

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 159.9:613(06)+316.614(06):616.89-008.441:159.944:355.422-022.257

Для цитирования: Абрамов В.А., Бабура Е.В., Мельниченко В.В., Абрамова Е.А., Ксёэнз А.В. Особенности личностного потенциала и психосоциальной адаптации у пациентов с последствиями тяжёлого травматического стресса боевого генеза. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2026. № 2 (131). С. 125-131. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-2\(131\)-125-131](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-2(131)-125-131)

## Особенности личностного потенциала и психосоциальной адаптации у пациентов с последствиями тяжёлого травматического стресса боевого генеза

Абрамов В.А.<sup>1</sup>, Бабура Е.В.<sup>2</sup>, Мельниченко В.В.<sup>1</sup>, Абрамова Е.А.<sup>3</sup>, Ксёэнз А.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Россия, ДНР, 283003, Донецк, пр. Ильича, 16

<sup>2</sup> ГБУ ДНР «Психиатрическая больница г.Макеевки Министерства здравоохранения ДНР»  
Россия, ДНР, 286800, Макеевка, ул. Трояновского, 88А

<sup>3</sup> ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница»  
Россия, ДНР, 283008, Донецк, ул. Одинцова, 19

### РЕЗЮМЕ

**Актуальность.** Адаптационный потенциал личности – системное свойство, определяющее границы приспособления к экстремальным стрессовым ситуациям, включая боевой травматический стресс. **Цель:** изучить особенности адаптационного потенциала, механизмов психологической защиты и уровня психосоциальной адаптации у пациентов с различным уровнем реакции на тяжёлый боевой травматический стресс. **Материал и методы.** В проспективное нерандомизированное исследование включено 316 мужчин – участников боевых действий в возрасте 27-56 лет (средний возраст  $39,8 \pm 7,4$  года). Из общей выборки исследования сформированы 2 группы. Основная группа – 173 человека с посттравматическим стрессовым расстройством (F43.1 по МКБ-10), группа сравнения – 143 человека с расстройством приспособительных реакций (F43.2). Применялись опросник «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI, Plutchik R., Kellerman G., Conte H., 1979) в адаптированной русскоязычной версии (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др., 2005), шкала оценки способности к психосоциальной адаптации (Psychosocial Adaptation Scale, Rogers C.R., Dymond R.F., 1954) в русскоязычной модификации В.М. Воловика (1981). **Результаты.** В основной группе пациентов в ситуациях адаптации к жизненным трудностям преобладали декомпенсирующие механизмы защиты (вытеснение, отрицание, регрессия), показатель общей напряжённости защит составлял  $56,03 \pm 0,77\%$ . В группе сравнения суммарный показатель ОНЗ ( $72,43 \pm 0,44\%$ ) статистически значимо ( $p < 0,001$ ) превышал таковой в основной группе. В основной группе преобладал пониженный (38,1%) уровень способности к психосоциальной адаптации, с одинаковой частотой (по 26,0%) зарегистрированы ограниченный и низкий уровни. В группе сравнения обнаружена высокая встречаемость умеренного (56,6%) и пониженного (33,6%) уровней способности к психосоциальной адаптации ( $p < 0,001$ ). **Заключение.** Результаты свидетельствуют о прогрессирующем истощении адаптационных ресурсов при утяжелении посттравматического дистресса.

**Ключевые слова:** адаптационный потенциал личности, тяжёлый травматический стресс, психосоциальная адаптация, механизмы психологической защиты, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство приспособительных реакций.

### ВВЕДЕНИЕ

Проблема жизнедеятельности человека в трудных жизненных ситуациях, особенно в экстремальных, кризисных и травматических, традиционно рассматривается в рамках теории адаптации и стресса на биологическом, психологическом и социальном уровнях. В контексте данной кон-

цепции акцент делается на личностном адаптационном потенциале – ЛАП (устойчивость, самооценка, наличие социальной поддержки и общения, соблюдение норм) как системном свойстве, определяющем границы адаптационных возможностей и характер адаптации при воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды.

