 © Авторы статьи / Authors of the article

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ/CLINICAL PSYCHOLOGY

DOI: https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.171.98 EDN: BITZZS

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ И МОРАЛЬНАЯ ТРАВМА КАК КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ УЗЕЛ ПАТОГЕНЕЗА КОМПЛЕКСНОГО ПТСР И АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Научная статья

Бухарева Н.А.[1, *], Филатов Н.А.[2]

[1, 2] Славяно-Греко-Латинская Академия, Москва, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (shelestova-natasha[at]mail.ru)

Предложена: 28.07.2026; Принята: 21.08.2026; Опубликована: 17.09.2026

Аннотация

Статья посвящена клинико-психологическому анализу эмоциональной дисрегуляции и моральной травмы (moral injury) как узловых механизмов, объединяющих патогенез комплексного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР) и аддиктивного поведения у военнослужащих. Показано, что комплексное ПТСР, выделенное в качестве самостоятельной диагностической категории в МКБ-11, включает наряду с классической посттравматической симптоматикой устойчивые нарушения самоорганизации личности — эмоциональную дисрегуляцию, негативную самооценку и трудности в межличностных отношениях.

На основе анализа отечественной и зарубежной литературы обосновано, что именно сочетание эмоциональной дисрегуляции и морально-травматического смыслового распада — утраты способности вписывать пережитое в целостную ценностную картину мира — образует клинически значимый узел, который определяет не только различия в тяжести и структуре посттравматической симптоматики, но и уязвимость военнослужащих к формированию аддиктивного поведения. Приведены прямые эмпирические данные о связи выраженности моральной травмы с риском формирования расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, у ветеранов боевых действий.

На основе проведённого анализа предложена авторская модель клинически значимого узла и этапный алгоритм психологической коррекции, адаптированный к условиям военного стационара, с указанием конкретных психотерапевтических протоколов и критериев перехода между этапами. Обозначены планируемые методы статистической верификации предложенной модели и границы её применимости. Научная новизна работы состоит в теоретическом обосновании единого механизма, связывающего эмоциональную дисрегуляцию, моральную травму и аддиктивное поведение, ранее рассматривавшихся преимущественно раздельно.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, комплексное ПТСР, моральная травма, эмоциональная дисрегуляция, смысловой распад, аддиктивное поведение, военнослужащие, клинико-психологическая коррекция.

EMOTIONAL DYSREGULATION AND MORAL TRAUMA AS A CLINICALLY SIGNIFICANT FACTOR IN THE PATHOGENESIS OF COMPLEX PTSD AND ADDICTIVE BEHAVIOUR AMONG MILITARY PERSONNEL

Research article

Buhareva N.A.[1, *], Filatov N.A.[2]

[1, 2] Slavic Greek Latin Academy, Moscow, Russian Federation

* Corresponding author (shelestova-natasha[at]mail.ru)

Suggested: 28.07.2026; Accepted: 21.08.2026; Published: 17.09.2026

Abstract

The article is devoted to a clinical and psychological analysis of emotional dysregulation and moral injury as key mechanisms linking the pathogenesis of complex post-traumatic stress disorder (C-PTSD) and addictive behaviour in military personnel. It is demonstrated that complex PTSD, identified as a separate diagnostic category in the ICD-11, includes, alongside classic post-traumatic symptoms, persistent disturbances in personal self-organisation — emotional dysregulation, negative self-esteem and difficulties in interpersonal relationships.

Based on an analysis of domestic and international literature, it is argued that it is precisely the combination of emotional dysregulation and moral-traumatic semantic disintegration—the loss of the ability to integrate one's experiences into a coherent value-based worldview — forms a clinically significant nexus that determines not only differences in the severity and structure of post-traumatic symptoms, but also the vulnerability of military personnel to the development of addictive behaviour. Direct empirical data are presented on the link between the severity of psychological trauma and the risk of developing substance-use disorders among combat veterans.

Based on the analysis carried out, the authors suggest a model of a clinically significant cluster and a phased algorithm for psychological intervention, adapted to the conditions of a military hospital, specifying particular psychotherapeutic protocols and criteria for progression between stages. The planned methods for the statistical verification of the proposed model and the limits of its applicability are outlined. The scientific novelty of the work lies in the theoretical justification of a unified mechanism linking emotional dysregulation, psychological trauma and addictive behaviour, which were previously considered predominantly in isolation.

 © Авторы статьи / Authors of the article

Keywords: post-traumatic stress disorder, complex PTSD, psychological trauma, emotional dysregulation, loss of meaning, addictive behaviour, military personnel, clinical and psychological correction.

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство у военнослужащих всё чаще рассматривается не как единый гомогенный синдром, а как состояние с существенно варьирующей тяжестью и структурой симптоматики [21]. Одним из значимых теоретических достижений последних лет стало выделение в Международной классификации болезней 11-го пересмотра комплексного ПТСР (КПТСР) — диагностической категории, включающей, помимо классических симптомов вторжения, избегания и гипербдительности, устойчивые нарушения самоорганизации личности: эмоциональную дисрегуляцию, негативную самооценку и трудности в межличностных отношениях [1], [2].

Вместе с тем остаётся недостаточно проработанным вопрос о том, какие именно механизмы определяют, почему у одних военнослужащих боевой опыт приводит к относительно ограниченной посттравматической симптоматике, а у других — к тяжёлым, коморбидным с аддиктивным поведением формам дезадаптации. Значимым, но нередко недооцениваемым фактором в этом отношении выступает моральная травма (moral injury) — устойчивое психологическое нарушение, возникающее вследствие участия в событиях, нарушающих глубинные моральные убеждения личности, либо их свидетельствования [7]. Моральная травма сопровождается не только чувствами вины и стыда, но и более глубоким смысловым распадом — разрушением целостной ценностной картины мира, в которой субъект более не способен интегрировать пережитое [9], [10].

