для постепенного овладения с травматической памятью [10].

С точки зрения ценностно-смысловой регуляции, семья выполняет незаменимую функцию «свидетеля» — значимого Другого, способного удерживать целостный образ личности ветерана, не редуцированный к его травматическому опыту. Эта функция критически важна в ситуации, когда сам субъект утратил доступ к непрерывному самовосприятию и нуждается во внешней поддержке смысловой идентичности [4].

### **3.6. Семья как фактор риска: дисфункциональные паттерны взаимодействия**

Вместе с тем семейная система при ПТСР может выступать не только ресурсом, но и значимым фактором риска хронизации и усиления симптоматики. Ключевым феноменом, описывающим данный аспект, является вторичная травматизация — формирование у членов семьи специфических посттравматических реакций вследствие длительного контакта с травмированным человеком [2]. Симптомы вторичной травматизации включают навязчивые образы, связанные с рассказами ветерана, эмоциональное истощение, избегание тем, связанных с боевым опытом, и изменение отношения к миру в целом.

Нарушения ролевой структуры семьи составляют ещё один значимый механизм дезадаптации. Длительное отсутствие военнослужащего, как правило, приводит к перераспределению семейных ролей, при котором партнёр принимает на себя функции, традиционно выполнявшиеся отсутствующим членом семьи. Возвращение ветерана ставит под вопрос новую ролевую структуру и нередко порождает скрытый или явный конфликт вокруг вопросов полномочий, обязанностей и ожиданий. Ригидность ролевых границ в сочетании с коммуникативными нарушениями, характерными для ПТСР, создаёт почву для нарастающего семейного дисфункционирования.

Не менее важен феномен «эмоциональной недоступности» ветерана: вследствие аффективного оцепенения, гипербдительности и избегающего поведения он нередко оказывается неспособен к полноценному эмоциональному контакту с супругом и детьми. По данным Сирота и Ялтонского (2014), партнёры ветеранов с ПТСР сообщают о хроническом чувстве одиночества в браке, ощущении «жизни рядом, но не вместе». Со временем это формирует устойчивые паттерны дистанцирования со стороны партнёра и/или гиперконтроля как компенсаторной стратегии в ответ на непредсказуемость поведения ветерана.

Таким образом, двунаправленность взаимосвязи между ПТСР и семейным функционированием носит системный, циклический характер: симптомы расстройства нарушают качество семейных отношений, а дисфункциональные паттерны семейного взаимодействия, в свою очередь, усиливают и поддерживают симптоматику. Данная взаимосвязь определяет необходимость включения семейной системы в клинико-психологическую концептуализацию ПТСР и в программы реабилитационной работы.

## **Клинико-психологические направления коррекции ПТСР с учётом семейного контекста**

### **4.1. Развитие навыков эмоциональной регуляции как базовый этап коррекции**

С учётом центральной роли эмоциональной дисрегуляции в клинической картине ПТСР, формирование навыков распознавания, дифференциации и модуляции аффекта должно рассматриваться как первоочередная задача клинико-психологической работы. Данная задача соответствует стадийной модели терапии травмы Netman (1992), в которой стабилизация и обеспечение безопасности предшествуют переработке травматического опыта. Практически это означает обучение ветерана стратегиям снижения физиологической гиперактивации (диафрагмальное дыхание, прогрессивная мышечная релаксация, техники заземления), формирование навыков дифференциации эмоциональных состояний и повышение переносимости аффекта через постепенное расширение «окна толерантности» [11].

В рамках диалектической поведенческой терапии (ДПТ) данный блок представлен модулем навыков эмоциональной регуляции, включающим идентификацию эмоций, снижение уязвимости к эмоциональному реагированию и развитие нейтрального наблюдения за собственными аффективными состояниями. Применительно к ПТСР эти техники могут быть органично встроены в программы стабилизации, предшествующие работе с травматической памятью.

