

Клинико-психологические механизмы психической травматизации в условиях современных вооруженных конфликтов

Сергей Анатольевич Проценко, Александр Валерьевич Гудиев, Александр Сергеевич Щирский
ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (РАНХиГС),
Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Сергей Анатольевич Проценко, proccent@mail.ru

Резюме

Обоснование: психотравмирующая среда современных вооруженных конфликтов качественно отличается от войн прошлого. Факторы, характерные для современных боевых действий, формируют уникальный перманентный стрессор, требующий пересмотра классических клинико-психологических моделей, основанных на опыте локальных войн с чередованием фаз «бой — передышка». **Цель обзорной статьи:** клинико-психологический анализ пяти ключевых факторов современной войны и их комплексного воздействия на психическое функционирование и поведение военнослужащих для разработки более точных диагностических подходов и адресных планов психологической помощи. **Материал и метод:** для достижения цели был проведен скопинговый обзор рецензируемой научной литературы за 2010–2025 гг., а также анализ тематических публикаций. Поиск осуществлялся в базах данных PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science и eLIBRARY.ru. Критериями включения были релевантность пяти выделенным факторам современной войны: распределенная опасность и отсутствие безопасного тыла; постоянная высокая интенсивность угроз; культурная близость противника и связанная с этим эмоциональная сложность; «витринность» и утрата приватности вследствие тотальной наблюдаемости; предельная продолжительность участия в боевых действиях. **Заключение:** на основе анализа публикаций сформирована интегративная модель, описывающая современную войну как перманентный стрессор. Предлагаемая модель перманентной травматической нагрузки (*Permanent Traumatic Load Model*, PTL-Model) фиксирует кумулятивное воздействие сенсорных, когнитивных и социальных факторов, формирующих устойчивые нарушения регуляции и специфические клинико-психологические последствия. Определены приоритеты помощи: подход «сначала — стабилизация» с фокусом на восстановление сна и снижение гипервозбуждения; рутинная оценка и адресация моральной травмы; работа с утратой приватности и восстановлением личных границ; учет кумулятивной длительности экспозиции; включение семейно-ориентированной поддержки в риадапционный маршрут.

Ключевые слова: современные вооруженные конфликты, перманентный стрессор; гипербдительность; моральная травма; утрата приватности («витринность»); инсомния; непрерывный травматический стресс; аллостатическая нагрузка; психологическая демобилизация.

Финансирование: статья подготовлена в рамках выполнения научно-исследовательской работы государственного задания РАНХиГС.

Для цитирования: Проценко С.А., Гудиев А.В., Щирский А.С. Клинико-психологические механизмы психической травматизации в условиях современных вооруженных конфликтов. *Психиатрия*. 2026;24(3):87–100. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-87-100>

REVIEW

UDC: 159.9

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-87-100>

Clinical and Psychological Mechanisms of Mental Trauma in Modern Armed Conflicts

Sergey A. Protsenko, Alexander V. Gudiev, Alexander S. Shchirskiy

Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), Moscow, Russia

Corresponding author: Sergey A. Protsenko, proccent@mail.ru

Summary

Background: the psychotraumatic environment of contemporary armed conflicts is qualitatively different from the wars of the past. Factors characteristic of modern warfare form a unique permanent stressor, requiring a revision of classical clinical-psychological models based on the experience of local wars with alternating phases of “combat and respite.” **The aim of review** was a clinical-psychological analysis of five key factors of modern warfare and their complex impact on the mental functioning and behavior of military personnel, in order to develop more accurate diagnostic approaches and targeted psychological support

plans. **Materials and Methods:** to achieve this aim, a scoping review of peer-reviewed scientific literature from 2010–2025 was conducted, along with an analysis of relevant publications and subject-specific literature. The search was performed in the PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science, and eLIBRARY.ru databases. The inclusion criteria were relevance to the five identified factors of modern warfare: distributed danger and the absence of a safe rear; constant high intensity of threats; cultural proximity of the adversary and the associated emotional complexity; the “showcase effect” and loss of privacy due to total surveillance; and the extreme duration of participation in combat operations. **Conclusion:** based on the analysis, an integrative model was formed, describing modern warfare as a permanent stressor. the study introduces the Permanent Traumatic Load Model (PTL-Model), which conceptualizes modern warfare as a continuous, multi-component stressor. The model highlights the cumulative impact of sensory, cognitive, and social stress factors that produce persistent regulatory disruptions and distinct clinical-psychological outcomes. Priorities for assistance were identified: a “stabilization-first” approach focusing on restoring sleep and reducing hyperarousal; routine assessment and addressing of moral injury; work on the loss of privacy and restoration of personal boundaries; accounting for the cumulative duration of exposure; and the inclusion of family-oriented support in the readaptation pathway.

Keywords: contemporary armed conflicts, permanent stressor; hypervigilance, moral injury, loss of privacy (“showcase effect”), insomnia, continuous traumatic stress, allostatic load, psychological demobilization

Funding: the review was written on the basis of the RANEPa state assignment research programme.

For citation: Protsenko S.A., Gudiev A.V., Shchirskiy A.S. Clinical and Psychological Mechanisms of Mental Trauma in Modern Armed Conflicts. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(3):87–100. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-87-100>

ВВЕДЕНИЕ

Современные вооруженные конфликты формируют качественно иную психотравмирующую среду по сравнению с войнами второй половины XX в. Классические клиничко-психологические модели, созданные на материале локальных войн с относительно предсказуемой динамикой боевых действий (БД), оказываются недостаточными для объяснения феноменологии переживаний и поведения участников нынешних конфликтов. Психолог «не работает с травмой вне контекста» [1]: характер угроз, каналы их доставки и социально-культурная ткань противостояния радикально изменились, задавая новые условия травматизации и реадaptации личности [2].

В настоящей работе предлагается концепция PTL-Model (*Permanent Traumatic Load Model*), формализующая современный конфликт как среду непрерывного, многокомпонентного стрессового воздействия. В отличие от классических моделей, ориентированных на отдельные травматические события или эпизоды боевого контакта, PTL-Model рассматривает психотравмирующий контекст как постоянно действующую систему стрессоров — сенсорных, когнитивных, эмоциональных и социальных. Эти факторы формируют устойчивую конфигурацию хронической мобилизации, затрудняют восстановление, нарушают ритмы сна и регуляции, поддерживают паноптическое переживание наблюдаемости и повышают вероятность моральной амбивалентности.

Такое понимание позволяет анализировать психическое функционирование военнослужащих не только как реакцию на отдельные события, но как проявление длительной аллоstaticеской перестройки, возникающей в условиях отсутствия «кокон безопасности». PTL-Model служит теоретическим каркасом для последующего разбора ключевых факторов современной войны и определяет основания для клинической интерпретации наблюдаемых паттернов поведения и эмоциональной регуляции.

В настоящей работе анализируются ключевые особенности современной войны, имеющие первостепенное значение для клинического психолога: 1) протяженность фронта и распределенная опасность, стирающие границы между «передовой» и «тылом» и поддерживающие устойчивую невозможность локализовать источник угрозы; 2) постоянно высокая интенсивность угроз, переводящая нервно-психические системы регуляции в режим непрерывной готовности; 3) культурная близость противника и связанная с ней эмоциональная сложность конфликта («почти свои»), усиливающие амбивалентность и повышающие риск моральной травмы; 4) «витринность» («Гезелл-эффект») и утрата приватности в условиях тотальной наблюдаемости и медийной экспозиции; 5) предельная продолжительность участия в боевых действиях, приводящая к накоплению истощающих последствий хронического стресса. Эти акценты соединяют изменения боевого пространства (техника, тактика, информационная насыщенность) с психологическими механизмами адаптации.

Первый фактор — изменение пространственной логики угроз. Современный бой разворачивается на обширной территории с возможностью поражения «сверху», «снизу» и «издалека» (ракеты, беспилотные летательные аппараты (БПЛА), дальнобойная артиллерия, диверсионно-разведывательные группы (ДРГ)) [3, 4]. В результате формируется феномен распределенной опасности. Формально известная линия соприкосновения не обеспечивает субъективного чувства защищенности, что поддерживает настороженность и «сканирование» среды даже в гражданском быту. Клинически это проявляется устойчивой гипербдительностью, избеганием открытых пространств, трудностями расслабления и сна.