Цель настоящей статьи — теоретически обосновать эмоциональную дисрегуляцию и моральную травму как единый клинически значимый узел, определяющий тяжесть и структуру посттравматической симптоматики у военнослужащих, и показать его значение для понимания уязвимости данной категории лиц к формированию аддиктивного поведения.

Задачи статьи включают:

1) раскрытие концептуальных оснований комплексного ПТСР в системе МКБ-11;

2) анализ эмоциональной дисрегуляции как трансдиагностического механизма;

3) рассмотрение концепции моральной травмы и смыслового распада применительно к военнослужащим;

4) систематизацию эмпирических данных о связи моральной травмы с аддиктивным поведением;

5) обоснование клинико-психологических мишеней и авторской модели интегрированной психологической коррекции.

Научная новизна настоящей работы состоит в том, что эмоциональная дисрегуляция и моральная травма впервые рассматриваются не как самостоятельные, параллельно существующие феномены, а как единый клинически значимый узел, одновременно объясняющий вариативность тяжести и структуры посттравматической симптоматики и уязвимость военнослужащих к формированию аддиктивного поведения, что позволяет перейти от раздельной диагностики и коррекции к единой интегративной модели.

Методы и принципы исследования

Работа представляет собой теоретико-аналитическое исследование, выполненное на основе систематического обзора отечественной и зарубежной научной литературы. Поиск публикаций осуществлялся в базах данных eLIBRARY.RU, PubMed, PsycINFO и Google Scholar с использованием ключевых слов «комплексное ПТСР», «моральная травма», «эмоциональная дисрегуляция», «смысловой распад», «аддиктивное поведение», «военнослужащие», «complex PTSD», «moral injury», «emotion dysregulation», «meaning making», «substance use», «veterans». Временной диапазон поиска охватывал период с 1984 по 2025 год.

Теоретический анализ проводился по следующим содержательным блокам:

а) концептуальные основания комплексного ПТСР в МКБ-11 и его отличие от классического ПТСР;

б) модели эмоциональной регуляции и её нарушений при травматическом стрессе;

в) концепция моральной травмы и смыслового распада;

г) эмпирические данные о связи моральной травмы и эмоциональной дисрегуляции с аддиктивным поведением у военнослужащих и ветеранов.

Интеграция данных проводилась через призму трансдиагностической модели, рассматривающей эмоциональную дисрегуляцию и нарушение смысловой регуляции как общий регуляторный дефицит, лежащий в основе вариативности посттравматической симптоматики и аддиктивного поведения.

Основные результаты

3.1. Комплексное ПТСР в МКБ-11: концептуальные основания

Введение категории комплексного ПТСР в МКБ-11 стало ответом на клиническое наблюдение, согласно которому у части лиц, переживших длительную либо повторяющуюся травматизацию, симптоматика не ограничивается классической триадой вторжения, избегания и гипербдительности, а включает устойчивые нарушения самоорганизации личности — так называемые DSO-компоненты (disturbances in self-organization): эмоциональную дисрегуляцию, негативную самооценку и трудности в межличностных отношениях [2]. T. Karatzias и соавторы показали, что данные компоненты образуют самостоятельный, эмпирически подтверждаемый кластер, отличимый как от классического ПТСР, так и от расстройств личности [3].

Принципиальное значение данной классификации состоит в том, что она переносит акцент с исключительно симптоматического описания травматической реакции на более широкое нарушение регуляторных и смысловых структур личности, что создаёт теоретическую основу для понимания вариативности посттравматической симптоматики у военнослужащих, перенёсших боевой опыт.

 © Авторы статьи / Authors of the article

Таблица 1 - Дифференциация классического ПТСР, комплексного ПТСР и коморбидности с аддиктивным поведением

DOI: https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.171.98.1

Параметр	Классическое ПТСР	Комплексное ПТСР (МКБ-11)	Коморбидность с аддиктивным поведением
Ядерная симптоматика	Вторжение, избегание, гипербдительность	То же + нарушения самоорганизации (DSO)	То же + признаки утраты контроля над употреблением ПАВ
Регуляция аффекта	Локальные трудности в связи с триггерами	Устойчивая эмоциональная дисрегуляция	Использование ПАВ как внешнего регулятора аффекта
Самооценка	Как правило, сохранна	Устойчиво негативная	Дополнительно снижена чувством вины за употребление
Смысловая сфера	Локальные нарушения, связанные с событием	Возможен смысловой распад (при моральной травме)	Смысловой вакуум частично заполняется аддиктивным объектом

 © Авторы статьи / Authors of the article

Параметр	Классическое ПТСР	Комплексное ПТСР (МКБ-11)	Коморбидность с аддиктивным поведением
Ведущий психологический механизм	Обусловливание страхом	Дефицит регуляторной гибкости и смысловой распад	Самолечение (self-medication) невыносимого аффекта

Примечание: составлено авторами на основе проведённого теоретического анализа

 © Авторы статьи / Authors of the article

3.2. Эмоциональная дисрегуляция как трансдиагностический механизм

Эмоциональная регуляция определяется J.J. Gross как совокупность процессов, посредством которых личность влияет на то, какие эмоции возникают, когда они возникают и как переживаются и выражаются [8]. Метаанализ B.E. Compas и соавторов показал, что неадаптивные стратегии эмоциональной регуляции — избегание, руминация, подавление — устойчиво связаны с широким спектром психопатологических проявлений и не являются специфичными для какого-либо одного расстройства, что позволяет рассматривать эмоциональную дисрегуляцию как трансдиагностический механизм [9].