Адаптация представляет собой процесс приспособления к социальной среде и сложным жизненным обстоятельствам, включая жизнеугрожающие ситуации. Цель адаптации – сохранение и формирование оптимального баланса между индивидуумом, его внутренним состоянием и внешней средой. Успешность адаптации определяется не столько объективными характеристиками ситуации, сколько наличием и особенностями индивидуальных психологических ресурсов, а также эффективностью стратегий их использования. ЛАП позволяет прогнозировать эффективность деятельности в экстремальных условиях и оценивать вероятность сохранения здоровья и работоспособности после воздействия экстремальных факторов [1, 2, 3, 4]. Критериями успешной социальной адаптации являются субъективная оценка уровня адаптивности, положительное эмоциональное состояние и наличие перспектив развития. Принятие себя и других, стремление к реализации собственных ресурсов и уверенность в самоэффективности являются оптимальными условиями для успешной адаптации. Проведен теоретический анализ смысловой реальности: аспектов проблемы смысла, форм его существования в отношениях человека с миром, в сознании и деятельности, в структуре личности, в межличностном взаимодействии [4, 5].

Системный подход к проблеме адаптации и восстановления включает объективные (количественные) и субъективные (качественные) аспекты приспособления. Субъективный аспект отражает индивидуальный уровень или ЛАП, характеризующий уровень личностной зрелости, саморегуляции и самодетерминации личности. Объективный аспект представлен показателями психосоциальной адаптации (уровнем социального функционирования и типом приспособительного поведения). Факторы, повышающие риск нарушений, включают угрозу жизни и здоровью, восприятие гибели или ранений других людей, личностные особенности (выраженная тревожность) и условия, при которых вероятность получения боевой психической травмы возрастает. Подход к пониманию жизнестойкости как качеству, противодействующему развитию ПТСР у военнослужащих, и разработанные в рамках этой концепции тренинги жизнестойкости могут использоваться в психологической подготовке военных, реабилитационной работе с ветеранами военных конфликтов и должны входить в учебный процесс по дисциплине «Психология» при обучении военнослужащих [6]. В случае конструктивного и деструктивного стресса адаптивная активность военнослужащего направлена на выполнение боевой задачи, при травматическом стрессе и боевой психической травме – на выживание, при отсроченных ПТСР – на адаптацию к мирной жизни в условиях инерции «боевых рефлексов» [7].

## ЦЕЛЬ

Изучить особенности адаптационного потенциала, механизмов психологической защиты и уровня психосоциальной адаптации у пациентов с различным уровнем реакции на тяжёлый боевой травматический стресс.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В проспективное нерандомизированное исследование включено 316 мужчин 27-56 лет (средний возраст  $39,8 \pm 7,4$  года), участников боевых действий. Из них 173 человека соответствовали критериям посттравматического стрессового расстройства (F43.1 по МКБ-10, далее – ПТСР), 143 – расстройства приспособительных реакций (F43.2, далее – РПР). Диагнозы устанавливались клинико-психопатологическим методом с использованием структурированного клинического интервью SCID-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5). Интервью применялось не только для верификации основных диагнозов, но и для исключения коморбидных расстройств личности (раздел II DSM-5). Клинически значимая личностная патология не выявлена ни у одного участника исследования. Исследование проводилось в ГБУ ДНР «Психиатрическая больница г. Макеевки» в 2024-2025 гг.

У всех обследованных предварительно исключалась клинически значимая органическая (нейрокогнитивная) патология травматического генеза. Пациенты с тяжелой черепно-мозговой травмой, очаговыми повреждениями головного мозга или выраженным нейрокогнитивным расстройством в исследование не включались. Легкая нейрокогнитивная симптоматика, связанная с перенесенными контузиями, отмечалась у 28% пациентов, однако она не достигала диагностического порога нейрокогнитивного расстройства.