Второй фактор — хронизация интенсивности угроз. В отличие от модели «бой-передышка», современные боевые действия напоминают непрерывный поток сигналов о возможном нападении, где система тревожной готовности не выключается даже вне

контакта с противником. Это поддерживает состояние гипербдительности и физиологической мобилизации по умолчанию, что закономерно ведет к истощению ресурсов саморегуляции [5].

Третий фактор — культурная близость противника. Конфликт с «почти своими» усиливает внутреннюю амбивалентность, затрудняет осмысление собственной агрессии и переживание вины/стыда, а также осложняет интеграцию пережитого опыта в личностную идентичность [6]. Этот фактор выступает самостоятельным источником психоэмоционального напряжения, выходящего за рамки классического стрессора угрозы жизни.

Четвертый фактор — «витринность» и утрата приватности. Тотальная наблюдаемость боевого пространства (дроны, сенсоры, камеры, цифровые следы) и его медийная прозрачность [7] создают постоянное переживание «пребывания на виду». Даже вне боя это поддерживает настороженность, самоцензуру, ощущение уязвимости, затрудняет восстановление спонтанности и приватности. Описываемый «Гезелл-эффект» («витринность») переносится в гражданскую жизнь и нередко приводит к реактивному избеганию социальной активности.

Пятый фактор — предельная продолжительность участия. Современные конфликты демонстрируют расширение временных рамок нахождения в зоне боевых действий [7] при наличии поддерживающих факторов (социальные мотивы, краткосрочные отпуска, онлайн-связь с семьей). Вместе с тем длительная экспозиция к «перманентному стрессору» чревата хронификацией усталости, апатией и «психологической демобилизацией», а позитивные модераторы зачастую действуют как временные стимуляторы, не предотвращающие отложенные последствия.

В совокупности обозначенные особенности современных вооруженных конфликтов формируют «тотальную среду», где стресс не прекращается ни днем, ни ночью, ни в бою, ни вне его. Для клинициста это означает: помимо расстройств травматического спектра (ПТСР) в поле зрения должны систематически включаться феномены хронической гипербдительности, нарушений сна и восстановления, устойчивого переживания «витринности» и утраты приватности, амбивалентности и моральной боли — то есть конфигурации, отражающие не «разовый стресс», а долговременную перенастройку систем безопасности, границ и субъективного контроля.

Цель обзорной статьи: провести клинико-психологический анализ специфики современных вооруженных конфликтов через призму пяти указанных факторов современной войны и на этой основе обосновать интегративную модель перманентной травматической нагрузки (PTL-Model), описывающую механизмы воздействия этих факторов на психику и поведение человека как в период боевых действий, так и на этапе реадaptации и возвращения к гражданской жизни.

Статья адресована практикующим клиническим психологам и смежным специалистам и призвана уточнить диагностику, психообразование и планирование вмешательств с учетом контекста перманентной стрессогенности современной войны. В последующих разделах по каждой характеристике будут рассмотрены механизмы воздействия и клинические проявления, затем — интегративная модель и практические следствия для оценки и помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Скопинговый обзор научных публикаций с последующей нарративной, клинико-психологической интерпретацией оформлен по рекомендациям PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) [8].

На первом этапе поиск публикаций проводился в рецензируемых базах данных (БД) и индексах: PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science Core Collection, Crossref, а также Google Scholar для расширенного охвата. Для русскоязычной литературы использовалась библиотека eLIBRARY.ru (РИНЦ). В обзор также были включены отдельные отраслевые журналы военной мысли с критической оценкой по чек-листу AACODS (*Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date, Significance*) [9].

В качестве поисковых запросов использовались комбинации терминов (англ./рус.): — боевые особенности: «transparent battlefield», «persistent ISR», «UAS OR drones», «no safe rear*», «distributed danger*», «прозрачность поля боя», «БПЛА/дроны», «распределенная опасность», «нет тыла». — психологические феномены: «hypervigilance», «continuous traumatic stress», «moral injury», «sleep disturbance», «loss of privacy», «surveillance AND mental health», «гипербдительность», «непрерывный травматический стресс», «моральная травма», «утрата приватности/наблюдаемость».

Критерии включения/исключения

В обзорную статью включены исследования с участием военнослужащих/ветеранов или непосредственных аналогов боевой экспозиции (военно-медицинский персонал в зоне БД); обзоры и первичные исследования (наблюдательные, когортные, РКИ — при наличии), а также авторитетные аналитические отчеты о характеристиках современного поля боя, имеющие прямые клинико-психологические импликации. Исключались чисто технические публикации без связи с психическим здоровьем; мнения/комментарии без аналитической базы; дубликаты.

Скрининг и отбор

Далее был проведен двухэтапный скрининг (название/аннотации — полные тексты), в процессе которого исключались дубликаты и применялся метод «снежного кома» для поиска в библиографиях ключевых статей. Для оценки «серой литературы» использовался инструмент AACODS. В окончательную выборку вошли

только источники с проверяемой методологией и данными, опубликованные под эгидой авторитетных институций.

Извлечение данных

Для каждого включенного источника извлекались поля: 1) характеристика современного боя (протяженность/распределенная опасность; постоянная интенсивность угроз; культурная близость противника/эмоциональная сложность; «витринность»/наблюдаемость и утрата приватности; длительность участия); 2) популяция/дизайн/страна; 3) психические механизмы (гипербдительность, непрерывный травматический стресс, моральная травма и др.); 4) клинические/поведенческие проявления; 5) модераторы/медиаторы; 6) клинические импликации для диагностики и помощи.

Синтез

На этом этапе было проведено тематическое картирование источников относительно пяти заявленных факторов с интеграцией в клинично-психологическую модель «перманентного стрессора» современной войны. Примеры ключевых источников, легших в основу синтеза: — гипербдительность/внимание к угрозе у военных; лонгитюдные последствия боевой экспозиции; траектории депрессии после развертываний; — моральная травма (обзоры, эмпирика, факторы риска); — «прозрачное» боевое пространство/персистентная наблюдаемость и психологические следствия (БПЛА/дроны; «нет безопасного тыла»); — непрерывный травматический стресс в условиях затяжных военных угроз; — «витринность»/наблюдаемость и утрата приватности как стрессоры (общая литература по психическим эффектам постоянного наблюдения).

Ограничения

Скопинговый дизайн не предполагает метааналитического объединения эффектов; часть аргументации «прозрачности поля боя» опирается на высококачественные аналитические отчеты и сравнительно новые эмпирические наблюдения, что отражает динамику предметной области и требует дальнейшей клинической валидации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Фактор №1. Протяженность фронта и распределенная опасность

Описание фактора. «Фронт» больше не гарантирует субъективной безопасности «за линией соприкосновения»; поражение и наблюдение возможны на большой глубине за счет БПЛА, дальнобойных средств, ДРГ и высокоточного оружия. Угроза многовекторна (с воздуха, земли, воды, из-под земли и из космоса), а потому переживается как повсюду присутствующая.

Современные полевые обзоры и аналитика схожаты в оценке «прозрачности» поля боя: наблюдение и поражение распространяются в тыл, лишая подразделения и инфраструктуру «убежищ». Как предупреждают современные военные эксперты, границы войны

стираются. Сегодня, по их мнению, у конфликта больше нет «передовой» и «тыла» в классическом понимании, он вышел далеко за рамки суши, моря и воздушного пространства. [10] Командные пункты и крупные цели системно обнаруживаются и поражаются. К подобным выводам приходят и другие исследователи современной войны [11] (системная разведка и поражение тыловых районов/коммуникаций). Эмпирические сводки по Украине дополняют картину: «ближний тыл» регулярно становится зоной ударов артиллерии, авиации и дронов.

