

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КОМБАТАНТАМ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

А.Г. Софронов^{1, 2}, А.Е. Добровольская^{1, 2}, Н.В. Воробьева^{1, 3}, Е.А. Ивановская¹, Р.Е. Мельников¹, И.Н. Киреева¹, А.Н. Гвоздецкий^{1, 2}, И.А. Баранник^{1, 3}

¹ СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург, Россия

² ФБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

³ ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия

Военные действия относятся к числу наиболее тяжелых стрессоров, неизбежно сопровождающихся массовым психоэмоциональным напряжением, боевыми психическими травмами и стресс-ассоциированными психическими расстройствами [1–3]. Боевой стресс является неотъемлемым спутником комбатантов, провоцирующим и усугубляющим психопатологические реакции, особенно при наличии ранений и травм [2, 3]. Преодоление последствий боевой травмы во многом зависит от своевременности и комплексности мер, предпринимаемых на различных этапах оказания медицинской помощи [4, 5]. Эффективность всего последующего лечения и реабилитации участников боевых действий во многом зависит от степени успешности восстановления их психического здоровья и общего психологического благополучия на раннем госпитальном этапе [3, 6].

Учитывая актуальные геополитические вызовы и участие граждан Российской Федерации в боевых действиях, возрастает потребность в совершенствовании системной и своевременной психолого-психиатрической помощи комбатантам. Максимально раннее включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий психологической помощи является важным условием успешной реадaptации комбатантов [7]. В этой связи становится очевидной необходимость разработки и внедрения в клиническую практику эффективных программ психолого-психиатрической помощи комбатантам, основанных на современных моделях стресс-реактивности [8, 9].

Цель исследования – обоснование создания и внедрения программы ранней психологической помощи комбатантам в условиях психиатрического стационара.

Материал и методы

Практико-ориентированное исследование эффективности программы проводилось в 2024–2025 гг. на базе ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова» (Санкт-Петербург). Дизайн исследования: проспективный односторонний неконтролируемый с оценкой показателей «до–после». Формирование контрольной группы и рандомизация не осуществлялись. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом при СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова» (протокол № 01 от 15 января 2024 г.). Письменное информированное согласие на обработку материала от пациентов было получено.

Критерии включения: участники боевых действий, находящиеся на стационарном лечении в СПб ГКУЗ «ГПБ № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова» по поводу любого психического расстройства, возникшего вследствие боевого стресса.

Критерии не включения: острое психотическое состояние; выраженные эмоционально-волевые и/или личностные нарушения; выраженные когнитивные нарушения.

Критерии исключения: отказ пациента от участия в исследовании на любом этапе.

В контексте данного исследования под «ранней» психологической помощью мы понимаем комплекс клинико-психологических коррекционных мероприятий, осуществляемых с первых дней госпитализации независимо от давности полученной ими боевой травмы.

Формирование группы пациентов для участия в исследовании начиналось с первого дня поступления пациента в отделение. Для знакомства с пациентами и формирования психокоррекционного маршрута нами была разработана анкета, заполняемая при первичном контакте. Анкета содержала вопросы социально-демографического характера, касалась имеющегося боевого опыта комбатантов, их субъективных жалоб, самооценки психоэмоционального статуса и ожиданий от проводимого лечения. Анкетирование позволяло мотивировать пациентов к дальнейшему взаимодействию с психологами, сформировать необходимое ощущение безопасности и доверия за счет проведения беседы в структурном нарративном ключе с использованием вопросов, не затрагивающих глубоких аспектов боевого травматического опыта.

На этапе включения пациентов в программу проводилось первичное психодиагностическое обследование с использованием валидизированных методик: «Опросника травматического стресса» И.О. Котенева и «Шкалы оценки влияния травматического события» (Impact of Event Scale – Revised, IES-R) в адаптации Н.В. Тарабриной. Применение указанных методик обеспечивало оценку общей выраженности последствий травматического опыта и структуры симптоматики травматического стресса по субшкалам «вторжение», «избегание» и «физиологическое возбуждение» [10–13].

Для оценки динамики психоэмоционального состояния до начала и после завершения программы применялись «Опросник для скрининга посттравматического стрессового расстройства» (Trauma Screening Questionnaire – TSQ; C.Brewin et al., 2002 [14]) и «Шкала психологического стресса Л. Ридера» (Psychological Stress Scale, L. Reeder) в адаптации О.С. Копиной [15]. Итоговое обследование проводилось непосредственно перед выпиской пациентов из стационара.

Статистические методы. Непрерывные переменные описывались средним арифметическим и стандартным отклонением (M (sd)), рейтинговые оценки – медианой и квартилями (Md [$q1$; $q3$]). Необходимый объем выборки на этапе планирования исследования не рассчитывался. Оценка изменений показателей в ходе исследования выполнена парным критерием Бруннера–Мунцеля [16]. Вы-

бор данного теста обусловлен отсутствием сильного допущения об идентичности сравниваемых распределений в случае справедливости нулевой гипотезы [17]. Парный вариант теста реализован библиотекой TOSTER [18, 19]. Для вычисления p -значения использовался рандомизационный подход (максимальное число перевыборок – 10 тыс.). Результат теста представлен в виде стохастического превосходства и 99,5% доверительного интервала – $\hat{p}$ (99,5% ДИ). Стохастическое превосходство является непараметрической мерой силы эффекта, которая известна как вероятность превосходства (probability of superiority) [17]. Нулевая гипотеза отклонялась при $p < 0,005$ [20]. Коррекция на множественную проверку гипотез не проводилась.