Применительно к травматическому стрессу E. Levy-Gigi и соавторы показали, что не сама по себе выраженность негативных эмоций, а именно снижение регуляторной гибкости — способности гибко переключаться между различными стратегиями эмоциональной регуляции в зависимости от контекста — определяет вероятность и тяжесть последующей посттравматической симптоматики при повторной травматизации [10]. Данный вывод принципиально важен для понимания военнослужащих: повторный боевой опыт истощает именно регуляторную гибкость, что создаёт кумулятивную уязвимость к дезадаптивным формам реагирования, включая аддиктивное поведение.

3.3. Моральная травма и смысловой распад: концепция moral injury

Концепция моральной травмы, первоначально предложенная применительно к ветеранам боевых действий, описывает устойчивое психологическое нарушение, возникающее вследствие совершения, невозможности предотвращения либо свидетельствования действий, нарушающих глубоко укоренённые моральные убеждения личности [7]. B.T. Litz и соавторы одними из первых предложили клиническую модель моральной травмы, показав, что её ключевыми аффективными коррелятами выступают вина, стыд и моральное самоосуждение, отличные по своей психологической природе от классического страха, лежащего в основе ПТСР.

Недавняя работа T.J. VanderWeele, J. Millum и J.L. Bernat с соавторами предложила уточнённое разграничение моральной травмы, морального дистресса и связанных состояний, подчеркнув, что моральная травма сопровождается устойчивым нарушением целостности ценностно-смысловой системы личности, а не только эмоциональным дискомфортом [4]. Данное положение согласуется с отечественной традицией понимания смысловой регуляции: по Д.А. Леонтьеву, смысл выступает связующим звеном между личностью и реальностью, обеспечивающим целостность жизненного мира субъекта [11], тогда как Ф.Е. Василюк описывает переживание как особую внутреннюю деятельность по восстановлению смысловой связности жизни в критических ситуациях, с которыми обычные способы деятельности справиться не могут [12].

Морально-травматический опыт боевых действий, таким образом, может быть понят как форма смыслового распада: субъект утрачивает способность интегрировать пережитое в непротиворечивую ценностную картину мира, что создаёт хроническое состояние внутренней дезорганизации, отличное от классического страха и требующее особых мишеней психологической коррекции [13].

Отдельного пояснения заслуживает дифференциация феноменологически близких, но психологически различных переживаний вины и негативной самооценки, встречающихся у военнослужащих. Негативная самооценка как DSO-компонент комплексного ПТСР представляет собой генерализованное, стабильное во времени отрицательное отношение к себе («я плохой», «я недостоин»), не связанное с конкретным поступком и распространяющееся на широкие сферы идентичности [3]. Вина при моральной травме, напротив, носит содержательно определённый, событийно-привязанный характер: она относится к конкретному действию, бездействию или свидетельствованию, нарушившему моральные убеждения субъекта, и сопровождается характерным моральным самоосуждением [7]. Данное разграничение имеет практическое значение: генерализованная негативная самооценка требует работы с базовыми схемами и образом Я, тогда как морально-травматическая вина — реконструкции нарратива конкретного события и восстановления моральной агентности.

3.4. От моральной травмы и эмоциональной дисрегуляции к аддиктивному поведению: эмпирические данные

Принципиальное значение для настоящего анализа имеют эмпирические данные, напрямую связывающие моральную травму с формированием аддиктивного поведения у военнослужащих и ветеранов. Масштабное исследование S. Maguen, B. Nichter, S.B. Norman и R.H. Pietrzak, выполненное на репрезентативной выборке боевых ветеранов США, показало, что различные типы морально-травматических событий по-разному связаны с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ: события, связанные с собственным участием в нарушении моральных норм, преимущественно ассоциированы с расстройством, связанным с употреблением алкоголя, тогда как события, связанные со свидетельствованием подобных нарушений, — с расстройством, связанным с употреблением иных психоактивных веществ [5].

Данные J.T. McDaniel и соавторов дополнительно подтвердили, что возрастающая выраженность моральной травмы связана с более высокими показателями по шкале употребления психоактивных веществ у ветеранов, причём эта связь сохраняется независимо от наличия сопутствующей черепно-мозговой травмы [6]. Совокупность данных исследований позволяет утверждать, что моральная травма выступает самостоятельным, не сводимым к общей тяжести ПТСР фактором риска аддиктивного поведения, что согласуется с гипотезой самолечения E.J. Khantzian: невыносимые аффективные состояния вины, стыда и морального самоосуждения создают потребность в быстром внешнем способе их снижения [14], а хроническое стрессовое воздействие дополнительно нарушает нейробиологические системы эмоциональной регуляции, повышая уязвимость к зависимому поведению [15]. Данный механизм подтверждается и на уровне конкретной посттравматической симптоматики: показано, что кластеры

 © Авторы статьи / Authors of the article

симптомов ПТСР, связанные с негативными изменениями когниций и настроения, самостоятельно связаны с выраженностью алкогольных проблем независимо от общей тяжести расстройства [20].

При этом необходимо разграничивать аддиктивное поведение как форму самолечения посттравматического аффекта и как самостоятельное расстройство, сформировавшееся до боевого опыта или в отсутствие морально-травматической составляющей. В первом случае употребление психоактивных веществ функционально связано с редукцией невыносимого аффекта вины, стыда и гипервозбуждения; редукция посттравматической и морально-травматической симптоматики закономерно сопровождается снижением аддиктивной активности. Во втором случае аддиктивное поведение обладает собственной динамикой, механизмами подкрепления и требует самостоятельной аддиктологической интервенции, независимо от разрешения травматического компонента. Клинически различие проявляется во временно́й последовательности возникновения симптомов, характере триггеров эпизодов употребления и наличии либо отсутствии морально-травматических событий в анамнезе.