Механизмы действия фактора. Распределенная опасность поддерживает устойчивую *гипербдительность* и режим хронической мобилизации. В терминах клинической психологии это соответствует континууму *continuous traumatic stress* (CTS — непрерывный травматический стресс) — ситуации реалистичной текущей угрозы, где система безопасности не получает «окна» на восстановление [12]. Концепция CTS описана как отдельный феномен по отношению к «прошедшей травме» и применяется к контекстам затяжных конфликтов. На уровне психофизиологии стойкая гиперактивация связана с нарушениями сна и восстановительных процессов (инсомния, укорочение глубокой фазы, ночные пробуждения) [13], что подтверждается данными обследования военнослужащих и ветеранов.

Поведенческие корреляты. Для участников боевых действий и вернувшихся ветеранов описывают: постоянное «сканирование» пространства, избегание открытых участков, настороженность к визуальным/акустическим триггерам, затруднение расслабления даже в безопасной среде; на бытовом уровне — маршруты с избыточными проверками «сектора», трудности сна и отдыха. Эти проявления трактуются как *адаптация к среде тотального риска*, а не как «необъяснимая тревожность» [14]. В клинических выборках ветеранов нарушение сна и гиперторможение стабильно ассоциированы с симптоматикой посттравматического спектра и снижением качества жизни.

Модераторы и усугубляющие факторы. Техническая «витринность» (персистентное наблюдение ISR/БПЛА) и глубина поражения тыла уменьшают различие между «боевой» и «небоевой» зонами, препятствуя восстановлению субъективного чувства контроля, это усиливает циклы гипербдительности–истощения. Политика и тактика «ударов по ближнему тылу» в реальных конфликтах (Украина) служат постоянным источником подтверждающих сигналов угрозы.

Таким образом, протяженность фронта и распределенная опасность формируют для психики состояние непрерывной угрозы, где «тыл» не восстанавливает чувство безопасности. Клинично-психологически это проявляется устойчивой гипербдительностью, нарушениями сна/восстановления и поведенческими паттернами избегания и «сканирования». Для практики это требует: 1) нормализации бдительности как адаптивной реакции, 2) целевых вмешательств в нарушение сна, 3) обучение стратегиям управления вниманием

и телесной регуляции до перехода к глубокой проработке травматических воспоминаний.

Фактор №2. Постоянная высокая интенсивность угроз

Описание фактора. Современный конфликт утрачивает ритм «бой–передышка» и превращается в непрерывный поток сигналов об опасности. Даже вне прямого боестолкновения психика остается в режиме ожидания удара; система тревоги не «выключается». На нейронном уровне описываются такие феномены, как устойчивое состояние гипербдительности, усиление амигдало-лимбической реактивности (кортизол), относительное подавление префронтальной регуляции, а также хронические нарушения сна, препятствующие интеграции травматических воспоминаний в биографическую память. Клинически тревога становится состоянием «по умолчанию».

Парадигма CTS [15] описывает ситуации реалистичной текущей угрозы без «кокон безопасности», характерные для затяжных конфликтов; при CTS поддерживается постоянная мобилизация и гипербдительность как адаптация к непрекращающейся опасности. Хроническая активация систем стресса ведет к *аллостатической нагрузке*: долговременной «изнашивающей» цене поддержания готовности с изменениями в нейроэндокринной, иммунной и метаболической регуляции [16]. Стрессовые сигнальные каскады быстро ухудшают функции префронтальной коры (рабочая память, «топ-даун» (нисходящий) контроль), что снижает способность к когнитивной переработке угрозы и усиливает реактивное поведение.

Нарушения сна как ключевой маркер интенсивности угроз. Для военнослужащих и ветеранов нарушения сна (инсомния, фрагментация сна, кошмары) — один из наиболее устойчивых феноменов, связанных с травматическим стрессом [17], причем инсомния нередко приобретает относительную автономность и требует целевого лечения [18]. Современные обзоры показывают связь более выраженных расстройств сна с большей тяжестью посттравматической симптоматики; постоянная недостаточность сна повышает риск последующих психических расстройств.

Состояние постоянной угрозы также поддерживает гипербдительность и смещение внимания (*attentional bias*) к сигналам опасности, что связано с рецидивом навязчивых воспоминаний и усилением реакций испуга; при этом стресс-индуцированное снижение префронтального контроля ухудшает селективное внимание и регуляцию импульсов [19].

На поведенческом уровне это проявляется перманентным «сканированием» окружения, избеганием мест с непредсказуемыми стимулами, раздражительностью, утомляемостью и трудностями расслабления даже в формально безопасной среде [19, 20].

Клинические следствия для оценки и помощи предполагают: — обоснованность интерпретации гипербдительности и нарушения сна как *адаптивных следов*

проживания CTS, а не как «нелогичную тревожность»; нормализации переживаний как обязательного компонента психообразования; — на этапе стабилизации необходимость купирования нарушений сна и состояний гипербдительности перед переходом к глубокой терапевтической работе; — в формулировке случая учитывать аллостатическую нагрузку (факторы износа) и стресс-индуцированное снижение префронтальных функций — это объясняет трудности концентрации, планирования, контроля аффекта.

Фактор №3. Культурная близость противника и эмоциональная сложность конфликта

Описание фактора. В современных конфликтах противостоящие стороны часто культурно и ментально близки: общий язык, схожие имена, общие исторические коды, нередко — территориальное и биографическое «соседство». Это придает столкновению статус «противостояния с почти своими», усиливая внутренний конфликт бойца. Этот конфликт можно объяснить через концепцию «нарциссизма малых различий», введенную Зигмундом Фрейдом [14; с.24] — чем меньше культурная дистанция, тем сильнее эмоциональная заряженность различий и угроз идентичности

Психологическая литература по проблеме *moral injury* (моральная травма) показывает, что события, нарушающие глубоко удерживаемые моральные нормы (потенциально морально травмирующие события, Potentially Morally Injurious Events, PMIEs), ассоциированы с выраженными чувствами вины/стыда, депрессией, усилением ПТСР-симптоматики и суицидальным риском [2, 20]. Обобщающие обзоры/метаанализы подтверждают устойчивые связи между показателями моральной травмы и неблагоприятными психическими исходами [21]. Эмпирические разработки по специфическим актам (например, опыт убийства на войне) демонстрируют независимую связь с ПТСР-симптомами, диссоциацией и функциональным снижением, что указывает на особую нагрузку морально окрашенных эпизодов. В военных выборах роль моральных эмоций (вина/стыд) в структуре расстройств после боевой экспозиции подтверждена скопинговыми и систематическими обзорами [22].

Механизмы действия фактора. Амбивалентность и затрудненная агрессия. Культурная близость снижает эффективность «демонизации» противника; приемлемость собственной агрессии ослабевает, усиливаются вина и стыд — центральные аффекты моральной травмы.

Конфликт идентичностей. Пересечение символических «мы»/«они» при минимальных различиях обостряет угрозу «Я-образу» (роль защитника/гуманиста), вызывает идеи «идейной диссоциации» и утрату опоры на прежние ценности.

Моральная травма как контур повреждения совести. При PMIEs формируются устойчивые убеждения «я плохой/мы плохие/мир испорчен», поддерживаемые переживаниями стыда/вины, которые хуже поддаются

стандартным протоколам, нацеленным на страх. Обзоры 2019–2024 гг. подчеркивают необходимость дифференциации моральной травмы и ПТСР при разработке клинических стратегий [23, 24].

Клинические и поведенческие корреляты включают: — трудность открыто говорить об агрессии и «ненависти к врагу»; злость часто смешана с печалью/скорбью и переживается как морально «опасная»; — избегание тем, связанных с этической оценкой собственных действий; повышенная чувствительность к социальному суждению (семьи/сообщества), что усиливает самоцензуру и вкладывается в переживание «витринности»; — выраженные чувства вины/стыда, депрессивная симптоматика, усиление ПТСР-кластеров (повторные переживания, гиперактивация).