Результаты

Разработке программы ранней психологической помощи предшествовало изучение научной литературы, касающейся психологических особенностей комбатантов и современных методов психотерапии стресс-ассоциированных расстройств, а также консультации с профильными экспертами. Это позволило выявить ключевые потребности исследуемой группы и определить структуру психодиагностических процедур. Заключительная фаза подготовки включала подбор и адаптацию психокоррекционных методик, учитывающих особенности психиатрического учреждения и психоэмоциональное состояние пациентов на ранних стадиях госпитализации.

Описание программы

Принять участие в исследовании предлагалось всем пациентам, поступившим в отделение и отвечающим критериям включения в программу. Программа реализовывалась в двух взаимодополняющих форматах: групповом и индивидуальном. Дополнительно психологами осуществлялся ежедневный консультативный патронаж пациентов в модели психологического обхода для поддержания непрерывности терапевтической связи.

Индивидуальные встречи проходили 1–2 раза в неделю продолжительностью 30–50 минут. Задачи индивидуального консультирования включали: эмпатическое выслушивание нарратива пациента, помощь в отреагировании, структурировании и контейнировании трудных переживаний, мягкое побуждение к разрядке вытесненных чувств, мотивирование на более осознанное включение в программу.

Групповые занятия продолжительностью до 1,5 часов проводились два раза в неделю и создавали пространство для взаимной поддержки с легализацией индивидуального опыта. Задачами группового

формата являлись: информирование по вопросам психологических трудностей восстановительного периода, связанных с травматическим боевым опытом; обучение навыкам саморегуляции психоэмоционального состояния и снижения психического напряжения; прояснение перспективных планов с учетом индивидуальных и социальных ценностей; поиск поддерживающих выздоровление жизненных опор и смыслов. Групповой формат не предполагал целенаправленной работы с динамикой межличностных отношений участников. В целях структурирования реабилитационного пространства и повышения предсказуемости среды групповые занятия проводились в полузакрытом формате, в фиксированное время и в одном и том же помещении. Это способствовало снижению ситуативной тревоги у пациентов, для которых стабильность внешних условий является значимым ресурсом безопасности. Число участников групповой работы варьировало от 6-ти до 15-ти человек. Два медицинских психолога-котерапевта являлись ведущими группы. Число ведущих может быть увеличено для своевременного реагирования на индивидуальные неадаптивные реакции и сохранения управляемости процессом. Перед каждым занятием ведущие группы распределяли между собой тематические блоки и этапы работы, сохраняя равнозначность ролей и единый регламент проведения группы. Занятия проводились по заранее структурированному плану. Материал предъявлялся дозированно с учетом истощаемости пациентов, использование специальной терминологии минимизировалось. В ходе занятий ведущие регулярно оценивали эмоциональный фон группы, запрашивали у участников обратную связь о понимании материала и актуальном состоянии, а при нарастании напряжения корректировали темп и содержание работы.

Корректирующий контакт в индивидуальном и групповом форматах осуществлялся в универсальной последовательности этапов: нарративное интервьюирование с психологической оценкой психоэмоционального состояния, с демонстрацией безусловного принятия и поддержки, с обозначением безопасных границ совместной работы; психообразование; актуализация внешних и внутренних ресурсов с использованием упражнений на синхронизацию нервной системы и сонастройку тела и психики, техник саморегуляции с опорой на мышечную релаксацию и осознанное дыхание, с помощью в структурировании и контейнировании аффективно-заряженных переживаний, воспоминаний и установок; анализ динамики и эффективности работы.

В процессе работы проводился мониторинг психоэмоционального состояния пациентов и степени их включенности в реабилитационный процесс путем использования обратной связи и самоотчета пациентов. На заключительном этапе совместно обозначались возможные темы для дальнейшей работы.

Психообразовательный модуль являлся базовой и сквозной частью программы и включал темы: нейробиологические и психологические механизмы реагирования организма на травму; изменения в самовосприятии и картине мира; экзистенциальные вопросы; самодиагностика дезадаптивных реакций; формирование совладающих со стрессом навыков; актуализация ресурсов для посттравматического роста. Содержание и объем информации определялся на занятии с учетом готовности участников и привязки к упражнениям и запросам. Для освоения пациентам предлагались следующие психокоррекционные техники, адаптированные для работы с участниками боевых действий: телесно-ориентированные, дыхательные и психосенсорные техники; методики, направленные на поддержание когнитивных функций, техники антистрессового самомассажа, упражнения на перефокусировку, визуализацию, медитативные релаксирующие и укрепляющие ощущение безопасности практики, устные и письменные вербальные практики для упорядочивания, организации и возможности внешнего выражения внутренних переживаний, структурирования ценностей, смыслов и планов дальнейшей жизни. Ограниченный объем публикации не позволяет представить сценарии отдельных занятий, иллюстративный материал, практические примеры.