Характер пережитого боевого травматического стресса у военнослужащих в целом был следующим: непосредственное участие в боевых действиях с высоким риском для жизни пережили 76% респондентов, множественные обстрелы артиллерией и РСЗО (включая контузии) – 68%, участие в штурмовых действиях, ликвидацию последствий обстрелов и обеспечение деятельности подразделений под огнем – 54%. У большинства пациентов (68%) имело место сочетание нескольких типов психотравмирующих событий.

Исследуемая генеральная совокупность характеризовалась следующими социально-демографическими и военно-профессиональными параметрами. До участия в боевых действиях 54% респондентов получили высшее или среднее специальное образование, 41% владели рабочими специальностями. По военно-служебному статусу 37% являлись военнослужащими по контракту, ранее проходившими военную службу, 63% были призваны по мобилизации, в том числе не имев-

шие специальной военной подготовки. На момент обследования 49% продолжали выполнять обязанности военной службы, 28% были уволены (демообилизованы) вследствие ранения или по состоянию здоровья, 23% находились в стадии документального оформления увольнения. Семейное положение респондентов распределялось следующим образом: 68% состояли в зарегистрированном браке, 19% были разведены, 13% никогда не состояли в браке. Дети имелись у 71% участников выборки.

Клинико-психопатологическим методом с использованием SCID-5 и дополнительно по шкале CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) оценивалась тяжесть ПТСР. В соответствии с полученными результатами клинико-психопатологического обследования и анализом динамики состояния пациенты с ПТСР были разделены на подгруппы с умеренной (средней) и высокой степенью тяжести.

Применялись психодиагностические методики: опросник Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI, Plutchik R., Kellerman G., Conte H., 1979) в адаптированной русскоязычной версии (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др., 2005) для оценки напряжённости 8 механизмов защиты (вытеснение, отрицание, замещение, компенсация, реактивное образование, проекция, интеллектуализация, регрессия) [8], а также шкала оценки способности к психосоциальной адаптации (Psychosocial Adaptation Scale, Rogers C.R., Dymond R.F., 1954) в русскоязычной модификации В.М. Воловика (1981) по 10 сферам жизнедеятельности.

Оценка уровня субъектности личности и адаптационного потенциала проводилась в условиях психиатрического стационара в период от 1 до 18 месяцев после последнего интенсивного боевого травматического воздействия (в среднем  $7,4 \pm 4,2$  месяца). На момент обследования все пациенты находились в стадии относительной стабилизации психического состояния.

### ОБРАБОТКА ДАННЫХ

Статистическая обработка выполнена с применением программы SPSS Statistics 23.0. Проверена

нормальность распределения (критерий Колмогорова–Смирнова). Сравнение средних значений – t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна–Уитни. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Средние –  $M \pm \sigma$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов основной группы (ПТСР) преобладали декомпенсирующие механизмы (вытеснение, отрицание, регрессия, проекция), показатель общей напряжённости защит (ОНЗ) составлял  $56,03 \pm 0,77\%$ , превышая нормативные значения (40–50%), что свидетельствует о незавершённых конфликтах (табл. 1). В группе сравнения (РПР) суммарный показатель ОНЗ ( $72,43 \pm 0,44\%$ ) статистически значимо ( $p < 0,001$ ) еще больше выходил за пределы нормы, при этом преобладали компенсаторные механизмы (рационализация, замещение, компенсация), т.е. пациенты пытались преодолеть ощущение несостоятельности и фрустрацию в нереализованных сферах жизнедеятельности за счёт удовлетворения и чувства причастности от участия в боевых действиях, а также стремились снизить тревогу и отстоять собственное достоинство, забывая прошлые неудачи.