Модераторы и контекстуальные факторы

- *Нормативные нарративы и пропагандистские рамки.* При культурной близости противника «жесткие» бинарные нарративы усваиваются хуже; несоответствие публичного дискурса личному опыту усиливает моральный конфликт.
- *Социальная близость/пересечение семейных и профессиональных ролей.* Общие языки/ритуалы/истории повышают вероятность эмпатического резонанса с противником и последующего когнитивного диссонанса после применения насилия, что, по данным исследований о роли морали, коррелирует с виной/стыдом и неблагоприятными исходами.
- *Тип пережитых событий.* Эпизоды, включающие причинение вреда или свидетельство страдания «почти своих», сопряжены с более высоким риском тяжелых моральных эмоций и последующей симптоматики.

Отличие от «классической» страх-центрированной травмы. В «страх-модели» ядром выступают условные реакции на угрозу жизни/целостности, тогда как в факторе культурной близости ведущими являются нарушения в системе моральных значений и идентичности. Потому феноменологически превалируют вина/стыд, экзистенциальные вопросы, переживание «испорченности»/«предательства», а страх может занимать вторичную позицию.

Для клинициста это означает необходимость систематической оценки РМІЕ, различения страха и моральных аффектов, а также проведение психотерапевтического просвещения и вмешательств, учитывающих амбивалентность и уязвимость идентичности в конфликтах «с почти своими».

Фактор №4. «Витринность» и утрата приватности

Описание фактора. В современных конфликтах исчезает «внекадровое» пространство: постоянное присутствие БПЛА, спутников, сенсоров, тепловизоров и камер (а также цифровая среда с записью и распространением эпизодов боя) создает ощущение неизбежной наблюдаемости — «витринности» (Гезелл-эффект) [25, 26]. Приватность как психологическое убежище утрачивается, формируются внутренняя

настороженность и тревога «под взглядом» даже в одиночестве [27].

Механизмы действия фактора от «переживания взгляда» к стрессу и когнитивной «сужаемости». Психологические и нейрокогнитивные исследования показывают: восприятие постоянного наблюдения подрывает чувство приватности и самообладания, повышает тревогу и стресс, а также меняет регуляцию внимания (смещение к сигналам контроля/надзора). Обзоры по влиянию систем безопасности и наблюдения на психику отмечают связь с ощущением утраты приватности, повышенным напряжением и стресс-реактивностью [28]; экспериментальные и обзорные работы дополняют данными о влиянии «взгляда, который наблюдает», на сенсорную и поведенческую реактивность. Параллельные метааналитические и эпидемиологические данные из гражданских контекстов (электронный мониторинг труда, *workplace surveillance*) демонстрируют повышение стресса и ухудшение показателей психического здоровья при длительном наблюдении — эффекты, правдоподобно обостряющиеся в условиях боевого контроля и угрозы.

Поведенческие корреляты: самоконтроль, самоцензура, утрата спонтанности. Под влиянием наблюдаемости усиливается самоконтроль и сужается репертуар поведения: описаны *chilling effects* — устойчивое самоограничение и самоцензура при осознании надзора, включая снижение готовности к выражению мнений и к действиям, чреватых публичной экспозицией. Эти эффекты многократно показаны в исследованиях цифрового надзора [29, 30] и концептуально объясняются паноптической саморегуляцией. Для военной среды это означает перенесение самоцензурирующих стратегий и «позы под камерой» в бытовое поведение ветерана [31, 32]. Полевые отчеты из зон интенсивного применения БПЛА (Афганистан, Пакистан, Украина, Газа) описывают стойкий страх атаки, бессонницу и ощущение постоянной опасности у населения, живущего под персистентным воздушным наблюдением/угрозой [33]. Хотя эти материалы относятся к «серой» литературе и требуют аккуратной интерпретации, они согласуются с механизмом «витринности» и документируют субъективный опыт «жизни под взглядом».

Для клинициста этот фактор характеризуется высокой вероятностью хронической гиперактивации, нарушений сна и стойких поведенческих ограничений (самоцензура, избегание), требующий в диагностике фокуса на переживании «взгляда» и утраты приватности как самостоятельных мишеней понимания и помощи.

Фактор №5. Предельная продолжительность участия в боевых действиях

Описание фактора. Исторические данные указывали на предел боевой выносливости порядка 180–240 суток для контингентов, не защищающих непосредственно Родину [34, 14; с.28]. В современных конфликтах срок участия расширяется за счет мощных социальных мотивов, краткосрочных отпусков и возможности

поддерживать связь с близкими. Однако эти факторы действуют скорее как «психостимуляторы» на находящихся на линии боевого столкновения (ЛБС) и не предупреждают последующие психологические проблемы и не предотвращают развитие хронической усталости, апатии и «психологической демобилизации».

Данные МНАТ (*Mental Health Advisory Team* — Консультативная группа по психическому здоровью) [35] показывают, что продолжительное пребывание в зоне боевых действий и многократные циклы «вывод в тыл — возвращение на передовую» ассоциированы с ростом доли положительных результатов скрининга на психические проблемы; причем при третьей–четвертой ротации они становятся значимо выше. Исследования Центра военных исследований в области здравоохранения (*King's Centre for Military Health Research* — КСМНР, Королевский колледж, Лондон) показали, что совокупная длительность пребывания в зоне боевых действий более 12 месяцев за 3 года приводила к существенному росту показателей психологического дистресса и результатам по шкале ПТСР [36].

Механизмы фактора. Длительная экспозиция поддерживает хроническую мобилизацию и формирует *аллостатическую нагрузку* — «цену адаптации» к длительному стрессу с нейронными и соматическими последствиями (дисфункция префронтальной регуляции, эмоциональная реактивность, соматические сдвиги) [37]. Центральным узлом выступает сон: хроническая фрагментация/недосып дают дозозависимые когнитивные дефициты и ухудшение саморегуляции, которые не компенсируются субъективным ощущением «привычки к недосыпу».

Поведенческие и клинические корреляты. На поздних этапах участия в боевых действиях и после возвращения типичны устойчивая утомляемость, апатия, снижение инициативы («пассивный отдых» как доминирующая стратегия), раздражительность, нарушения сна, у ряда ветеранов — усиление симптомов ПТСР/депрессии, рост риска злоупотребления психоактивных веществ (ПАВ). Эти проявления согласуются с исследованиями о накопительном эффекте длительности/повторов и с данными о снижении когнитивного контроля на фоне хронического стресса и недосыпа. Поддерживающие факторы (патриотическая мотивация, краткие отпуска, связь с семьями) действительно удлиняют функциональный срок участия [14; с.29], но действуют как временные стимуляторы и не предотвращают отсроченных последствий, напротив, при завершении службы возможны «провалы» в настроении, мотивации и активности. Это перекликается с эмпирикой о значимости реального *dwelt time* (время пребывания, англ.) и качества восстановления, а не только «позитивной мотивации».

Вывод по фактору. Предельная длительность участия — самостоятельный генератор психической травмы, действующий через кумуляцию аллостатической нагрузки и «срывы» восстановительных систем (прежде всего сна). Клинически это означает необходимость: 1) документировать календарь и суммарную

длительность участия/повторов и времени пребывания на ЛБС в формулировке случая; 2) на этапе стабилизации приоритизировать восстановление сна и дневной энергии, энергосберегающие протоколы и «пошаговую ремобилизацию» активности; 3) учитывать риск «психологической демобилизации» и планировать поддерживающие вмешательства на первые месяцы после возвращения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Современная война как перманентный стрессор: интегративная модель

Опираясь на пять факторов современных войн (распределенная опасность, постоянная интенсивность угроз, культурная близость противника, «витринность»/утрата приватности, предельная длительность участия), предлагаем рассматривать современную войну как перманентный стрессор — среду, где субъективная и объективная угроза не прерывается и не локализуется, а потому поддерживает хроническую мобилизацию и препятствует восстановлению.

В контексте обсуждения перманентной стрессогенности современной войны представляется целесообразным formalизовать предлагаемый нами подход в виде *модели перманентной травматической нагрузки* (*Permanent Traumatic Load Model, PTL-Model*). Под этим термином понимается совокупность устойчивых и непрерывно действующих стрессоров операционной среды, которые не ограничиваются отдельными эпизодами угрозы, а создают длительное, кумулятивное и многокомпонентное давление на психическую регуляцию военнослужащего.