Первоначально в исследуемую группу вошло 80 пациентов. Из них три пациента не завершили программу полностью (преждевременная выписка по социальным показаниям – 1 пациент; экстренный перевод в соматический стационар – 1 пациент, отказ от дальнейшего участия в исследовании – 1 пациент). В итоговый анализ было включено 77 пациентов, составивших исследуемую выборку. В исследуемой выборке средний возраст пациентов составлял $Md=33$ года, диапазон 23–51 год. В структуре установленных диагнозов преобладали невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40–48) – 92,7%; у остальных 7,3% пациентов диагностированы расстройства настроения (F30–39). Все пациенты получали стандартную психофармакотерапию согласно клиническим рекомендациям в соответствии с установленными диагнозами: антидепрессанты из группы СИОЗС,

транквилизаторы, нормотимики, антипсихотики в малых и средних терапевтических дозировках. Среднее число индивидуальных встреч на одного пациента составило четыре встречи (максимально – 6, минимально – 2). В среднем каждый пациент принимал участие в пяти групповых занятиях, число посещенных занятий варьировало от 2 до 8.

Результаты первичного психодиагностического обследования перед включением в программу, представленные в таблице, свидетельствуют о высокой степени психоэмоционального неблагополучия участников программы. По данным «Опросника на скрининг ПТСР», все комбатанты находились в зоне клинического риска. Показатели по «Шкале психологического стресса Л. Ридера» соответствовали верхней границе диапазона выраженных значений, что указывает на высокий уровень дистресса (диапазон высокого уровня – от 1 до 2 баллов). По «Шкале оценки влияния травматического события» состояние пациентов характеризовалось высокой степенью выраженности симптоматики травматического стресса: Md интегрального показателя достигала 84 баллов (при клинически значимом пороге 39). В профиле травматической симптоматики субшкалы «избегания», «вторжения» и «физиологической возбудимости» демонстрировали сопоставимую степень выраженности, дости-

гавшую высокого уровня. Результаты «Опросника травматического стресса» также указывали на наличие клинически выраженных симптомов стрессового расстройства: Md итогового показателя травматического стрессового расстройства составила 92 Т-балла (клиническая выраженность – от 80 Т-баллов). Также анализ профиля субшкал выявил равномерно высокую представленность всех основных симптоматических кластеров.

Эффективность программы

Повторное обследование по завершении курса программы с целью количественной оценки динамики состояния участников исследуемой выборки ($N=77$) выявило отчетливую положительную динамику. На рис. 1 и рис. 2 продемонстрированы групповые распределения баллов по шкалам опросников. По данным «Опросника на скрининг ПТСР» выраженность симптомов уменьшилась на -3 $[-3; -3]$ балла ($\hat{p}=0,98$ (0,96; 0,99), $p<0,001$), зафиксировано снижение количества утвердительных ответов до 7 из 10, что, однако, не позволило пациентам полностью выйти из группы риска. Данный факт, на наш взгляд, закономерен и обусловлен сохранением в их жизни объективных факторов неопределенности, связанных как с последствиями травмы, так и с актуальной социальной ситуацией. Вместе с тем, при сравнении показателей в динамике уста-

Данные психологического тестирования выборки комбатантов, включенных в программу ранней психологической помощи ($N = 77$)

Параметр	Балл (Md [q1; q3])	Минимальный балл	Максимальный балл
Возраст	33 [27; 40]	23	51
ШОВТС «вторжение»	31 [25; 33]	13	39
ШОВТС «избегание»	27 [23; 30]	10	38
ШОВТС «возбудимость»	29 [25; 33]	15	35
ШОВТС общий балл	84 [76; 93]	53	108
ОТС общая оценка	92 [85; 100]	66	100
ОТС «событие»	70 [64; 73]	47	73
ОТС «вторжение»	87 [78; 96]	59	100
ОТС «избегание»	86 [75; 98]	55	100
ОТС «гиперактивация»	88 [80; 93]	62	100
ОТС «дистресс»	86 [77; 94]	54	100
ОТС «депрессия»	85 [74; 96]	50	100
ОТС «ложь»	9 [8; 10]	5	16
ОТС «аггравация»	7 [6; 10]	3	14
ОТС «диссимуляция»	11 [8; 12]	3	15
Ридер первичная оценка	1.86 [1.57; 2.29]	1	2,71
ПТСР первичная оценка	9 [9; 10]	7	10
Ридер повторная оценка	2.86 [2.57; 2.86]	1,86	3,29
ПТСР повторная оценка	7 [6; 7]	4	9

Примечания. N – число наблюдений; Md – медиана; q1 – 1-квартиль; q3 – 3-й квартиль; ШОВТС – «Шкала оценки влияния травматического события»; ОТС – «Опросник травматического стресса»; Ридер – «Шкала психологического стресса Л. Ридера»; ПТСР – «Опросник на скрининг ПТСР».

новлено увеличение балла по «Шкале психологического стресса Л. Ридера» на 0,86 [0,57; 1,14] балла ($\hat{p}=0,07$ (0,04; 0,1), $p<0,001$), что продемонстрировало переход от выраженного уровня стресса к верхней границе умеренного (средние значения 2,86 балла). Это свидетельствует о достоверном снижении субъективного ощущения эмоционального дискомфорта и является важным подтвержде-

нием клинической эффективности предложенной программы.