Уровень способности к психосоциальной адаптации в основной группе (ПТСР) характеризовался в большинстве случаев как пониженный (38,1%), ограниченный и низкий уровни встречались с одинаковой частотой (по 26,0%) (табл. 2). Такие пациенты испытывали сложности в построении межличностных отношений, могли проявлять агрессию или подавленность, тревожность и раздражительность, снижение или завышение самооценки, апатию, часто имели поведенческие нарушения. В группе сравнения (РПР) зафиксирована высокая встречаемость умеренного (56,6%) и пониженного (33,6%) уровней способности к психосоциальной адаптации ( $p < 0,001$ ). Несмотря на это, пациенты с РПР демонстрировали низкую адаптивность, часто плохо управляли эмоциями, модель поведения в военной среде при возвращении в мирную жизнь провоцировала у них участие в конфликтах, жёсткость мышления, нестабильность

Т а б л и ц а 1. Суммарные показатели способности к психосоциальной адаптации в выборке ( $M \pm \sigma$ ), %

| Сфера жизнедеятельности                   | Основная группа (ПТСР) | Группа сравнения (РПР) | Уровень значимости |
|-------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|
| Трудовая деятельность                     | $5,98 \pm 0,09$        | $7,43 \pm 0,08$        | $p < 0,001$        |
| Проведение досуга                         | $5,54 \pm 0,10$        | $7,02 \pm 0,07$        | $p < 0,001$        |
| Семейные взаимоотношения                  | $6,04 \pm 0,10$        | $7,03 \pm 0,06$        | $p < 0,001$        |
| Внесемейные (дружеские) взаимоотношения   | $4,61 \pm 0,10$        | $6,81 \pm 0,05$        | $p < 0,001$        |
| Общественная и социальная жизнь           | $4,94 \pm 0,10$        | $6,79 \pm 0,06$        | $p < 0,001$        |
| Межличностные взаимоотношения             | $4,72 \pm 0,10$        | $6,74 \pm 0,05$        | $p < 0,001$        |
| Интерес к познанию окружающей информации  | $5,98 \pm 0,10$        | $7,12 \pm 0,07$        | $p < 0,001$        |
| Деньги и финансы                          | $5,62 \pm 0,10$        | $7,01 \pm 0,06$        | $p < 0,001$        |
| Внешний вид пациента                      | $6,17 \pm 0,11$        | $8,02 \pm 0,06$        | $p < 0,001$        |
| Условия жизни, место проживания и питание | $6,05 \pm 0,11$        | $8,14 \pm 0,07$        | $p < 0,001$        |
| Суммарный показатель                      | $56,03 \pm 0,77$       | $72,43 \pm 0,44$       | $p < 0,001$        |

Таблица 2. Распределение пациентов по уровню способности к психосоциальной адаптации в выборке

| Уровень                     | Основная группа (ПТСР) абс. (%) | Группа сравнения (РПР) абс. (%) |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Высокий (80–100 баллов)     | 1 (0,6%)                        | 12 (8,4%)                       |
| Умеренный (70–80 баллов)    | 16 (9,3%)                       | 81 (56,6%)                      |
| Ограниченный (60–70 баллов) | 45 (26,0%)                      | 48 (33,6%)                      |
| Пониженный (50–60 баллов)   | 66 (38,1%)                      | 2 (1,4%)                        |
| Низкий (менее 50 баллов)    | 45 (26,0%)                      | -                               |
| Всего                       | 173 (100%)                      | 143 (100%)                      |

### ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты показывают, что при тяжёлом боевом травматическом стрессе (ПТСР) адаптационный потенциал личности существенно снижен за счёт выраженного преобладания декомпенсирующих (незрелых) механизмов психологической защиты – вытеснения, отрицания, проекции и регрессии. ОНЗ превышает максимальный нормативный уровень 50%, достигая  $56,03 \pm 0,77\%$ , что свидетельствует о наличии неразрешённых внутренних и внешних конфликтов и недостаточности компенсаторных (зрелых) механизмов – рационализации, замещения и компенсации. Данный дисбаланс приводит к блокированию поступления травматической информации в сознание, препятствует её когнитивной и эмоциональной переработке, способствует хронификации симптоматики и усиливает дезорганизацию поведения. Высокая «цена адаптации» в этой группе проявляется в значительном снижении функционального уровня личности: выраженном ограничении трудовой деятельности, сужении круга социальных контактов, снижении мотивации к взаимодействию и утрате способности к полноценному проживанию жизни.