В рамках PTL-Model перманентная травматическая нагрузка трактуется как результат постоянного воздействия сенсорных, когнитивных, эмоциональных и социальных факторов, характерных для современных конфликтов: высокой плотности сигналов угрозы, информационной насыщенности, моральной амбивалентности ситуаций, сужения приватности и нарушенной возможности восстановления. В совокупности эти элементы формируют специфическую конфигурацию хронической мобилизации, в которой механизмы обработки угрозы и системы стрессовой регуляции функционируют в состоянии пролонгированной активации.

Такое определение позволяет рассматривать современный вооруженный конфликт не как последовательность травматических событий, а как среду непрерывного травматического воздействия, порождающую устойчивую аллостатическую перестройку, нарушения восстановления, особенности морального переживания и долговременные клинико-психологические последствия. PTL-Model тем самым задает концептуальные основания для анализа как феноменологии участника конфликта, так и возможных различий в траекториях реадaptации и потребностях в последующей помощи.

Полученные из изученных материалов данные позволяют нам построить многоуровневую модель,

описывающую динамику хронификации психопатологических проявлений у военнослужащих в условиях современных боевых действий. Модель интегрирует ключевые факторы оперативной обстановки, опосредующие психобиологические механизмы и клинически наблюдаемые феномены, связанные в устойчивые самоподкрепляющиеся циклы. Архитектура модели представлена на рис. 1.

Ключевые факторы современной боевой обстановки, выступающие триггерами модели, включают: 1) пространственно неограниченную и распределенную опасность при отсутствии безопасного тыла; 2) непрерывный поток угрожающих сигналов; 3) морально-идентичностную амбивалентность, обусловленную культурной близостью противника; 4) эффекты постоянного наблюдения («витринность») и утрату приватности; 5) кумулятивную длительность экспозиции.

Промежуточные механизмы связывают эти предикторы с клиническими исходами: — непрерывный травматический стресс как форма адаптации к персистирующей угрозе; — аллостатическая нагрузка как психофизиологическая цена хронической гипермобилизации; — дисрегуляция сна как ключевой узел поддержания и отягощения симптоматики; — моральная травма как контур повреждения ценностно-нравственной системы; — паноптические эффекты, поддерживающие тревогу и поведенческое ограничение.

Клинико-поведенческие феномены на выходе модели проявляются в виде симптомокомплекса, включающего устойчивую гипербдительность и внимание к угрозе, раздражительность, инсомнию, хроническую

усталость, апатию, социальное избегание и переживание моральной боли.

В основе хронификации лежат следующие *ключевые самоподкрепляющиеся циклы*:

1. **Нейрофизиологический цикл «гипервозбуждение-сон»**: непрерывная угроза поддерживает состояние гипербдительности, что напрямую ведет к фрагментации сна и инсомнии. Нарушенный сон, в свою очередь, ослабляет префронтальный контроль над эмоциями и миндалевидным комплексом, что еще более усиливает гипервозбуждение и бдительность.

2. **Поведенческо-аффективный цикл «витринность-избегание»**: переживание постоянной наблюдаемости («витринности») порождает высокий уровень фоновой тревоги и приводит к самоцензуре. Это, в свою очередь, ведет к избегающему поведению и сужению поведенческого репертуара, что ограничивает доступ к позитивным подкрепляющим стимулам и усиливает общую напряженность и тревогу, замыкая петлю. Данный механизм объясняет возникновение «сдерживающих эффектов» (*chilling effects*) даже после возвращения из зоны боевых действий.

3. **Морально-дезадаптивный цикл «амбивалентность-депрессивность»**: столкновение с морально-травмирующими событиями в условиях культурной близости противника обостряет моральную амбивалентность, способствуя развитию интенсивных чувств вины и стыда. Эти аффекты напрямую ассоциированы с повышенным риском депрессии и суицидальности, создавая порочный круг, в котором депрессивная симптоматика затрудняет интеграцию травматического опыта и моральную адаптацию. Важно отметить, что



Рис. 1. Модель перманентной травматической нагрузки (Permanent Traumatic Load Model, PTL-Model)

Figure 1 Permanent Traumatic Load Model, PTL-Model

стандартные, сфокусированные на страхе протоколы терапии оказываются недостаточно эффективными без целевой работы с моральными аффектами.

4. *Кумулятивно-нейрокогнитивный цикл «длительность-аллостаз»*: кумулятивная длительность экспозиции к боевому стрессу приводит к прогрессирующему накоплению аллостатической нагрузки. Нейробиологически это коррелирует с функциональными изменениями в префронтальной коре, гиппокампе и миндалине, что клинически выражается в снижении когнитивного контроля, усилении аффективной реактивности и росте уязвимости к другим стрессовым воздействиям, в дальнейшем ускоряя накопление аллостатической нагрузки.

Представленная модель позволяет целостно описать патогенез нарушений, выходящих за рамки классического ПТСР, и подчеркивает необходимость комплексных вмешательств, одновременно нацеленных на нормализацию сна, снижение аллостатической нагрузки и проработку морально-травматических переживаний.

Дифференциально-диагностическая перспектива

ПТСР (прошлая угроза) vs. CTS (непрерывная/реалистичная угроза). При *continuous traumatic stress* (CTS) источник угрозы сохраняется во времени и пространстве, ведущим становится устойчивое гипервозбуждение с поведенческой «боевой готовностью», тогда как событийно-флэшбековая феноменология ПТСР может быть менее выражена. Для терапии CTS ключевой является контекстная оценка реальной угрозы и «окон безопасности», а не только ретроспективная проработка травматического эпизода. Это обосновывает приоритет стабилизации сна и регуляции, прежде чем переходить к экспозиционным техникам. Важно учитывать, что CTS представляет собой не только описательную категорию, фиксирующую присутствие непрерывной угрозы, но и форму адаптационной перестройки психики в условиях постоянной опасности. CTS отражает функциональное поддержание мобилизации и гипербдительности как способ выживания в среде без «окон безопасности». В этом контексте гиперреактивность, нарушения сна и сужение поведения выступают не патологическими симптомами, а устойчивыми адаптивными ответами, сформированными длительным воздействием угрозы.

Моральная травма vs. «страх-центрированная» травма. В моральной травме доминируют вина/стыд, переживание «испорченности»/«предательства», экзистенциальные убеждения («я плохой/мир испорчен»); реакция страха — вторична. При культурной близости противника риск моральной травмы возрастает, а эффективность стандартных протоколов, нацеленных на страх (чистая экспозиция), ниже без адресации моральных аффектов и ценностных конфликтов.

«Витринность»/утрата приватности vs. социальная тревожность. Ощущение постоянного наблюдения (персистентный ISR/дроны, цифровая экспозиция) формирует «паноптическую» тревогу и *chilling effects*

(самоцензура, сужение поведения), не сводимые к страху негативной оценки в обычных социальных ситуациях. Здесь триггер — именно режим наблюдения, а не социальная оценка как таковая.

Гипербдительность/боевой сканинг vs. генерализованное тревожное расстройство. При распределенной опасности внимание закономерно «прилипает» к угрозо-сигналам внешней среды; это адаптация к прозрачному полю боя («нет безопасного тыла»), а не диффузная «свободно плавающая» тревога. Клиническая ошибка — трактовать такой паттерн как «избыточную тревожность», игнорируя контекст угроз.

Инсомния коморбидная с травмой vs. первичная инсомния. При длительном пребывании в зоне боевых действий сон выступает центральным узлом поддержания симптомов (фрагментация, кошмары). Коморбидная инсомния часто автономизируется и требует первоочередного лечения (напр., когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ), проработки содержания кошмаров), иначе техники, направленные на проработку травматического опыта, «скользят» по поверхности.

Многоосевая формулировка случая

Рекомендуется фиксировать пять осей, вытекающих из пяти травмирующих факторов:

1. *Ось угрозы пространства*: описание степени распределенной опасности и «окон безопасности» в текущей жизни.

2. *Ось интенсивности*: описание частоты и плотности «угрозо-сигналов», выраженности гипербдительности и нарушений сна.