### **4.2. Работа с избеганием и восстановление адаптивного поведения**

Избегающее поведение при ПТСР носит самоподдерживающийся характер и является одним из ключевых препятствий для психологического восстановления. Клинико-психологическая коррекция данного компонента опирается на принципы экспозиционной терапии: постепенного, дозированного контакта с триггерными стимулами в условиях психологической безопасности, создающего корригирующий опыт неподтверждения катастрофических ожиданий. При этом важно учитывать, что форсированная экспозиция при недостаточных навыках эмоциональной регуляции может приводить к ретравматизации, что подчёркивает значимость стадийного подхода [7].

В контексте семейной системы работа с избеганием предполагает постепенное восстановление эмоционального присутствия ветерана в семейных взаимодействиях. Партнёр может выступать как фигура безопасности и сотерапевтом в поведенческих экспериментах по расширению зоны контакта. Психообразовательная работа с членами семьи по вопросам природы избегающего поведения при ПТСР снижает вероятность его подкрепления через гиперопеку или, напротив, конфронтацию.

### 4.3. Восстановление ценностно-смысловой регуляции

Восстановление ценностно-смысловой регуляции представляет собой одно из наиболее сложных и продолжительных направлений клинико-психологической коррекции при ПТСР. С опорой на концепцию Леонтьева (2007), данная работа должна быть ориентирована на поддержку процессов смыслообразования — формирования личностных значений, способных наполнить содержанием настоящее и придать направленность будущему. Это предполагает развитие способности к нарративной интеграции травматического опыта: выстраиванию связного «рассказа о себе», в котором травматические события занимают определённое место, не поглощая всю идентичность.

Нарративные подходы к работе с ПТСР — в частности, нарративная экспозиционная терапия (NET) — ориентированы именно на эту задачу: последовательное восстановление жизненной истории субъекта, в которой боевой опыт становится частью, но не всем содержанием автобиографического нарратива. Семейная среда может поддерживать данный процесс через совместное «свидетельство» опыта ветерана, сохранение памяти о дотравматической идентичности и создание пространства для постепенного «возвращения» к мирной жизненной перспективе.

### 4.4. Семейный компонент реабилитационных программ

Включение семейного компонента в программы психологической реабилитации военнослужащих с ПТСР является научно обоснованным и клинически целесообразным. Практические меры данного направления включают несколько взаимосвязанных блоков работы. Первый — психообразовательный: предоставление членам семьи структурированной информации о природе ПТСР, его симптоматике, механизмах триггерных реакций и прогнозе. Психообразование снижает уровень стресса у членов семьи, уменьшает вероятность ошибочных атрибуций поведения ветерана (интерпретации симптомов как «нежелания меняться» или «слабости характера») и формирует реалистичные ожидания относительно процесса восстановления [12].

Второй блок — развитие коммуникативных навыков и навыков конструктивного совладания. Работа с парой или семейной системой в целом направлена на восстановление диалога в условиях повышенной аффективной нагрузки, освоение техник эмоциональной валидации и согласованных стратегий реагирования на кризисные состояния. Особое значение при этом имеет профилактика вторичной травматизации партнёра: своевременное выявление признаков эмоционального истощения и создание ресурсов для его восстановления [2].

Третий блок — работа с ролевой реструктуризацией семейной системы. Задача данного направления — помочь семье в гибком перераспределении ролей и ответственности в соответствии с актуальными возможностями ветерана, с постепенным расширением его функционального участия в семейной жизни по мере улучшения состояния.

### 4.5. Междисциплинарный подход и профилактика хронизации

Эффективная коррекция ПТСР у военнослужащих предполагает координацию усилий специалистов смежных дисциплин: клинических психологов, психиатров, специалистов по социальной работе и нейрореабилитологов. Психиатрическое и психофармакологическое сопровождение создаёт условия для снижения интенсивности симптоматики, необходимой для участия в психологических интервенциях. Специалисты по социальной работе обеспечивают сопровождение процессов социальной реинтеграции — трудоустройства, восстановления социальных связей, взаимодействия с ветеранскими сообществами.

Особое значение приобретает профилактическое измерение работы. Раннее выявление признаков эмоциональной дисрегуляции и нарушений адаптации в первые месяцы после возвращения военнослужащего из зоны боевых действий позволяет предупредить формирование хронических форм ПТСР. Включение скрининговых инструментов, ориентированных на оценку семейного функционирования наряду с индивидуальной симптоматикой, повышает полноту клинической картины и позволяет своевременно планировать семейно-ориентированные интервенции [1], [6].