Также нами наблюдались внешние признаки положительной динамики психоэмоционального состояния пациентов. В ходе участия в программе повышались откликаемость участника на психокоррекционное воздействие, активность обращения за помощью, степень включенности в реабилита-

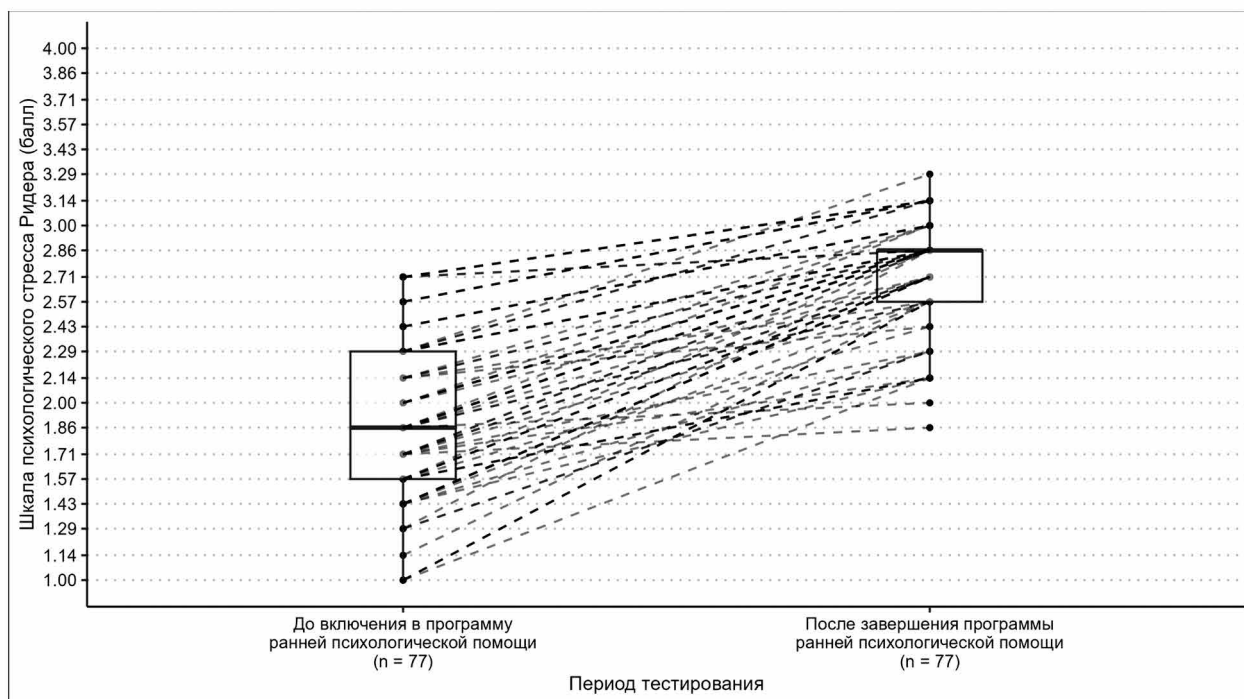


Рис. 1. Оценка уровня психоэмоционального напряжения у комбатантов, включенных в программу ранней психологической помощи.

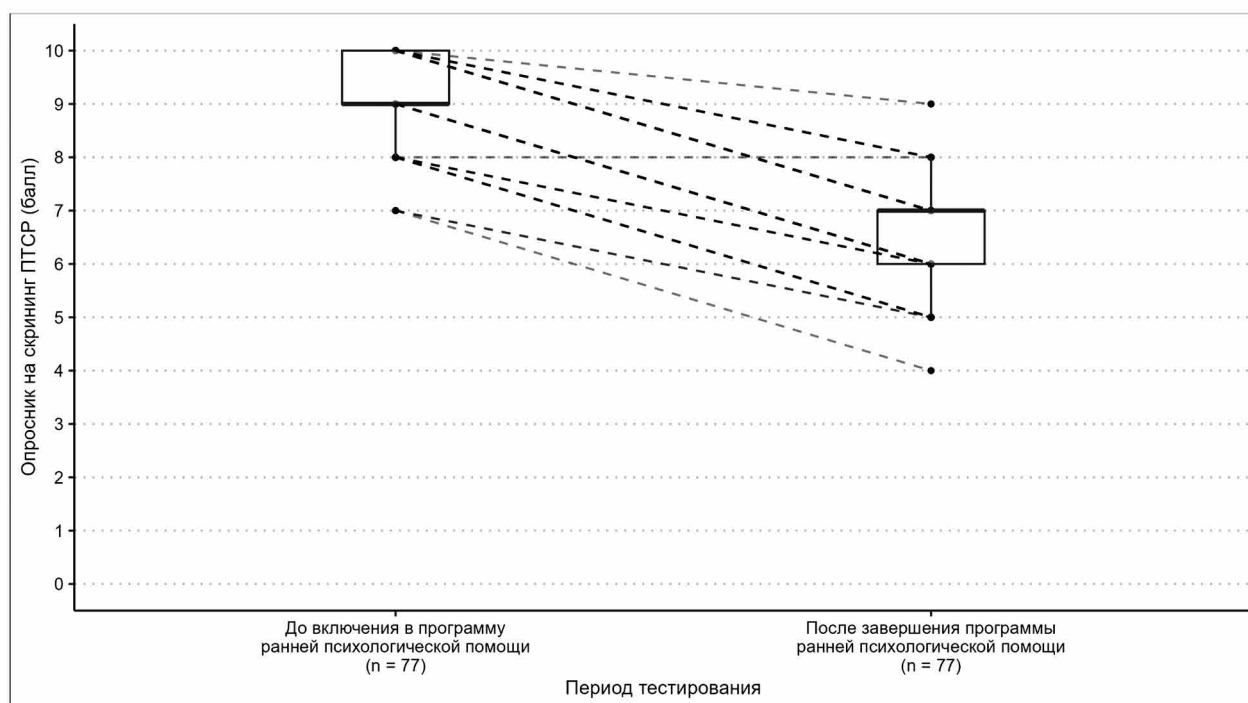


Рис. 2. Оценка выраженности стрессовых реакций на травматические события у комбатантов, включенных в программу ранней психологической помощи.