3. *Ось моральной травмы*: фиксация потенциально морально травмирующих событий, описание профиля вины/стыда и убеждений.

4. *Ось наблюдаемости/приватности*: оценка и описание субъективной «витринности», выявление триггеров «надзора», характеристика признаков поведенческой сужаемости.

5. *Ось длительности/кумуляции*: внесение информации о времени суммарного пребывания в зоне боевого стресса, числа ротаций, продолжительности промежутков между ротациями и т.п.

Таким образом, *минимальный диагностический пакет* может включать в себя: скрининг травматического спектра и коморбидностей + измерение сна/гипервозбуждения + оценка моральной травмы и переживания наблюдаемости. Конкретные инструменты подбираются в соответствии с локальными стандартами, где приоритетом являются валидизированные опросники и дневники сна. При выраженной моральной боли и бессоннице — обязательная оценка суицидального риска; инсомния и моральная травма являются независимыми факторами уязвимости.

Импlications для планирования помощи должны учитывать следующие принципы: — *Принцип «вначале — стабилизация»*. На первом этапе — снижение гипервозбуждения и восстановление сна (КБТ, поведенческие протоколы сна, тренинги дыхательной/вегетативной регуляции), нормализация гипербдительности

как адаптивного следа CTS. Только после появления «окон безопасности» — переход к экспозиционной и нарративной работе. — *Адресация моральной травмы*. Включение модулей, направленных на вину/стыд, реконструкцию ценностных убеждений, признание и смысловую интеграцию (элементы адаптивного раскрытия/поведенческой активации/экзистенциальной работы или духовно-информированных подходов по клинической целесообразности). Терапия без адресации моральных аффектов — риск ретравматизации или неэффективности. — *Работа с «витринностью»*. Психосообразование с предложением представлений о паноптических эффектах, тренинг границ и приватности (управление «цифровыми» триггерами, «зоны/временные окна приватности»), поведенческие эксперименты для расширения репертуара за пределами самооцензуры. — *Длительность и аллостатическая нагрузка*. Энергосберегающий режим восстановления, дозированная ремобилизация активности, мониторинг дневной усталости и функции исполнительного контроля; приоритет профилактики рецидивов инсомнии. — *Семейно-ориентированная компонента*. Учитывая перенос боевых паттернов (сканирование, самооцензура, раздражительность) в быт — работа с семьей по нормализации и распределению ролей снижает вторичную конфликтность и «подпитку» гипервозбуждения.

При планировании помощи необходимо учитывать, что боевой стресс может выступать мощным декомпенсирующим фактором для лиц с донозологическими или диагностированными расстройствами личности кластера В (антисоциальное, пограничное, нарциссическое), для которых характерны импульсивность и склонность к агрессии [38]. У таких ветеранов агрессивные проявления будут носить наиболее стойкий и плохо контролируемый характер, поскольку они наслаиваются на изначально существующие нейробиологические особенности (например, уменьшенный в сравнении с нормой объем префронтальной коры). Работа с этой группой требует не только стандартных протоколов стабилизации, но и длительной психотерапии, направленной на коррекцию глубинных личностных нарушений, а также повышенного внимания к вопросам безопасности в семейном и социальном окружении.

Предлагаемый подход переориентирует клиническую работу: от универсального «протокола ПТСР» — к контекстно-чувствительному плану с приоритетом сна, регуляции и безопасности, адресацией моральной боли и восстановлением границ/приватности, с обязательным учетом длительности экспозиции и аллостатической нагрузки.

Ограничения

Характер доказательной базы. Синтез имеющихся данных носил скорее скопинговый, чем систематический обзорный характер. Модель построена на аналитическом обобщении разнородных источников, включая данные «серой литературы», поэтому выводы не могут быть приравнены к результатам метаанализа с количественными оценками эффектов.

Контекстуальная вариативность. Проявления ключевых предикторов (таких как распределенная опасность, «витринность», культурная близость противника) значительно варьируются в зависимости от театра военных действий и их динамики. Это ограничивает прямую экстраполяцию выводов между различными конфликтами.

Методологические сложности измерения. Для части центральных конструкторов модели (например, переживание «витринности», операционализация непрерывного травматического стресса в военных когортах) в настоящее время отсутствуют валидированные измерительные инструменты. Также ощущается дефицит русскоязычных шкал моральной травмы с доказанной метрической инвариантностью.

Потенциал смещения. На наблюдаемые эффекты могли повлиять смещающие факторы, включая коморбидные депрессивные и соматические симптомы, хроническую боль, применение психотропной терапии. Риск смещения особенно высок при анализе долгосрочных последствий и эффектов повторных развертываний.

Ограничения дизайна первичных исследований. Значительная часть доказательств получена в поперечных исследованиях с опорой на данные самоотчетов, тогда как лонгитюдные работы с применением объективных методов (актиграфия, вариабельность сердечного ритма, нейрокогнитивное тестирование) остаются редкими. Это не позволяет делать однозначных выводов о причинно-следственных связях.

Временная динамика. Быстрое развитие военных технологий (БПЛА, средства наблюдения, радиоэлектронной борьбы) и трансформация тактики ведения боя обуславливают постоянное изменение оперативной обстановки. В связи с этим некоторые выводы могут быстро утрачивать актуальность, что требует непрерывного обновления доказательной базы.

Направления дальнейших исследований

Сформулированная концептуальная модель задает четкую повестку для эмпирической верификации и практической реализации. Основной вызов заключается в переходе от теоретического описания к измеримой, каузально проверяемой и клинически применимой системе знаний. Для этого требуются скоординированные усилия в нескольких ключевых областях.

Во-первых, критически важным направлением является операционализация и разработка валидного измерительного инструментария. Это включает в себя создание и апробацию шкал для оценки таких сложных конструкторов, как переживание «витринности» и утраты приватности, с обязательной проверкой их психометрических свойств. Параллельно необходима адаптация инструментов для диагностики непрерывного травматического стресса для военных выборок с уточнением их дискриминантной валидности относительно ПТСР и генерализованного тревожного расстройства. Не менее актуальна задача полной русскоязычной валидации существующих шкал моральной травмы с оценкой

инвариантности измерений. Для комплексной оценки регуляторных процессов перспективным представляется использование мультимодальных маркеров, таких как актиграфия, вариабельность сердечного ритма, биомаркеры аллостатической нагрузки и тесты исполнительных функций, интегрированные с методом экологического мгновенного оценивания для фиксации проявлений гипербдительности в естественной среде.

Во-вторых, необходимы эпидемиологические исследования, сфокусированные на установлении причинно-следственных связей. Лонгитюдные когортные исследования, основанные на априорных причинных графах, позволят отследить траектории динамики сна, гиперактивации, моральной боли и функциональных исходов в течение 6–24 месяцев после возвращения из зоны боевых действий. Ценную информацию могут предоставить исследования с дизайном «естественного эксперимента», например, анализирующие влияние изменений в политике ротации или внедрения новых средств маскировки на уровень стресса и функциональные показатели. Для количественной оценки вклада морального фактора целесообразно проведение сравнительных исследований на различных театрах военных действий, характеризующихся разной культурной дистанцией с противником.

В-третьих, центральное место занимает разработка и тестирование целевых интервенций. Требуют проверки в рамках рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) такие гипотезы, как приоритетность когнитивно-поведенческой терапии инсомнии перед травма-фокусированной терапией у пациентов с выраженной гиперактивацией. Следует сравнить эффективность модулей, нацеленных на моральную травму, со стандартными, сфокусированными на страхе, протоколами для контингента с опытом морально травмирующих событий. Перспективными являются разработка и оценка вмешательств, направленных на восстановление приватности и границ, а также семейно-ориентированных программ в качестве адьюванта к индивидуальной терапии.

Наконец, для внедрения полученных знаний в практику необходимы исследования в области науки о реализации. Это предполагает оценку ступенчатых моделей оказания помощи в реальных условиях военных и ветеранских служб с точки зрения их охвата, эффективности и экономической целесообразности. Важным компонентом является разработка и оценка программ обучения специалистов пятифакторной оценке и принципам «сначала — стабилизация». Отдельного внимания требует разработка этических протоколов, обеспечивающих приватность и кибербезопасность при использовании методов цифрового сбора данных, а также процедур для раннего выявления суицидального риска в полевых условиях.