## Обсуждение

Полученные в ходе теоретического анализа результаты согласуются с современными клинико-психологическими концепциями ПТСР как многоуровневого нарушения регуляторных контуров личности. Рассмотрение эмоциональной дисрегуляции в качестве центрального механизма позволяет связать симптоматику ПТСР с более глубокими нарушениями саморегуляции, межличностного функционирования и смысловой организации опыта, что открывает более широкие мишени для клинико-психологической коррекции, нежели исключительно симптоматический подход.

Принципиальным теоретическим вкладом настоящего анализа является рассмотрение ПТСР не только как индивидуального, но как системного клинико-психологического процесса. Включение семейного контекста в концептуализацию расстройства меняет саму логику реабилитационной работы: от работы с изолированным пациентом к работе с контекстом его функционирования. Данная позиция согласуется с теоретическими взглядами Негман (1992), подчёркивавшей, что восстановление от травмы принципиально невозможно в изоляции и требует восстановления связей с другими людьми.

Выявленная двунаправленность взаимосвязи между ПТСР и семейным функционированием имеет важное клиническое следствие: работа с одним уровнем системы (только с ветераном или только с семьёй) оказывается менее эффективной, нежели интегрированный подход, учитывающий взаимные влияния. Игнорирование семейного контекста в реабилитационных программах создаёт риск того, что достигнутые в индивидуальной работе результаты нивелируются дисфункциональными паттернами семейного взаимодействия.

Ограничением настоящего исследования является его теоретико-аналитический характер: выдвинутые положения требуют эмпирической верификации с опорой на данные клинических исследований с участием военнослужащих с установленным диагнозом ПТСР. Перспективным направлением последующих исследований представляется разработка и оценка эффективности интегративных реабилитационных программ, включающих одновременно индивидуальный и семейный компоненты коррекционной работы.

**Заключение**

Проведённый клинико-психологический анализ позволяет сформулировать ряд концептуальных выводов относительно природы ПТСР у военнослужащих и подходов к его коррекции.

Во-первых, ПТСР у военнослужащих целесообразно рассматривать как многоуровневое нарушение регуляторных контуров личности, включающее эмоциональную дисрегуляцию (аффективная нестабильность, алекситимия, диссоциация) и нарушения ценностно-смысловой регуляции (фрагментация идентичности, трудности интеграции травматического опыта, снижение способности к смыслообразованию). Данные нарушения взаимно усиливают друг друга, формируя замкнутые дезадаптивные циклы.

Во-вторых, семейная система является значимым компонентом клинической картины ПТСР, способным оказывать как компенсирующее, так и дезадаптивное влияние на динамику расстройства. Феномены вторичной травматизации, ролевых нарушений и эмоциональной недоступности ветерана создают специфические семейные паттерны, требующие целенаправленной клинико-психологической работы.

В-третьих, эффективные программы клинико-психологической коррекции ПТСР у военнослужащих должны включать как минимум три взаимосвязанных компонента:

- 1) развитие навыков эмоциональной регуляции и повышение переносимости аффекта;
- 2) восстановление ценностно-смысловой организации опыта и нарративной идентичности;
- 3) работу с семейной системой, включающую психообразование, развитие коммуникативных навыков и профилактику вторичной травматизации.

В-четвёртых, оптимальный формат реабилитации предполагает стадийный, поэтапный характер работы в рамках координированного междисциплинарного взаимодействия специалистов.

Полученные теоретические выводы создают основу для разработки и эмпирической верификации интегративных коррекционных программ, ориентированных на восстановление эмоциональной и смысловой регуляции военнослужащих с ПТСР с учётом семейных ресурсов.

**Благодарности**

Авторы выражают благодарность коллегам за обсуждение клинико-психологических аспектов исследования.

**Конфликт интересов**

Не указан.

**Рецензия**

Цветков А.В., Центр нейропсихологии «Изыюминка», Москва Российская Федерация  
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.167.28.1>

**Acknowledgement**

The authors express sincere gratitude to their colleagues for discussing the clinical and psychological aspects of the study.

**Conflict of Interest**

None declared.