3.5. Военнослужащие: боевой опыт как источник моральной травмы и смыслового распада

Специфика боевых действий создаёт особые условия для формирования моральной травмы: необходимость применения силы, участие в событиях с неопределёнными моральными последствиями, наблюдение за страданиями сослуживцев и мирного населения, а также ограниченность времени для морального осмысления происходящего. Клинический обзор Н.В. Тарабриной подчёркивает, что переработка травматического военного опыта у российских военнослужащих сопряжена с дополнительными культурными и институциональными барьерами, ограничивающими открытое обсуждение морально сложных переживаний [13]. Отечественные эмпирические данные также подтверждают повышенную уязвимость военнослужащих к аддиктивным формам реагирования: исследования индивидуально-психологических характеристик военнослужащих и военнослужащих по контракту показывают устойчивую связь личностных особенностей с выраженностью аддиктивных тенденций [16], [17].

Обе группы расстройств — комплексное ПТСР и аддиктивное поведение — фиксируются в действующей Международной классификации болезней как самостоятельные диагностические категории, что не отменяет их тесной клинико-психологической взаимосвязи через общий узел эмоциональной дисрегуляции и морально-травматического смыслового распада, описанный выше.

Отдельного методологического и этического комментария заслуживает сама процедура выявления моральной травмы у действующих военнослужащих. Вопросы, затрагивающие вину и стыд за собственные действия или бездействие в боевой обстановке, требуют высокого уровня психологической безопасности, добровольности и доверия к специалисту; директивное или формальное анкетирование по данной теме способно спровоцировать вторичную ретравматизацию либо защитное отрицание. В этой связи диагностика моральной травмы должна проводиться после установления терапевтического альянса и предваряться разъяснением цели обследования, а не выступать в качестве первого диагностического шага.

3.6 Клинико-психологические мишени интегрированной коррекции

3.6.1. Эмоциональная регуляция как первоочередная мишень

Учитывая трансдиагностический характер эмоциональной дисрегуляции, развитие навыков распознавания, дифференциации и гибкой модуляции аффекта должно рассматриваться как первоочередная и сквозная задача психологической коррекции. Данная работа предшествует более глубокой переработке морально-травматического опыта, обеспечивая необходимый уровень стабилизации [9], [10].

3.6.2. Работа с моральной травмой и восстановление смысловой регуляции

Специфическая работа с моральной травмой отличается от стандартной травма-ориентированной терапии тем, что её мишенью выступают не столько симптомы страха и избегания, сколько вина, стыд и разрушенная система ценностей [7]. Восстановление смысловой регуляции в традиции Д.А. Леонтьева и Ф.Е. Василюка предполагает не «устранение» тяжёлых переживаний, а построение нового, интегрированного отношения к пережитому опыту, включающего его в более широкий жизненный контекст [11], [12].

3.6.3. Интегрированная аддиктологическая и травма-ориентированная работа

Систематический обзор и метаанализ N.P. Roberts, A. Lotzin и I. Schäfer показал, что психологические интервенции, ориентированные на травму, демонстрируют устойчивые эффекты в отношении посттравматической симптоматики при коморбидности с зависимым поведением, однако не всегда обеспечивают дополнительный выигрыш в отношении самого аддиктивного компонента без специфической аддиктологической работы [18]. Метаанализ A.D.F. Sherman и соавторов, посвящённый программе «Seeking Safety», подтвердил эффективность интегрированного группового формата, одновременно затрагивающего оба компонента коморбидности [19].

3.6.4. Групповой формат как организационная и терапевтическая мишень

Групповая психологическая помощь обладает дополнительным потенциалом при работе с последствиями моральной травмы: она создаёт пространство, в котором переживания вины и стыда, обычно скрываемые из страха осуждения, могут быть разделены с другими участниками, имеющими сходный опыт, что снижает их изолирующее воздействие и способствует постепенному восстановлению смысловой связности через нормализацию переживаний в группе.

3.6.5. Авторская модель клинически значимого узла

Проведённый анализ позволяет предложить авторскую модель, согласно которой эмоциональная дисрегуляция и моральная травма образуют единый клинически значимый узел, выполняющий двойную объяснительную функцию. С одной стороны, выраженность и характер данного узла определяют вариативность тяжести и структуры посттравматической симптоматики — от преимущественно классического ПТСР до комплексного ПТСР с выраженными нарушениями самоорганизации [2], [3], [10]. С другой стороны, тот же узел определяет дифференцированную уязвимость военнослужащих к аддиктивному поведению: невозможность регуляции

 © Авторы статьи / Authors of the article

невыносимого аффекта вины и стыда в сочетании со смысловым распадом создаёт условия для аддиктивного поведения как формы самолечения [5], [6], [14].

Принципиальное отличие предложенной модели от рассмотренных выше отдельных линий исследования состоит в том, что она не постулирует моральную травму и эмоциональную дисрегуляцию как факторы риска, независимо приводящие к разным исходам — тяжёлому ПТСР либо аддиктивному поведению, — а рассматривает оба исхода как альтернативные клинические манифестации одного и того же регуляторного и смыслового дефицита, что имеет значение для дифференциальной диагностики и планирования психологической коррекции.

3.6.6. Этапный алгоритм практической реализации модели

Практическая реализация предложенной модели в условиях военного стационара предполагает последовательность из пяти этапов, каждый из которых характеризуется определёнными терапевтическими протоколами, мишенями и операциональными критериями завершённости.

Первый этап — комплексная диагностика. Проводится оценка не только классической посттравматической симптоматики (ITQ), но и выраженности моральной травмы (MIES, MIOS), эмоциональной дисрегуляции (DERS) и аддиктивного поведения (AUDIT, OCDS). Критерий перехода к следующему этапу: получен полный диагностический профиль по всем трём компонентам клинически значимого узла и установлен рабочий терапевтический альянс.