В качестве системной основы для всех перечисленных направлений предлагается создание единого минимального набора показателей для исследований в данной популяции, формирование живого реестра

для актуализации данных о влиянии новых технологий на психическое здоровье, а также проектирование и оценка четких клинических маршрутов помощи. Реализация этой комплексной повестки позволит обеспечить воспроизводимость результатов, точную диагностику и создание безопасных, адресных и эффективных траекторий помощи для участников боевых действий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные вооруженные конфликты представляют для человека **перманентный стрессор**: угроза не локализуется «линией фронта», а распределяется в пространстве и времени, поддерживая хроническую мобилизацию и препятствуя восстановлению. Эта среда складывается из пяти взаимосвязанных факторов — распределенной опасности, постоянно высокой интенсивности угроз, культурной близости противника с моральной сложностью, «витринности» (утраты приватности) и предельной длительности участия — и формирует устойчивую конфигурацию психических и поведенческих проявлений: гипербдительность и «сканирование» среды, нарушения сна и регуляции, самоцензуру и сужение поведения, амбивалентность с выраженной виной/стыдом, хроническую усталость и «психологическую демобилизацию».

Из клинко-практической перспективы приоритеты помощи следуют из указанной конфигурации. Во-первых, стабилизация прежде «глубокой терапии»: нормализация адаптивных следов CTS, снижение гипервозбуждения и целевая работа со сном (как центральным узлом поддержания симптоматики) должны предшествовать экспозиционным и нарративным вмешательствам; только появление «окон безопасности» делает углубленную обработку травматического опыта терапевтически оправданной. Во-вторых, при наличии моральной боли необходима ее явная диагностика и адресация (работа с виной/стыдом, пересборка ценностных убеждений), поскольку «страх-центричные» техники в этом случае оказываются недостаточными.

В-третьих, следует системно учитывать и корректировать феномен «витринности»: обучать восстановлению границ и приватности (включая управление цифровыми триггерами) и расширять поведенческий репертуар за пределы самоцензуры, что снижает поддерживающую тревогу «жизнь под взглядом».

В-четвертых, длительность и повторность участия должны фиксироваться в формулировке случая и планировании маршрута помощи: кумуляция нагрузки требует энергосберегающих протоколов восстановления и профилактики рецидивов, особенно в первые месяцы после возвращения. Наконец, семейно-ориентированная работа и психопросвещение — обязательная часть маршрута: снижение вторичной конфликтности и обучение поддерживающему языку среды уменьшают подпитку гипервозбуждения и помогают восстановлению.

В терминах профилактики это означает: раннюю многоосевую оценку по пяти психотравмирующим

боевым факторам с последующей «ступенчатой» траекторией (скрининг — стабилизация сна и регуляции — целевые травма-фокусированные модули/адресация моральной травмы — восстановление границ/приватности и семейной включенности — поддержка ремиссии), что повышает клиническую управляемость процесса и воспроизводимость результатов на уровне служб и команд специалистов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Shay J. Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character. New York: Scribner, 1994:246. doi: 10.2307/3791817
2. Litz BT. Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(8):695–706. doi: 10.1016/j.cpr.2009.07.003
3. Пособие по тактической и технической подготовке. сост.: А.Н. Родионов, В.И. Янковский, И.К. Острейко, А.С. Дубовик. Гродно: ГрГУ, 2007:288. Posobie po takticheskoj i tehnichejskoj podgotovke. sost.: AN Rodionov, VI Jankovskij, IK Ostrejko, AS Dubovik. Grodno: GrGU, 2007:288. (In Russ.).
4. Малюченко ГН. Проблемы и пути комплексной проработки последствий боевого стресса и боевых травм. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика*. 2023;23(4):438–444. doi: 10.18500/1819-7671-2023-23-4-438-444
Maljuchenko GN. Problems and ways of comprehensive study of the consequences of combat stress and combat injuries *Izvestiya of Saratov University. Philosophy. Psychology. Pedagogy*. 2023;23(4):438–444. (In Russ.). doi: 10.18500/1819-7671-2023-23-4-438-444
5. Караяни АГ. Боевой стресс: проблемы определения и классификации. *Вестник Московского университета МВД России*. 2024;1:254–264. doi: 10.24412/2073-0454-2024-1-254-264
Karajani AG. Combat stress: problems of definition and classification. *Vestnik of Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia* 2024;1:254–264. (In Russ.). doi: 10.24412/2073-0454-2024-1-254-264
6. Бабаян ГР. Медийный фактор влияния на восприятие вооруженных. *Вестник науки*. 2024;6(75):840–848.
Babajan GR. Media factor influences on perception armed conflicts. *Vestnik nauki*. 2024;6(75):840–848. (In Russ.).
7. Kaminer D. Continuous traumatic stress as a mental and physical health challenge: Case studies from South Africa. *J Health Psychol*. 2018;23(8):1038–1049. doi: 10.1177/1359105316642831
8. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garritty C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–473. doi: 10.7326/M18-0850
9. Tyndall J. AACODS checklist (authority, accuracy, coverage, objectivity, date, significance). 2010. URL: https://dSPACE.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/3326/AACODS_Checklist.pdf (дата обращения: 19.11.2025).
10. Stewart R. The shifting battlefield: technology, tactics, and the risk of blurring lines in warfare. *Humanitarian Law & Policy*. 2025. URL: <https://blogs.icrc.org/app/uploads/sites/102/2025/05/the-shifting-battlefield-technology-tactics-and-the-risk-of-blurring-lines-in-warfare.pdf> (дата обращения: 19.11.2025).
11. Antal J. The Target that Sticks Out Gets Hammered! Preparing Tactical Command Posts for the Next War. In: *European Security & Defence*. 2023;54:36–38.
12. Eagle G, Kaminer D. Continuous traumatic stress: Expanding the lexicon of traumatic stress *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. 2013. 19(2):85–99. doi: 10.1037/a0032485
13. Кемстач ВВ, Коростовцева ЛС, Алехин АН. Исследования психофизиологических аспектов и этиопатогенеза инсомнии: российские и зарубежные подходы. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика*. 2020;17(2):288–309. doi: 10.22363/2313-1683-2020-17-2-288-309
Kemstach VV, Korostovceva LS, Aljohin AN. Studies of insomnia psychophysiological aspects and etiopathogenesis: Russian and foreign approaches. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*. 2020;17(2):288–309. (In Russ.). doi: 10.22363/2313-1683-2020-17-2-288-309
14. Проценко, С.А., Караяни, А.Г. Комплексная реадaptация участников современных боевых действий: сущность, проблемы, стратегии психологического сопровождения. Москва, 2025:17–18.
Protsenko, S.A., Karayani, A.G. Comprehensive readaptation of participants in modern military operations: essence, problems, strategies of psychological support. Moscow. 2025:17–18. (In Russ.).
15. Truskauskaitė I, Kvedaraitė M, Goral A, Daniūnaite I. Living under threat: adolescents' continuous traumatic stress reactions in relation to violence exposure. *Eur J Psychotraumatol*. 2025;16(1). doi: 10.1080/20008066.2025.2481803
16. Guidi J, Lucente M, Sonino N, Fava GA. Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychother Psychosom*. 2021;90(1):11–27. doi: 10.1159/000510696
17. American Academy of Sleep Medicine. Practice Guidelines & Insomnia Toolkit (summaries and resources). American Academy of Sleep Medicine (AASM). 2024–2025. URL: <https://aasm.org/clinical-resources/>