**Review**

Tsvetkov A.V., "Izyuminka" center for neuropsychology, Moscow Russian Federation  
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.167.28.1>

**Список литературы / References**

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. — Москва: Медицина, 2000. — 496 с.
2. Бодалев А.А. Общая психодиагностика / А.А. Бодалев, В.В. Столин, В.С. Аванесов. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — 440 с.
3. Караваева Т.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: клинико-психологические аспекты / Т.А. Караваева, А.В. Васильева. — Санкт-Петербург: Речь, 2018. — 256 с.
4. Леонтьев Д.А. Психология смысла / Д.А. Леонтьев. — Москва: Смысл, 2007. — 511 с.
5. Николаева В.В. Психология телесности / В.В. Николаева. — Москва: Академический проект, 2009. — 288 с.
6. Сирота Н.А. Психология совладающего поведения / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. — Москва: Генезис, 2014. — 352 с.
7. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия расстройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян. — Москва: Институт психотерапии, 2010. — 384 с.
8. American Psychiatric Association APA Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) / APA American Psychiatric Association. — Washington, Dc: American Psychiatric Association, 2013. — 947 p.
9. World Health Organization WHO International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) / WHO World Health Organization. — 2019. — №11. — URL: <https://icd.who.int/> (accessed: 01.02.26)
10. Herman J.L. Trauma and Recovery / J.L. Herman. — 1992: Basic Books, 1992. — 276 p.
11. van der Kolk B.A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma / B.A. van der Kolk. — New York: Viking, 2014. — 464 p.
12. McFarlane A.C. Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions / A.C. McFarlane, R. Yehuda // Journal of Clinical Psychiatry. — 1996. — № 14. — P. 4–11.

**Список литературы на английском языке / References in English**

1. Aleksandrovskij Yu.A. Pogranichny'e psixicheskie rasstrojstva [Borderline Mental Disorders] / Yu.A. Aleksandrovskij. — Moscow: Medicina, 2000. — 496 p. [in Russian]



2. Bodalev A.A. Obshhaya psixodiagnostika [General Psychodiagnosics] / A.A. Bodalev, V.V. Stolin, V.S. Avanesov. — Saint Petersburg: Piter, 2000. — 440 p. [in Russian]
3. Karavaeva T.A. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: kliniko-psixologicheskie aspekty' [Post-Traumatic Stress Disorder: Clinical and Psychological Aspects] / T.A. Karavaeva, A.V. Vasil'eva. — Saint Petersburg: Rech', 2018. — 256 p. [in Russian]
4. Leont'ev D.A. Psixologiya smy'sla [Psychology of Meaning] / D.A. Leont'ev. — Moscow: Smy'sl, 2007. — 511 p. [in Russian]
5. Nikolaeva V.V. Psixologiya telesnosti [Psychology of Corporeality] / V.V. Nikolaeva. — Moscow: Akademicheskij proekt, 2009. — 288 p. [in Russian]
6. Sirota N.A. Psixologiya sovladayushhego povedeniya [Psychology of Coping Behavior] / N.A. Sirota, V.M. Yaltonskij. — Moscow: Genezis, 2014. — 352 p. [in Russian]
7. Xolmogorova A.B. Kognitivnaya psixoterapiya rasstrojstv affektivnogo spektra [Cognitive Psychotherapy of Affective Spectrum Disorders] / A.B. Xolmogorova, N.G. Garanyanm. — Moscow: Institut psixoterapii, 2010. — 384 p. [in Russian]
8. American Psychiatric Association APA Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) / APA American Psychiatric Association. — Washington, Dc: American Psychiatric Association, 2013. — 947 p.
9. World Health Organization WHO International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) / WHO World Health Organization. — 2019. — №11. — URL: <https://icd.who.int/> (accessed: 01.02.26)
10. Herman J.L. Trauma and Recovery / J.L. Herman. — 1992: Basic Books, 1992. — 276 p.
11. van der Kolk B.A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma / B.A. van der Kolk. — New York: Viking, 2014. — 464 p.
12. McFarlane A.C. Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions / A.C. McFarlane, R. Yehuda // Journal of Clinical Psychiatry. — 1996. — № 14. — P. 4–11.