Второй этап — стабилизация состояния и развитие базовых навыков эмоциональной регуляции. В качестве основных протоколов используются модуль навыков эмоциональной регуляции диалектической поведенческой терапии (M.M. Linehan) с элементами тренинга переносимости дистресса, а также техники психообразования о механизмах ПТСР и морального травмирования. Критерий перехода: снижение показателей острой аффективной дисрегуляции по DERS, стабильное владение как минимум двумя техниками саморегуляции, отсутствие эпизодов острой декомпенсации в течение двух–трёх недель.

Третий этап — специфическая работа с моральной травмой и восстановлением смысловой регуляции. Используются нарративная экспозиционная терапия (NET) с адаптацией под морально-травматические события, элементы адаптивной раскрытия и коррекции протокола Adaptive Disclosure (B.T. Litz и соавт.), а также подходы, основанные на смысловой реконструкции опыта в традиции Д.А. Леонтьева и Ф.Е. Василюка. Критерий перехода: сформулирован связный нарратив травматического события, снижены показатели морального самоосуждения по MIOS, восстановлена частичная способность к смысловой интеграции пережитого.

Четвёртый этап — интегрированная аддиктологическая работа, не откладываемая до полного завершения травматерапевтического этапа и по возможности параллельная предыдущим этапам. Используются мотивационное интервьюирование, элементы программы «Seeking Safety», направленной на одновременную работу с ПТСР и зависимостью, а также когнитивно-поведенческие протоколы профилактики срыва. Критерий перехода: устойчивое снижение показателей по AUDIT и OCDS, формирование индивидуального плана профилактики рецидива.

Пятый, заключительный этап — групповая психологическая работа, направленная на закрепление достигнутых изменений и профилактику рецидива. Используются форматы поддерживающих групп, ориентированных на моральную травму, и группы взаимной поддержки в аддиктологической традиции. Критерий завершения программы: устойчивое поведенческое, аффективное и смысловое функционирование в течение периода наблюдения, наличие внешнего ресурса поддержки после выписки из стационара.

3.6.7. Психодиагностический инструментарий и планируемые методы верификации модели

Перевод предложенной модели в плоскость эмпирического исследования требует комплекса психодиагностических методик, охватывающих все три компонента клинически значимого узла. Ниже приведён рекомендуемый минимальный набор инструментов.

© Авторы статьи / Authors of the article

Таблица 2 - Рекомендуемый психодиагностический инструментарий для эмпирической проверки модели

DOI: https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.171.98.2

Компонент модели	Методика	Источник
Моральная травма	Moral Injury Events Scale (MIES)	Nash et al., 2013 [23]
Моральная травма (исходы)	Moral Injury Outcome Scale (MIOS)	Litz et al., 2022 [24]
Эмоциональная дисрегуляция	Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)	Gratz, Roemer, 2004 [25]
Посттравматическая симптоматика (в т.ч. DSO-компоненты)	International Trauma Questionnaire (ITQ)	по классификации МКБ-11 [1], [2]

© Авторы статьи / Authors of the article

Компонент модели	Методика	Источник
Аддиктивное поведение (алкоголь)	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	Saunders et al., 1993 [26]
Патологическое влечение к алкоголю	Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS)	Anton et al., 1995 [27]

Примечание: составлено авторами на основе анализа психодиагностического инструментария

 © Авторы статьи / Authors of the article

Для эмпирической проверки центрального положения настоящей статьи — существования единого клинически значимого узла, статистически связывающего моральную травму и эмоциональную дисрегуляцию как с тяжестью посттравматической симптоматики, так и с выраженностью аддиктивного поведения, — предполагается использование комплекса статистических методов. На этапе описания структуры связей планируется применение корреляционного анализа и множественной иерархической регрессии с учётом ковариат (возраст, длительность боевого опыта, сопутствующие расстройства). Для проверки гипотезы о едином латентном узле, объединяющем эмоциональную дисрегуляцию и моральную травму, целесообразно использование конфирматорного факторного анализа с последующим построением моделей структурных уравнений (SEM), позволяющих одновременно оценить вклад узла в тяжесть посттравматической симптоматики и в выраженность аддиктивного поведения. В качестве дополнительного метода, чувствительного к структуре взаимных связей между симптомами и механизмами, целесообразно применение сетевого анализа (network analysis), позволяющего выявить центральные узлы и мосты между кластерами ПТСР, DSO-компонентов, морально-травматических переживаний и аддиктивного поведения. Совместное применение перечисленных методов на единой выборке военнослужащих обеспечит комплексную статистическую верификацию предложенной модели.

Обсуждение

Полученные результаты позволяют по-новому взглянуть на давно обсуждаемую в литературе высокую коморбидность ПТСР и аддиктивного поведения у военнослужащих: вместо рассмотрения данных состояний как двух независимых расстройств, случайно сочетающихся у части лиц, предложенная модель объясняет их общим происхождением из единого узла эмоциональной дисрегуляции и морально-травматического смыслового распада. Это смещает акцент клинической работы с последовательной коррекции «сначала одного, затем другого» расстройства на одновременную работу с общим регуляторным и смысловым дефицитом.

Практическим следствием предложенной модели является необходимость включения оценки моральной травмы в стандартный диагностический протокол при работе с военнослужащими с аддиктивным поведением, поскольку данный на сегодняшний день фактор риска нередко остаётся вне поля зрения специалистов, ориентированных преимущественно на симптоматику зависимости или классического ПТСР. Данное направление продолжает и дополняет более раннюю работу авторов, посвящённую роли семейных ресурсов в клинико-психологической коррекции эмоциональной дисрегуляции при ПТСР у военнослужащих [22].

4.1. Ограничения предложенной модели и границы её применимости

Предложенная модель клинически значимого узла имеет определённые границы применимости, требующие явного обозначения.