ционный процесс. Одновременно снижались поведенческие проявления внутреннего эмоционального напряжения. Также наблюдалось улучшение контроля непосредственных эмоциональных и поведенческих реакций.

Обсуждение

Представленная в статье программа ранней психологической помощи участникам боевых действий ориентирована на ресурсосберегающий, пациент-центрированный подход и является гибкой в отношении используемых методов решения актуальных запросов участников боевых действий, при этом сохраняет соответствие положениям Клинических рекомендаций Минздрава РФ по ПТСР [21].

Выбор ресурсосберегающей направленности программы на ранних этапах помощи, с преимущественным использованием невербальных соматических методик психокоррекции, обусловлен в первую очередь необходимостью минимизировать риск повторной травматизации, который зачастую достаточно высок при применении методов, предполагающих прямую вербализацию травматического боевого опыта. На начальных этапах восстановления после боевой травмы требуется не столько «перепроживание» болезненных событий, сколько активация совладающих со стрессом механизмов и расширение адаптивного поведенческого репертуара. [22]. Согласно модели понимания поведения человека в условиях стресса С. Хобфолла, стрессовые реакции запускаются при утрате значимых ценностей и при недостаточном восполнении потраченных ресурсов [23]. Участники боевых действий, поступающие в психиатрический стационар, пережили множественные ресурсные потери, затрагивающие как физическое здоровье, социальное положение, привычный круг общения, так и ключевые личностные характеристики, прежде всего самоэффективность и ощущение безопасности. Поэтому на раннем этапе восстановления применение интервенций, требующих от пациента дополнительных психических затрат, будет малоэффективным, а в некоторых случаях недопустимым [24].

Программа выстраивается на основании пациент-центрированного подхода, что обеспечивает отношение к пациентам как к активным субъектам лечебно-реабилитационного процесса и позволяет сфокусироваться на их актуальных потребностях, обеспечивая формирование более эффективного терапевтического альянса [25]. Предоставляемый пациентам выбор индивидуализированного формата участия в программе способствует возвращению утраченного ими чувства контроля

над текущей ситуацией. Возможность влиять на выбор формата участия в программе и на свой психокоррекционный маршрут представляет собой важное ресурсное приобретение, позволяющее пациенту перейти от пассивно-избегающего ответа на внешние психокоррекционные воздействия, к более активной позиции в отношении собственного психического здоровья.

Полученные количественные данные могут быть расценены как предварительно выявленная положительная краткосрочная динамика показателей у пациентов, участвовавших в программе. Статистически и клинически значимое повышение показателя по «Шкале психологического стресса Л. Ридера» и уменьшение количества утвердительных ответов при скрининге ПТСР свидетельствуют о снижении уровня психоэмоционального напряжения. Тот факт, что пациенты, несмотря на улучшение, все еще остаются в группе риска, подчеркивает необходимость пролонгированной поддержки и этапности в реабилитации, а также отражает реалистичное влияние внешних (объективных) стрессоров, связанных с боевым опытом и социальной неопределенностью.

Гетерогенность проявлений стресс-ассоциированных расстройств у участников боевых действий, индивидуальная вариабельность конфигураций их ресурсной базы и динамики ее восстановления обуславливают особое внимание к гибкости структурного и содержательного наполнения программы, как к ее методологическому принципу. Программа реабилитации не содержала фиксированных требований к количеству посещений. Пациент мог включиться в программу или выйти из нее в любой момент госпитализации. Наблюдавшиеся отказы от дальнейшего участия в программе могли быть связаны с непереносимостью как группового, так и индивидуального формата взаимодействия с психологами, со ссылками на усиление психоэмоционального напряжения в условиях «большого скопления людей» и недоверия к психологической помощи. Подобные реакции согласуются с клиническими проявлениями реакций «избегания», характерными для стресс-ассоциированных расстройств и выражающимися в уклонении от ситуаций, мыслей или переживаний, вызывающих дискомфорт или тревогу. При этом попытки психологов вовлечь пациентов в работу не должны прекращаться в рамках формата ежедневного «психологического обхода» вплоть до момента выписки.

Сочетание индивидуальной и групповой работы, на наш взгляд, обеспечивало оптимальный баланс

между приоритетностью вектора социализации для успешной реадaptации и актуальной нуждaемостью пациента в приватности, крайне необходимой на ранних этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Важно отметить, что мишенью психокоррекционного воздействия являлась нестабильная организация аффективно-поведенческого паттерна пациентов, связанная со стресс-ассоциированным эмоциональным напряжением вне зависимости от его нозологической специфичности.

Модульная структура программы, включение в ее реализацию нескольких медицинских психологов-котерапевтов, сочетание индивидуальной и групповой модели работы с регулярным ежедневным психологическим патронажем пациентов в формате психологических обходов, использование специализированного арсенала психодиагностических и психокоррекционных методик, позволяют гибко подстраивать реабилитационный маршрут пациента под его актуальное состояние и вариативные запросы.