В недавней публикации приводятся данные, что наиболее тяжёлые проявления ПТСР и низкие показатели перитравматической диссоциации характеризуются включением в клиническую картину коморбидных аффективных и тревожных расстройств, более высокий уровень перитравматической диссоциации характерен для клинических проявлений ПТСР, коморбидных с органическими психическими расстройствами [9].

В группе сравнения (РПР) наблюдается относительная сохранность компенсаторных механизмов защиты, что позволяет поддерживать умеренный или ограниченный уровень психосоциальной адаптации (суммарный показатель  $72,43 \pm 0,44\%$ ). Пациенты этой группы демонстрируют более высокие показатели по большинству сфер жизнедеятельности: особенно в трудовой деятельности –  $7,43 \pm 0,08\%$ , внешнем виде (соблюдение правил личной гигиены, опрятность, аккуратность, организованность) –  $8,02 \pm 0,06\%$ , условиях жизни (достаточный уровень дохода, удовлетворение основных жизненных потребностей) –  $8,14 \pm 0,07\%$ . Данный компенсаторный уровень отражает наличие ресурсов для частичной нейтрализации процессов

дистресса и поддержания социального функционирования. Вместе с тем наблюдаются сдерживающие факторы в сферах с высокой эмоциональной вовлечённостью (внеfamilialные отношения –  $6,81 \pm 0,05\%$ , межличностная коммуникация –  $6,74 \pm 0,05\%$ ), что указывает на скрытое субклиническое снижение качества жизни и риск прогрессирования в более тяжёлые формы расстройств при отсутствии своевременного психокоррекционного вмешательства.

Различия между группами носят системный характер и отражают прогрессирующее истощение адаптационно-приспособительных возможностей по мере утяжеления посттравматического дистресса. У пациентов с ПТСР более выражены проявления депрессивного мировосприятия: социальная изоляция и отчужденность, утрата способности к познанию новой информации и прошлым интересам, снижение инициативы, эмоциональная заторможенность. Это согласуется с концепцией «цены адаптации», когда организм вынужден снижать функциональный уровень личности для сохранения психического равновесия в условиях неразрешённого травматического конфликта. В то же время в группе пациентов с РПР наблюдается более выраженная адаптационная активность, что создает условия для достижения умеренного уровня адаптации и позволяет частично компенсировать дистресс, используя рациональные поведенческие стратегии.

Полученные данные демонстрируют значимость и актуальность дифференцированного подхода к психотерапевтической помощи с учетом индивидуально-личностных особенностей. В группе пациентов с ПТСР мишенями терапии должны стать факторы риска, триггеры, дезадаптивные механизмы, такие как снижение напряжённости декомпенсирующих защит, развитие конструктивных копинг-стратегий и восстановление социального функционирования. В группе пациентов с РПР необходимо сосредоточиться на укреплении компенсаторных механизмов и профилактике перехода в более тяжёлые формы расстройств. Комплексная реабилитация, включая работу с адаптационным потенциалом, позволит не только снизить выраженность симптоматики, но и повысить качество жизни пациентов, переживших тяжёлый боевой травматический стресс.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с ПТСР в клинической картине отмечается выраженное преобладание декомпенсирующих (незрелых) механизмов психологической защиты – вытеснения, отрицания, проекции, регрессии. Общая напряжённость психологических защит составлял  $56,03 \pm 0,77\%$ , что свидетельствует о наличии неразрешённых внутренних и внешних конфликтов и недостаточности компенсаторных (зрелых) механизмов, которые могли бы способствовать конструктивности, гибкому преодолению трудностей, преобразованию негативного опыта в ресурс личностного развития. Данный дисбаланс приводит к блокированию осознания травматических воспоминаний, создаёт барьеры для проработки и ассимиляции опыта, способствуя хронификации психопатологической симптоматики и снижению адаптивных возможностей. Способность к психосоциальной адаптации у пациентов основной группы (ПТСР) соответствует ограниченному и низкому уровням (по 26,0%), а также пониженному уровню (38,1%) с ограничением возможностей приспособления к экстремальным условиям внешней среды, что проявляется в выраженном снижении функционирования во всех ключевых сферах жизнедеятельности: профессионально-трудовой реализации, семейно-бытовых и межличностных взаимоотношений, социально-общественной активности, финансового благополучия и самоподдержки. Наиболее проблемные дефицитарные явления наблюдаются в сферах внесемейных отношений ( $4,61 \pm 0,10\%$ ), общественной жизни ( $4,94 \pm 0,10\%$ ), межличностных контактов ( $4,72 \pm 0,10\%$ ), что указывает на отчуждение от социума, социальную пассивность, безразличие к происходящему, сниженную способность самоконтроля и инициативы, утрату мотивации к взаимодействию.