- practice-standards/practice-guidelines/ (дата обращения: 06.10.2025).
18. New guideline supports behavioral and psychological treatments for insomnia (news release). American Academy of Sleep Medicine (AASM). 2020. URL: <https://aasm.org/new-guideline-supports-behavioral-psychological-treatments-for-insomnia/> (дата обращения: 06.10.2025).
 19. Main LC, McLoughlin LT, Flanagan SD, Canino MC, Banks S. Monitoring cognitive function in the fatigued warfighter: A rapid review of cognitive biomarkers. *J Sci Med Sport*. 2023;26:675–690. doi: 10.1016/j.jsams.2023.04.009
 20. Jamieson N, Usher K, Maple M, Ratnarajah D. Invisible wounds and suicide: Moral injury and veteran mental health. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29(2):105–109. doi: 10.1111/inm.12704
 21. McEwen C, Alisic E, Jobson L. Moral injury and mental health: A systematic review and meta-analysis. *Traumatology*. 2021;27 (3):303–315. doi: 10.1037/trm0000287
 22. Williamson V, Stevelink SAM, Greenberg N. Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2018;212(6):339–346. doi: 10.1192/bjp.2018.55
 23. VA/DoD Clinical Practice Guideline. Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. 2017; Washington, DC: U.S. Government Printing Office. p. 200 <https://guidelines.gov/summaries/summary/51046/vadod-clinical-practice-guideline-for-the-management-of-posttraumatic-stress-disorder-and-acute-stress-disorder>
 24. Lang AJ, Hamblen JL, Holtzheimer P, Kelly U, Norman SB, Riggs D, Schnurr PP, Wiechers I. A clinician's guide to the 2023 VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 2024;37(1):19–34. doi: 10.1002/jts.23013
 25. Zafra M, Hunder M, Rao A, Kiyada S. How Drone Combat in Ukraine Is Changing Warfare. *Reuters*. 2024. URL: <https://www.reuters.com/graphics/UKRAINE-CRISIS/DRONES/dwpkeyjwkp/> (дата обращения: 19.11.2025).
 26. Караяни АГ, Кулешов ДО. Гезелл-состояние у участников боевых действий с применением БПЛА и дистанционных средств наблюдения. В кн.: Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. Сборник научных статей XIII международной научно-практической конференции (Владивосток, 5–7 июля 2024 г.) Ульяновск: Зебра, 2024. 2024;14:100–105.
Karajani AG, Kuleshov Gesell state in participants in combat operations with the use of uavs and remote observation means V kn.: Lichnost' v jekstremaal'nyh uslovijah i krizisnyh situacijah zhiznedejatel'nosti. Sbornik nauchnyh statej XIII mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii (Vladivostok, 5–7 iyulya 2024 g.) Ul'yanovsk: Zebra 2024;14:100–105. (In Russ.).
 27. DeVore MR. «No End of a Lesson» Observations from the First High-Intensity Drone War. *Defense & Security Analysis*. 2023;39(2):263–266. doi: 10.1080/14751798.2023.2178571
 28. Rehman MH. Correlation of Workplace surveillance with Psychological Health, Productivity, and Privacy of employees. *International Journal of Scientific and Engineering Research*. 2022;14(1):45–73. doi: 10.6084/m9.figshare.21900642.v1
 29. Penney JW. Internet surveillance, regulation, and chilling effects online: a comparative case study. *Internet Policy Review*. 2017;6(2):1–39, doi: 10.14763/2017.2.692
 30. Stoycheff E, Liu J, Xu K, Wibowo K. Privacy and the Panopticon: Online mass surveillance's deterrence and chilling. *New Media and Society*. 2019;21(3):602–619. doi: 10.1177/1461444818801317
 31. Hijazi A, Ferguson CJ, Ferraro FR, Hall H, Hovee M, Wilcox S. Psychological Dimensions of Drone Warfare. *Curr Psychol*. 2019;38(5):1285–1296, doi: 10.1007/s12144-017-9684-7
 32. Richardson M. Drone Trauma: Violent Mediation and Remote Warfare. *Media Culture and Society (MCS)* 2023;45(1):202–211. doi: 10.1177/01634437221122257
 33. Living under drones: Death, injury, and trauma to civilians from US drone practices in Pakistan. International Human Rights and Conflict Resolution Clinic at Stanford Law School and Global Justice Clinic at NYU School of Law. 2012:169. doi: 10.18130/pnem-p106
 34. USAF Personnel Rotation in Southeast Asia (A Chronology): 1961 through 1971. DD. Little, BL. Spink; Air Force Historical Research Agency. Maxwell Air Force Base (Alabama). 2013:31.
 35. Mental Health Advisory Team (MHAT) IV, Operation Iraqi Freedom 05–07. Final Report. Office of the Surgeon, Multinational Force-Iraq, Office of the Surgeon General (Army). 2006:89.
 36. Rona RJ, Jones M., Keeling M., Hull L, Wessely S, Fear NT. Mental health consequences of overstretch in the UK Armed Forces, 2007–09: a population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(7):531–538. doi: 10.1136/bmj.39274.585752.BE
 37. McEwen BS. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*. 2000;22(2):108–124. doi: 10.1016/S0893-133X(99)00129-3
 38. Чайка ЮА, Баранов МЛ. Современное состояние проблемы агрессии в психиатрии *Психиатрия*. 2025;23(1):98–112. doi: 10.30629/2618-6667-2025-23-1-98-112
Chaika YuA., Baranov ML. Aggression in Psychiatry: State of the Art. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(1):98–112. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2025-23-1-98-112

Сведения об авторах

Сергей Анатольевич Проценко, кандидат психологических наук, директор, Центр разработок и аналитики факультета оценки и развития управленческих кадров, Институт «Высшая школа государственного управления», Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия

proccent@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0002-7381-0541>

Александр Валерьевич Гудиев, аспирант, кафедра личности в системах управления, ведущий эксперт, Центр разработок и аналитики факультета оценки и развития управленческих кадров, Институт «Высшая школа государственного управления», Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия

alex@gudiev.com; <https://orcid.org/0009-0006-8827-3960>

Александр Сергеевич Щирский, специалист, Центр разработок и аналитики факультета оценки и развития управленческих кадров, Институт «Высшая школа государственного управления», Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия

shchirskiy-as@ranepa.ru; <https://orcid.org/0009-0008-1838-8054>

Information about the authors

Sergey A. Protsenko, Cand. Sci. (Psychol.), Director, The Center of Research and Analytics of the Faculty of Assessment and Development of Managerial Personnel of Institute of Graduate School of Public Management, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia

proccent@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0002-7381-0541>

Alexander V. Gudiev, Postgraduated Student, Personality Department, The Center of Research and Analytics of the Faculty of Assessment and Development of Managerial Personnel of Institute of Graduate School of Public Management, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia

alex@gudiev.com; <https://orcid.org/0009-0006-8827-3960>

Alexander S. Shchirskiy, Specialist, The Center of Research and Analytics of the Faculty of Assessment and Development of Managerial Personnel of Institute of Graduate School of Public Management, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia

shchirskiy-as@ranepa.ru; <https://orcid.org/0009-0008-1838-8054>

Вклад авторов

Проценко С.А. — руководство проведением исследования; оформление и представление его результатов; написание и оформление рукописи; участие в разработке концептуальных положений; оценка уровня научной разработанности исследуемой проблемы, анализ публикаций по теме исследования; аннотирование; перевод структурных единиц статьи на английский язык;

Гудиев А.В. — анализ публикаций по теме исследования; участие в разработке концептуальных положений; написание и оформление рукописи;

Щирский А.С. — написание и оформление рукописи; перевод структурных единиц статьи на английский язык.

Authors' contributions

Sergey A. Protsenko — leadership in conducting the research, preparation and presentation of its results, drafting and formatting of the manuscript, participation in the development of conceptual frameworks, assessment of the research landscape and literature analysis on the topic; annotating, drafting, and formatting the manuscript, translation of the article's structural elements into English;

Alexander V. Gudiev — analysis of publications on the research topic, participation in the development of conceptual frameworks, drafting and formatting of the manuscript;

Alexander S. Shchirsky — drafting and formatting the manuscript, translation of the article's structural elements into English.

Конфликт интересов/Conflict of interest

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

Дата поступления 21.11.2025
Received 21.11.2025

Дата рецензирования 26.01.2026
Revised 26.01.2026

Дата принятия к публикации 31.03.2026
Accepted for publication 31.03.2026