Ограничения исследования: отсутствие контрольной группы; невозможность учесть эффект сопутствующей фармакотерапии; пилотный характер исследования, результаты которого требуют подтверждения в более строгих дизайнах.

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Исследование нефинансируемое, выполнено в инициативном порядке.

Заключение

Разработана и апробирована пилотная программа «ранней» психологической помощи участникам боевых действий в условиях психиатрического стационара. При разработке программы нами учитывались нейробиологические механизмы психической травмы и особенности личностного реагирования комбатантов. В программе применялись преимущественно невербальные и телесно-ориентированные методики коррекции. Результатом «ранней» психологической помощи участникам боевых действий, находящихся на стационарном лечении в психиатрическом стационаре, стало клинически наблюдаемое улучшение психологического состояния и снижение показателей психоэмоционального напряжения. Программа представляется перспективной в плане легкости модификации и дополнения новыми модулями по мере накопления клинического опыта и появления новых научных данных, что отвечает динамичному характеру задач психолого-психиатрической помощи участникам боевых действий.

Полученные результаты позволяют рассматривать программу как потенциально применимую в составе комплексного лечения и реабилитации участников боевых действий на этапе стационарной помощи, что требует дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А., Абрамов А.В., Бабура Е.В., Пацкань И.И. Боевой экстремальный стресс как предиктор боевой психической травмы – острого травматического стрессового расстройства // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023. Т. 24, № 2(62). С. 4–13.
2. Юсупов В.В., Баурова Н.Н., Чернявский Е.А., Ятманов А.Н. Психологические особенности комбатантов, получивших тяжелые ранения // Живая психология. 2021. Т. 8, № 3. С. 48–56.
3. Зеленина Н.В., Назаров С.С., Марченко А.А. и соавт. Особенности адаптации после психического травматического стресса у военнослужащих, выполнявших специальные задачи // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2018. Т. 3, № 3(63). С. 153–158.
4. Шпорт С.В., Козлов А.А., Шмуклер А.Б. и соавт. Основы организации медико-психологической помощи гражданам, пережившим тяжелый стресс: методические рекомендации. Москва: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, 2023. 38 с. EDN: VTHJIC
5. Семенова Н.В., Гончаренко А.Ю., Ляшковская С.В. и соавт. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации. Санкт-Петербург: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022. 36 с.
6. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. Москва: Медицина, 2017. 98 с.
7. Foa E.B., Keane T.M., Friedman M.J., Cohen J.A. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2009. 658 p.
8. Резник А.М. Обзор исследований внешних факторов и генетических предпосылок боевого посттравматического стрессового расстройства // Вестник Медицинского института непрерывного образования. 2022. № 4. С. 46–54.
9. Siegel D.J. The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2012. 506 p.
10. Котенев И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками ОВД в экстремальных условиях: учебно-методическое пособие. Москва: Академия МВД России, 1996. 42 с.
11. Котенев И.О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2004. № 4. С. 30–62.
12. Котенев И.О. Психологическая диагностика посттравматических стрессовых состояний (ОСР и ПТСР) // Журнал практического психолога. 2019. № 2. С. 41–57.
13. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 272 с.
14. Brewin C.R., Rose S., Andrews B., Green J., Tata P., McEvedy C., Turner S., Foa E.B. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder // British Journal of Psychiatry. 2002. Vol. 181. P. 158–162. DOI: 10.1017/s0007125000161896
15. Копина О.С., Суслова Е.А., Заикин Е.В. Экспресс-диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников // Вопросы психологии. 1995. № 3. С. 119–132.

16. Brunner E., Munzel U. The Nonparametric Behrens-Fisher Problem: Asymptotic Theory and a Small-Sample Approximation // *Biometrical Journal*. 2000. Vol. 42, No 1. P. 17–25. DOI: 10.1002/(SICI)1521-4036(200001)42:1<17::AID-BIMJ17>3.0.CO;2-U
17. Karch J.D. Psychologists Should Use Brunner-Munzel's Instead of Mann-Whitney's U Test as the Default Nonparametric Procedure // *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*. 2021. Vol. 4, No 2. P. 1–12. DOI: 10.1177/2515245921999602
18. Lakens D., Scheel A.M., Isager P.M. Equivalence Testing for Psychological Research: A Tutorial // *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*. 2018. Vol. 1, No 2. P. 259–269. DOI: 10.1177/2515245918770963
19. Lakens D. Equivalence Tests: A Practical Primer for t Tests, Correlations, and Meta-Analyses // *Social Psychological and Personality Science*. 2017. Vol. 8, No 4. P. 355–362. DOI: 10.1177/1948550617697177
20. Benjamin D.J., Berger J.O., Johannesson M., Nosek B.A., Wagenmakers E.J., Berk R. et al. Redefine statistical significance // *Nature Human Behaviour*. 2018. Vol. 2, No 1. P. 6–10. DOI:10.1038/s41562-017-0189-z
21. Посттравматическое стрессовое расстройство: клинические рекомендации: утв. М-вом здравоохранения РФ 28.02.2023. Москва, 2023. 117 с. URL: https://spbimi.ru/wp-content/uploads/2023/06/1267_kr23f43p1mz.pdf (дата обращения: 28.02.2026).
22. Porges S.W. Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory // *Psychophysiology*. 1995. Vol. 32, No 4. P. 301–318. DOI: 10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x
23. Hobfoll S.E. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress // *The American Psychologist*. 1989. Vol. 44, No 3. P. 513–524. DOI: 10.1037//0003-066x.44.3.513
24. Siegel D. The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are. New York: Guilford Press, 1999. 394 p.
25. Карл Роджерс. Клиентоцентрированная терапия / пер. с англ. В. В. Лях, А. П. Хомик. М.; Киев: Рефл-бук: Ваклер, 1997. 316 с.