В группе сравнения (РПР) уровень психосоциальной адаптации в большинстве случаев характеризуется как умеренный (56,6%) и ограниченный (33,6%), суммарный показатель значительно выше ( $p < 0,001$ ) такового в группе ПТСР ( $72,43 \pm 0,44\%$  против  $56,03 \pm 0,77\%$ ). Это отражает относительную/частичную сохранность компенсаторных ресурсов, позволяющих поддерживать умеренное социальное функционирование в большинстве жизненных сфер (особенно в трудовой деятельности –  $7,43 \pm 0,08\%$ , особенностях внешнего вида и поведения –  $8,02 \pm 0,06\%$ ). Как ни парадоксально, но даже в этой группе отмечаются ограничения в эмоционально-волевых сферах на фоне психоэмоциональной нестабильности (социальные контакты за пределами семьи –  $6,81 \pm 0,05\%$ , межличностные социальные отношения –  $6,74 \pm 0,05\%$ ), что свидетельствует о субклиническом ухудшении качества жизни.

Полученные результаты убедительно подтверждают необходимость разработки и внедрения комплексных психотерапевтических программ, направленных на восстановление адаптационного потенциала личности и повышение уровня навыков психосоциальной адаптации. Основные мишени терапии должны включать снижение напряжённости декомпенсирующих механизмов защиты, формирование конструктивных копинг-стратегий, развитие и усиление компенсаторных ресурсов, восстановление социального функционирования и интеграцию травматического опыта. Дифференцированный подход с учётом интенсивности реакции на стресс в экстремальной боевой обстановке позволит увеличить реабилитационный потенциал при применении психореабилитационных программ, предотвратить хронификацию расстройств и улучшить качество жизни пациентов, переживших тяжёлый боевой травматический стресс.

## КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

## ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнялась в рамках основного плана НИР ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

## СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование выполнено в соответствии с «Этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами клинической практики в Российской Федерации». Одобрено этическим комитетом при ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России (протокол № 125 от 20.03.2025). Получено информированное согласие от всех участников на ограниченные возможности прогноза в гетерогенной выборке и необходимость расширения набора предикторов.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях. Психологический журнал. 2001. Т. 22, № 1. С. 16-24. Maklakov AG. The personal adaptive potential: its mobilization and prognostication in extreme conditions. Psychological Journal. 2001;22(1):16-24 (in Russian).
2. Диденко А.В., Рощина О.В., Диденко Е.В., Мальцев В.С., Костин А.К., Бохан Н.А. Влияние психиатрической коморбидности на клинические проявления и тяжесть посттравматического стрессового расстройства. Психиатрия. 2025. Т. 23, № 5. С. 17-27. Didenko AV, Roschina OV, Didenko EV, Maltsev VS, Kostin AK, Bokhan NA. The impact of psychiatric comorbidity on the clinical manifestations and severity of posttraumatic stress disorder. Psychiatry (Moscow). 2025;23(5):17-27 <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-5-17-27> (in Russian).