Во-первых, модель разрабатывалась применительно к контингенту военнослужащих с боевым опытом и предполагает наличие морально-нагруженной травматизации; её распространение на клинические группы с иными типами травматического опыта (сексуальное насилие, гражданские катастрофы, детская травматизация) требует отдельного теоретического и эмпирического обоснования.

Во-вторых, применительно к военнослужащим с единичной, острой боевой травматизацией без пролонгированного воздействия модель может иметь ограниченную объяснительную ценность, поскольку смысловой распад в его развёрнутой форме чаще формируется при длительном или повторяющемся воздействии; в подобных случаях центральную роль может играть классическая условно-рефлекторная динамика ПТСР без выраженного морально-травматического компонента.

В-третьих, наличие сопутствующей психической патологии — расстройств личности, эндогенных расстройств, тяжёлой соматической патологии, включая черепно-мозговые травмы — вносит существенные модификации в динамику формирования и коррекции клинически значимого узла и требует индивидуализированного планирования интервенций.

В-четвёртых, в случае аддиктивного поведения, сформировавшегося до боевого опыта и обладающего независимой динамикой, объяснительная сила модели снижается, а лечение должно ориентироваться на классические аддиктологические протоколы с включением травматерапевтических элементов лишь при клинически подтверждённой посттравматической и морально-травматической симптоматике. Обозначенные ограничения задают направления модификации модели для отдельных клинических подгрупп и подчёркивают необходимость дифференцированного подхода к её практическому применению.

Ограничением настоящего анализа является его теоретический характер: предложенная модель нуждается в эмпирической проверке на выборке военнослужащих с одновременной оценкой моральной травмы, эмоциональной дисрегуляции и выраженности аддиктивного поведения. Перспективным направлением дальнейших исследований представляется разработка и валидизация соответствующего психодиагностического инструментария и оценка эффективности интегрированной программы психологической коррекции, построенной на основе предложенной модели.

Для настоящей исследовательской программы авторов данная работа выполняет связующую функцию. Для диссертационного исследования Н.А. Бухаревой, посвящённого клинико-психологическим основаниям и эффективности групповой психологической помощи военнослужащим с аддиктивным поведением в условиях военного стационара, предложенная модель уточняет теоретическое обоснование аддиктивного поведения как формы самолечения невыносимого аффекта и обосновывает целесообразность включения скрининга моральной травмы в диагностический этап групповой программы. Для исследовательской программы Н.А. Филатова, посвящённой эмоциональной дисрегуляции и ценностно-смысловой регуляции при ПТСР у военнослужащих, настоящая работа расширяет теоретическую рамку за счёт эмпирически подтверждённой связи моральной травмы с аддиктивным

 © Авторы статьи / Authors of the article

поведением как одним из клинических исходов смыслового распада, наряду с тяжестью посттравматической симптоматики.

Заключение

Проведённый клинико-психологический анализ позволяет сформулировать следующие выводы.

Во-первых, комплексное ПТСР, выделенное в МКБ-11 как самостоятельная диагностическая категория, включает устойчивые нарушения самоорганизации личности — эмоциональную дисрегуляцию, негативную самооценку и трудности в межличностных отношениях, — что требует более широкого клинико-психологического анализа, чем описание классической посттравматической триады симптомов.

Во-вторых, эмоциональная дисрегуляция выступает трансдиагностическим механизмом, снижение регуляторной гибкости при повторной травматизации определяет вариативность тяжести последующей посттравматической симптоматики.

В-третьих, моральная травма представляет собой самостоятельный клинический феномен, сопровождающийся смысловым распадом — утратой целостности ценностно-смысловой системы личности, — отличный по своей природе от классического страха, лежащего в основе ПТСР.

В-четвёртых, эмпирические данные напрямую подтверждают, что моральная травма выступает самостоятельным фактором риска формирования расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, у военнослужащих и ветеранов, независимо от общей тяжести посттравматической симптоматики.

В-пятых, предложенная авторская модель клинически значимого узла, объединяющего эмоциональную дисрегуляцию и моральную травму, разработанный на её основе этапный алгоритм психологической коррекции с указанием конкретных протоколов и критериев перехода между этапами, а также обозначенные планируемые методы статистической верификации и границы применимости модели представляют собой самостоятельный теоретический результат настоящей работы, применимый как основа для последующей эмпирической разработки диагностического инструментария и реабилитационных программ в условиях военного стационара.

Полученные выводы формируют теоретическую основу для дальнейшей совместной эмпирической работы авторов: оценки эффективности групповой психологической помощи военнослужащим с аддиктивным поведением, с одной стороны, и разработки инструментария диагностики моральной травмы и смыслового распада у военнослужащих с посттравматической симптоматикой — с другой.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Слезина А.В., Московский университет «Синергия», Москва Российская Федерация

DOI: https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.171.98.3

Conflict of Interest

None declared.

Review

Slezina A.V., Moscow University "Synergy", Moscow Russian Federation

DOI: https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.171.98.3

Список литературы / References

1. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) / World Health Organization. — 2019. — URL: https://icd.who.int/ (accessed: 27.07.2026).

2. Cloitre M. ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations / M. Cloitre // British Journal of Psychiatry. — 2020. — Vol. 216. — № 3. — P. 129–131.

3. Karatzias T. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement / T. Karatzias, M. Shevlin, C. Fyvie [et al.] // European Journal of Psychotraumatology. — 2018. — Vol. 8. — Suppl. 7.

4. VanderWeele T.J. Moral trauma, moral distress, moral injury, and healing: definitions, distinctions, and why they matter / T.J. VanderWeele, J. Millum, J.T. Bernat [et al.] // Proceedings of the National Academy of Sciences. — 2025.

5. Maguen S. Moral injury and substance use disorders among US combat veterans: results from the 2019–2020 National Health and Resilience in Veterans Study / S. Maguen, B. Nichter, S.B. Norman [et al.] // Psychological Medicine. — 2023. — Vol. 53. — № 4. — P. 1364–1370.