REFERENCES

1. Abramov VA, Abramov AV, Babura EV, Patskan II. Boevoy ekstremalnyy stress kak prediktor boevoy psikhicheskoy travmy – ostrogo travmaticheskogo stressovogo rasstroystva. *Zhurnal psikhologii i meditsinskoj psikhologii* [Journal of Psychology and Medical Psychology]. 2023;24(2(62)):4–13. (In Russ.)
2. Yusupov VV, Baurava NN, Chernyavskij EA, Yatmanov AN. Psikhologicheskie osobennosti kombatanov, poluchivshikh tyazhelye raneniya. *Zhivaya psikhologiya* [Living Psychology]. 2021;8(3):48–56. (In Russ.)
3. Zelenina NV, Nazarov SS, Marchenko AA, et al. Osobennosti adaptatsii posle psikhicheskogo travmaticheskogo stressa u voennoslužashchikh, vypolnyavshikh spetsialnye zadachi. *Vestnik Rossiyskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Vestnik of the Russian Military Medical Academy]. 2018;3(3(63)):153–58. (In Russ.)
4. Shport SV, Kozlov AA, Shmukler AB, et al. Osnovy organizatsii mediko-psikhologicheskoi pomoshchi grazhdanam, perenesшим tyazhelyi stress: metodicheskie rekomendatsii. Moscow: V Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology; 2023. 38 p. (In Russ.) EDN: VTHJIC.
5. Semenova NV, Goncharenko AY, Lyashkovskaya SV, et al. Organizatsiya okazaniya meditsinskoi pomoshchi litsam s posttravmaticheskim stressovym rasstroystvom: metodicheskie rekomendatsii. Saint Petersburg: NMITS PN im. VM Bekhtereva; 2022. 36 p. (In Russ.)
6. Litvintsev SV, Snedkov EV, Reznik AM. Boevaya psikhicheskaya travma. Moscow: Meditsina, 2017. 98 p. (In Russ.)
7. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2009. 658 p.
8. Reznik AM. Obzor issledovaniy vneshnikh faktorov i geneticheskikh predisposylok boevogo posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva. *Vestnik Meditsinskogo instituta nepreryvnogo obrazovaniya* [Herald of the Medical Institute of Continuing Education]. 2022;(4):46–54. (In Russ.) DOI: 10.46393/27821714_2022_4_46/
9. Siegel DJ. The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012. 506 p.
10. Kotenev IO. Oprosnik travmaticheskogo stressa dlya diagnostiki psikhologicheskikh posledstviy neseniya sluzhby sotrudnikami OVD v ekstremalnykh usloviyakh: uchebno-metodicheskoe posobie. Moscow: Akademiya MVD Rossii; 1996. 42 p. (In Russ.)
11. Kotenev IO. Psikhologicheskaya diagnostika poststressovykh sostoyaniy. *Vestnik psikhosotsialnoy i korrektsionno-reabilitatsionnoy raboty* [Journal of Psychosocial and Corrective Rehabilitation]. 2004;(4):30–62. (In Russ.)
12. Kotenev IO. Psikhologicheskaya diagnostika posttravmaticheskikh stressovykh sostoyaniy (OSR i PTSR). *Zhurnal prakticheskogo psikhologa* [Journal of Practical Psychology]. 2019;(2):41–57. (In Russ.)
13. Tarabrina NV. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. Saint Petersburg: Piter; 2001. 272 p. (In Russ.)
14. Brewin CR, Rose S, Andrews B, et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2002;181:158–62. DOI: 10.1017/s0007125000161896
15. Kopina OS, Suslova EA, Zaikin EV. Ekspress-diagnostika urovnya psikhoemotsionalnogo napryazheniya i ego istochnikov. *Voprosy psikhologii* [Questions of Psychology]. 1995;(3):119–32. (In Russ.)
16. Brunner E, Munzel U. The Nonparametric Behrens-Fisher Problem: Asymptotic Theory and a Small-Sample Approximation. *Biometrical Journal*. 2000;42(1):17–25. DOI: 10.1002/(SICI)1521-4036(200001)42:1<17::AID-BIMJ17>3.0.CO;2-U
17. Karch JD. Psychologists Should Use Brunner-Munzel's Instead of Mann-Whitney's U Test as the Default Nonparametric Procedure. *Adv Methods Pract Psychol Sci*. 2021;4(2):1–12. DOI: 10.1177/2515245921999602
18. Lakens D, Scheel AM, Isager PM. Equivalence Testing for Psychological Research: A Tutorial. *Adv Methods Pract Psychol Sci*. 2018;1(2):259–69. DOI: 10.1177/2515245918770963
19. Lakens D. Equivalence Tests: A Practical Primer for t Tests, Correlations, and Meta-Analyses. *Soc Psychol Personal Sci*. 2017;8(4):355–62. DOI: 10.1177/1948550617697177
20. Benjamin DJ, Berger JO, Johannesson M, Nosek B A, Wagenmakers EJ, Berk R, et al. Redefine statistical significance. *Nature Human Behaviour*. 2018;2(1):6–10. DOI:10.1038/s41562-017-0189-z
21. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo: klinicheskie rekomendatsii. Moscow; 2023. 117 p. URL: https://spbimi.ru/wp-content/uploads/2023/06/1267_kr23f43p1mz.pdf (accessed on: 28.02.2026). (In Russ.)
22. Porges SW. Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory *Psychophysiology*. 1995;32(4):301–18. DOI: 10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x
23. Hobfoll SE. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol*. 1989;44(3):513–24. DOI: 10.1037//0003-066x.44.3.513
24. Siegel D. The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are. New York: Guilford Press; 1999. 394 p.
25. Rogers C. Klientotsentrirovannaya terapiya. Trans. from English LL Lyakh, AP Khomik. Moscow; Kyiv: Refl-buk: Vakler; 1997. 316 p.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КОМБАТАНТАМ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