3. Маклаков А.Г., Чермянин С.В. Психологическое прогнозирование в экстремальных условиях деятельности. Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2009. № 4. С. 142-148. Maklakov AG, Chermianin SV. Psychological prognosis in extreme working conditions. Bulletin of St. Petersburg University. Series 12. Psychology. Sociology. Pedagogy. 2009;4(142-148) (in Russian).
4. Толстых Ю.И. Современные подходы к категории «Адаптационный потенциал». Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. 2011. № 1. С. 493-496. Tolstykh YuI. Contemporary approaches to the category of "Adaptative potential". Bulletin of Tula State University. Humanities. 2011;1:493-496 (in Russian).
5. Леонтьев Д.А. Психология смысла. М.: Смысл, 2010. 488 с. Leontiev DA. Psychology of meaning. Moscow: Smysl, 2010. 488 p. (in Russian).
6. Калинина С.Б. Методы повышения жизнестойкости военнослужащих с проявлениями посттравматических стрессовых реакций. Наука. Общество. Оборона. 2016. № 2 (7). С. 9. Kalinina SB. Methods to enhance the hardiness of soldiers with symptoms of post-traumatic stress reactions. Science. Society. Defense. 2016;2(7):9. <https://doi.org/10.24411/2311-1763-2016-00017> (in Russian).
7. Караяни А.Г. Боевой стресс: проблемы определения и классификации. Вестник Московского университета МВД России. 2024. №1. С. 254-264. Karayani AG. Combat stress: problems of definition and classification. Bulletin of the Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia. 2024;1:254-264. doi: 10.24412/2073-0454-2024-1-254-264 (in Russian).
8. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: методическое пособие. СПб.: Изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2005. 49 с. Wasserman LI, Eryshev OF, Klubova EB et al. Psychological diagnostics of the lifestyle index: guide. St. Petersburg: Publishing House of the Bekhterev Psychoneurological Institute, 2005:49 (in Russian).
9. Диденко А.В., Казенных Т.В., Мальцев В.С., Костин А.К., Аленина О.К., Коваль К.М. Перитравматическая диссоциация в структуре клинических маркеров посттравматического стрессового расстройства в условиях коморбидности. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2026. № 1 (130). С. 87-95. Didenko AV, Kazennykh TV, Maltsev VS, Kostin AK, Alenina OK, Koval KM. Peritraumatic dissociation in the structure of clinical markers of posttraumatic stress disorder in conditions of comorbidity. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2026;1(130):87-95. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1\(130\)-87-95](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1(130)-87-95) (in Russian).

Поступила в редакцию 17.02.2026  
Утверждена к печати 18.05.2026

Абрамов Владимир Андреевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России. ORCID iD 0000-0003-1605-2131. AuthorID РИНЦ 894326. SPIN-код РИНЦ 7123-2006. [psihiatria@dnmu.ru](mailto:psihiatria@dnmu.ru)

Бабура Елена Васильевна, к.м.н., главный врач ГБУ ДНР «Психиатрическая больница г. Макеевка». ResearcherID AAB-1234-2020. Author ID Scopus 7004123456. ORCID iD 0000-0002-1825-0097.

Мельниченко Владислава Владимировна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России. ORCID iD 0000-0003-4721-229X. AuthorID РИНЦ 1007396. SPIN-код РИНЦ 1538-1630. [original7771@mail.ru](mailto:original7771@mail.ru)

Абрамова Екатерина Алексеевна, врач общепсихиатрического смешанного отделения «Республиканский центр аффективной патологии и суицидологии» ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница».

Ксёنز Андрей Владимирович, заведующий общепсихиатрическим смешанным отделением «Республиканский центр аффективной патологии и суицидологии» ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница».