6. McDaniel J.T. Moral Injury is a Risk Factor for Substance Use and Suicidality Among US Military Veterans with and without Traumatic Brain Injury / J.T. McDaniel, R. Redner, W. Jayawardene [et al.] // Journal of Religion and Health. — 2023. — Vol. 62. — № 6. — P. 3926–3941.

7. Litz B.T. Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model / B.T. Litz, N. Stein, E. Delaney [et al.] // Clinical Psychology Review. — 2009. — Vol. 29. — № 8. — P. 695–706.

8. Gross J.J. Emotion regulation: Current status and future prospects / J.J. Gross // Psychological Inquiry. — 2015. — Vol. 26. — № 1. — P. 1–26.

9. Compas B.E. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review / B.E. Compas, S.S. Jaser, A.H. Bettis [et al.] // Psychological Bulletin. — 2017. — Vol. 143. — № 9. — P. 939–991.

10. Levy-Gigi E. Emotion regulatory flexibility sheds light on the elusive relationship between repeated traumatic exposure and posttraumatic stress disorder symptoms / E. Levy-Gigi, G.A. Bonanno, A.R. Shapiro [et al.] // Clinical Psychological Science. — 2016. — Vol. 4. — № 1. — P. 28–39.

11. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. — Москва: Смысл, 2003. — 487 с.

12. Василюк Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк. — Москва: Изд-во МГУ, 1984. — 200 с.

 © Авторы статьи / Authors of the article

13. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика / Н.В. Тарабрина. — Москва: Институт психологии РАН, 2009. — 304 с.

14. Khantzian E.J. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications / E.J. Khantzian // Harvard Review of Psychiatry. — 1997. — Vol. 4. — № 5. — P. 231–244.

15. Koob G.F. Neurocircuitry of addiction / G.F. Koob, N.D. Volkow // Neuropsychopharmacology. — 2010. — Vol. 35. — № 1. — P. 217–238.

16. Кизиярова А.А. Влияние индивидуально-психологических характеристик личности офицера на риск развития деструктивного поведения / А.А. Кизиярова // Юридическая психология. — 2023. — № 4. — С. 32–35.

17. Романова М.С. Исследование психологических особенностей военнослужащих по контракту как фактор готовности к участию в специальной военной операции / М.С. Романова, А.М. Кукуляр // Мир науки. Педагогика и психология. — 2023. — Т. 11. — № 5.

18. Roberts N.P. A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder / N.P. Roberts, A. Lotzin, I. Schäfer // European Journal of Psychotraumatology. — 2022. — Vol. 13. — № 1. — Art. 2041831.

19. Sherman A.D.F. Seeking Safety intervention for comorbid post-traumatic stress and substance use disorder: a meta-analysis / A.D.F. Sherman, M. Balthazar, W. Zhang [et al.] // Brain and Behavior. — 2023. — Vol. 13. — № 5. — Art. e2999.

20. Fischer I.C. Examining the associations between PTSD symptom clusters and alcohol-related problems in a sample of low-SES treatment-seeking Black/African American adults / I.C. Fischer, M.E. Bennett, R.H. Pietrzak [et al.] // Journal of Psychiatric Research. — 2022. — Vol. 154. — P. 261–267.

21. Mann S.K. Posttraumatic Stress Disorder / S.K. Mann, R. Marwaha // StatPearls. — Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2024.

22. Филатов Н.А. Эмоциональная дисрегуляция и нарушения ценностно-смысловой регуляции при ПТСР у военнослужащих: роль семейных ресурсов в клинико-психологической коррекции / Н.А. Филатов, А.В. Бойчук // Международный научно-исследовательский журнал. — 2026. — № 5 (167).

23. Nash W.P. Psychometric evaluation of the moral injury events scale / W.P. Nash, T.L. Marino Carper, M.A. Mills [et al.] // Military Medicine. — 2013. — Vol. 178. — № 6. — P. 646–652.

24. Litz B.T. Defining and Assessing the Syndrome of Moral Injury: Initial Findings of the Moral Injury Outcome Scale Consortium / B.T. Litz, R.A. Plouffe, A. Nazarov [et al.] // Frontiers in Psychiatry. — 2022. — Vol. 13. — Art. 923928.

25. Gratz K.L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale / K.L. Gratz, L. Roemer // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. — 2004. — Vol. 26. — № 1. — P. 41–54.

26. Saunders J.B. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II / J.B. Saunders, O.G. Aasland, T.F. Babor [et al.] // Addiction. — 1993. — Vol. 88. — № 6. — P. 791–804.

27. Anton R.F. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior / R.F. Anton, D.H. Moak, P. Latham // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. — 1995. — Vol. 19. — № 1. — P. 92–99.

Список литературы на английском языке / References in English

1. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) / World Health Organization. — 2019. — URL: https://icd.who.int/ (accessed: 27.07.2026).

2. Cloitre M. ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations / M. Cloitre // British Journal of Psychiatry. — 2020. — Vol. 216. — № 3. — P. 129–131.

3. Karatzias T. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement / T. Karatzias, M. Shevlin, C. Fyvie [et al.] // European Journal of Psychotraumatology. — 2018. — Vol. 8. — Suppl. 7.

4. VanderWeele T.J. Moral trauma, moral distress, moral injury, and healing: definitions, distinctions, and why they matter / T.J. VanderWeele, J. Millum, J.T. Bernat [et al.] // Proceedings of the National Academy of Sciences. — 2025.

5. Maguen S. Moral injury and substance use disorders among US combat veterans: results from the 2019–2020 National Health and Resilience in Veterans Study / S. Maguen, B. Nichter, S.B. Norman [et al.] // Psychological Medicine. — 2023. — Vol. 53. — № 4. — P. 1364–1370.