А.Г. Софронов^{1, 2}, А.Е. Добровольская^{1, 2}, Н.В. Воробьева^{1, 3}, Е.А. Ивановская¹, Р.Е. Мельников¹,
И.Н. Киреева¹, А.Н. Гвоздецкий^{1, 2}, И.А. Баранник^{1, 3}

¹ СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург, Россия

² ФБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»,
Санкт-Петербург, Россия

³ ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»,
Санкт-Петербург, Россия

В представленной работе обобщен опыт практической реализации программы ранней психологической помощи комбатантам, разработанной и внедренной в условиях психиатрического стационара. Программа нацелена на улучшение состояния пациентов на начальном этапе госпитализации посредством создания безопасной среды, проведения психообразования с учетом нейробиологических механизмов психической травмы, оказания поддержки в осознании травматического опыта и формирования мотивации к дальнейшей реабилитации. Пошагово описан пилотный вариант

программы, сочетающий индивидуальный и групповой форматы работы, позволяющий гибко реагировать на актуальные запросы пациентов. Приводятся результаты апробации программы на группе из 77 пациентов с оценкой ее эффективности. Обозначены перспективы дальнейшего развития программы.

Ключевые слова: комбатанты, психиатрический стационар, раннее психологическое сопровождение, стресс-ассоциированные расстройства (САР), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), психообразование, посттравматический рост.

EXPERIENCE OF IMPLEMENTING AN EARLY PSYCHOLOGICAL SUPPORT PROGRAM FOR COMBATANTS IN A PSYCHIATRIC INPATIENT SETTING

AG Sofronov^{1, 2}, AE Dobrovolskaya^{1, 2}, NV Vorobyeva^{1, 3}, EA Ivanovskaya¹, RE Melnikov¹,
IN Kireeva¹, AN Gvozdetzky^{1, 2}, IA Barannik^{1, 3}

¹ City Psychiatric Hospital No 3 I.I. Skvortsov-Stepanov, Saint-Petersburg, Russia

² I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint-Petersburg, Russia

³ Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint-Petersburg, Russia

This paper summarizes the practical experience of implementing an early psychological intervention program for combatants in a psychiatric inpatient setting. The program was designed to improve patients' psychological condition during the initial stage of hospitalization by establishing a safe therapeutic environment, providing psychoeducation informed by the neurobiological mechanisms of psychological trauma, facilitating the understanding and processing of traumatic experiences, and strengthening motivation for continued rehabilitation. The paper provides a structured description of

a pilot program combining individual and group intervention modalities and allowing flexible adjustment to patients' current needs. The results of its pilot implementation in 77 patients and the associated short-term changes in psychological distress are presented. Directions for further program development are outlined.

Keywords: combatants, psychiatric inpatient setting, early psychological support, stress-associated disorders (SAD), post-traumatic stress disorder (PTSD), psychoeducation, post-traumatic growth.

Софронов Александр Генрихович – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, главный врач СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России; SPIN-код: 4846-6528; РИНЦ AuthorID: 441539; e-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Добровольская Алла Евгеньевна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России; SPIN-код: 4423-4454; РИНЦ AuthorID: 779998; e-mail: maxmmm@yandex.ru

Воробьева Наталья Вячеславовна – медицинский психолог, руководитель психологической службы СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; старший преподаватель кафедры клинической психологии и психологической помощи ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»; SPIN-код: 5266-3577; РИНЦ AuthorID: 1254746; e-mail: vorobiev@mail.ru

Ивановская Евгения Анатольевна – медицинский психолог СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; e-mail: evgenia_ivanovskaya@mail.ru

Мельников Роман Евгеньевич – медицинский психолог СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; SPIN-код: 6047-8637, РИНЦ AuthorID: 1349177; e-mail: romkomel@yandex.ru

Киреева Ирина Николаевна – медицинский психолог СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; e-mail: Kireeva.Irina100@mail.ru

Гвоздецкий Антон Николаевич – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по организационно-методической работе СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России; SPIN-код: 4430-6841; РИНЦ AuthorID: 699882; e-mail: comisora@yandex.ru

Баранник Ирина Анатольевна – кандидат биологических наук, специалист по управлению документами организации Городского организационно-методического консультативного отдела по психиатрии СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»; SPIN-код: 9304-9475; РИНЦ AuthorID: 615024; e-mail: irabarannik@yandex.ru (автор для корреспонденции)