6. McDaniel J.T. Moral Injury is a Risk Factor for Substance Use and Suicidality Among US Military Veterans with and without Traumatic Brain Injury / J.T. McDaniel, R. Redner, W. Jayawardene [et al.] // Journal of Religion and Health. — 2023. — Vol. 62. — № 6. — P. 3926–3941.

7. Litz B.T. Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model / B.T. Litz, N. Stein, E. Delaney [et al.] // Clinical Psychology Review. — 2009. — Vol. 29. — № 8. — P. 695–706.

8. Gross J.J. Emotion regulation: Current status and future prospects / J.J. Gross // Psychological Inquiry. — 2015. — Vol. 26. — № 1. — P. 1–26.

9. Compas B.E. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review / B.E. Compas, S.S. Jaser, A.H. Bettis [et al.] // Psychological Bulletin. — 2017. — Vol. 143. — № 9. — P. 939–991.

10. Levy-Gigi E. Emotion regulatory flexibility sheds light on the elusive relationship between repeated traumatic exposure and posttraumatic stress disorder symptoms / E. Levy-Gigi, G.A. Bonanno, A.R. Shapiro [et al.] // Clinical Psychological Science. — 2016. — Vol. 4. — № 1. — P. 28–39.

 © Авторы статьи / Authors of the article

11. Leontev D.A. Psikhologiya smisla: priroda, stroenie i dinamika smislovoi realnosti [The Psychology of Meaning: The Nature, Structure and Dynamics of Meaningful Reality] / D.A. Leontev. — Moscow: Smisl, 2003. — 487 p. [in Russian]

12. Vasilyuk F.E. Psikhologiya perezhivaniya [The Psychology of Experience] / F.E. Vasilyuk. — Moscow: MSU Publishing House, 1984. — 200 p. [in Russian]

13. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: teoriya i praktika [Post-Traumatic Stress Psychology: Theory and Practice] / N.V. Tarabrina. — Moscow: Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, 2009. — 304 p. [in Russian]

14. Khantzian E.J. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications / E.J. Khantzian // Harvard Review of Psychiatry. — 1997. — Vol. 4. — № 5. — P. 231–244.

15. Koob G.F. Neurocircuitry of addiction / G.F. Koob, N.D. Volkow // Neuropsychopharmacology. — 2010. — Vol. 35. — № 1. — P. 217–238.

16. Kiziyarova A.A. Vliyanie individualno-psikhologicheskikh kharakteristik lichnosti ofitsera na risk razvitiya destruktivnogo povedeniya [The Influence of an Officer's Individual Psychological Characteristics on the Risk of Developing Destructive Behaviour] / A.A. Kiziyarova // Yuridicheskaya psikhologiya [Legal Psychology]. — 2023. — № 4. — P. 32–35. [in Russian]

17. Romanova M.S. Issledovanie psikhologicheskikh osobennostei voennosluzhashchikh po kontraktu kak faktor gotovnosti k uchastiyu v spetsialnoi voennoi operatsii [A Study of the Psychological Characteristics of Contract Servicemen as a Factor in Their Readiness to Participate in a Special Military Operation] / M.S. Romanova, A.M. Kukulyar // Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya [World of Science. Pedagogy and Psychology]. — 2023. — Vol. 11. — № 5. [in Russian]

18. Roberts N.P. A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder / N.P. Roberts, A. Lotzin, I. Schäfer // European Journal of Psychotraumatology. — 2022. — Vol. 13. — № 1. — Art. 2041831.

19. Sherman A.D.F. Seeking Safety intervention for comorbid post-traumatic stress and substance use disorder: a meta-analysis / A.D.F. Sherman, M. Balthazar, W. Zhang [et al.] // Brain and Behavior. — 2023. — Vol. 13. — № 5. — Art. e2999.

20. Fischer I.C. Examining the associations between PTSD symptom clusters and alcohol-related problems in a sample of low-SES treatment-seeking Black/African American adults / I.C. Fischer, M.E. Bennett, R.H. Pietrzak [et al.] // Journal of Psychiatric Research. — 2022. — Vol. 154. — P. 261–267.

21. Mann S.K. Posttraumatic Stress Disorder / S.K. Mann, R. Marwaha // StatPearls. — Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2024.

22. Filatov N.A. Emotsionalnaya disregulyatsiya i narusheniya tsennostno-smislovoi regulyatsii pri PTSR u voennosluzhashchikh: rol semeinikh resursov v kliniko-psikhologicheskoi korrektsii [Emotional dysregulation and impairments in value- and meaning-based regulation in PTSD among military personnel: the role of family resources in clinical and psychological intervention] / N.A. Filatov, A.V. Boichuk // Mezhdunarodnii nauchno-issledovatelskii zhurnal [International Research Journal]. — 2026. — № 5 (167). [in Russian]

23. Nash W.P. Psychometric evaluation of the moral injury events scale / W.P. Nash, T.L. Marino Carper, M.A. Mills [et al.] // Military Medicine. — 2013. — Vol. 178. — № 6. — P. 646–652.

24. Litz B.T. Defining and Assessing the Syndrome of Moral Injury: Initial Findings of the Moral Injury Outcome Scale Consortium / B.T. Litz, R.A. Plouffe, A. Nazarov [et al.] // Frontiers in Psychiatry. — 2022. — Vol. 13. — Art. 923928.

25. Gratz K.L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale / K.L. Gratz, L. Roemer // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. — 2004. — Vol. 26. — № 1. — P. 41–54.

26. Saunders J.B. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II / J.B. Saunders, O.G. Aasland, T.F. Babor [et al.] // Addiction. — 1993. — Vol. 88. — № 6. — P. 791–804.

27. Anton R.F. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior / R.F. Anton, D.H. Moak, P. Latham // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. — 1995. — Vol. 19. — № 1. — P. 92–99.