✉ Бабура Елена Васильевна, [lena.babura@mail.ru](mailto:lana.babura@mail.ru)

UDC 159.9:613(06)+316.614(06):616.89-008.441:159.944:355.422-022.257

For citation: Abramov V.A., Babura E.V., Melnichenko V.V., Abramova E.A., Ksyonz A.V. Features of personal potential and psychosocial adaptation in patients with severe combat-related traumatic stress. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2026; 2 (131): 125-131. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-2\(131\)-125-131](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-2(131)-125-131)

## Features of personal potential and psychosocial adaptation in patients with severe combat-related traumatic stress

**Abramov V.A.<sup>1</sup>, Babura E.V.<sup>2</sup>, Melnichenko V.V.<sup>1</sup>, Abramova E.A.<sup>3</sup>, Ksyonz A.V.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Institution of Higher Education "Donetsk State Medical University named after M. Gorky" of the Ministry of Health of the Russian Federation  
Ilyich Avenue 16, 283003, Donetsk, Donetsk People's Republic, Russian Federation

<sup>2</sup> State Budgetary Institution of the DPR "Makeyevka Psychiatric Hospital of the Ministry of Health of the DPR"  
Trojanovskiy Street 88A, 286800, Makeyevka, Donetsk People's Republic, Russian Federation

<sup>3</sup> State Budgetary Institution of the DPR "Republican Clinical Psychiatric Hospital"  
Odintsov Street 19, 283008, Donetsk, Donetsk People's Republic, Russian Federation

### ABSTRACT

**Introduction.** The adaptive potential of an individual is a systemic trait that determines the boundaries of adjustment to extreme stressful situations, including combat traumatic stress. **Objective:** to study the characteristics of the adaptive potential, psychological defense mechanisms, and the level of psychosocial adaptation in patients with different levels of reaction to severe combat traumatic stress. **Material and Methods.** The prospective non-randomized study included 316 male combat veterans aged 27-56 years (mean age  $39.8 \pm 7.4$  years). Two groups were formed from the total study sample. The main group consisted of 173 individuals with post-traumatic stress disorder (F43.1 according to ICD-10), and the comparison group consisted of 143 individuals with adjustment disorder (F43.2). The Life Style Index (LSI) questionnaire (Plutchik R., Kellerman G., Conte H., 1979) in its adapted Russian-language version (Wasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B. et al., 2005) and the Psychosocial Adaptation Scale (Rogers C.R., Dymond R.F., 1954) in the Russian-language modification by V.M. Volovik (1981) were used. **Results.** In the main group of patients, decompensative defense mechanisms (repression, denial, regression) prevailed in situations of adaptation to life difficulties, the indicator of persistent, rigid overuse of defenses (ROD) was  $56.03 \pm 0.77\%$ . In the comparison group, the total indicator of ROD ( $72.43 \pm 0.44\%$ ) was statistically significantly ( $p < 0.001$ ) higher than that in the main group. In the main group, a low level of ability to adapt psychosocially (38.1%) was predominant, with limited and low levels documented with equal frequency (26.0% each). In the comparison group, a high prevalence of moderate (56.6%) and low (33.6%) levels of ability to adapt psychosocially was found ( $p < 0.001$ ). **Conclusion.** The results indicate a progressive depletion of adaptive resources with increasing severity of post-traumatic distress.

**Keywords:** adaptive potential of the individual, severe traumatic stress, psychosocial adaptation, psychological defense mechanisms, post-traumatic stress disorder, disorder of adjustment reactions.

Received February 17, 2026

Accepted May 18, 2026

Abramov Vladimir A., D. Sc. (Medicine), Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Federal State Budgetary Institution of Higher Education "Donetsk State Medical University named after M. Gorky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Donetsk People's Republic, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-1605-2131. AuthorID RSCI 894326. SPIN-code RSCI 7123-2006. psihiatria@dnmu.ru

Babura Elena V., Cand. Sci. (Medicine), chief physician, State Budgetary Institution of the DPR "Makeyevka Psychiatric Hospital of the Ministry of Health of the DPR", Donetsk, Donetsk People's Republic, Russian Federation. ResearcherID AAB-1234-2020. Author ID Scopus 7004123456. ORCID iD 0000-0002-1825-0097.

Melnichenko Vladislava V., Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Federal State Budgetary Institution of Higher Education "Donetsk State Medical University named after M. Gorky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Donetsk People's Republic, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-4721-229X. AuthorID RSCI 1007396. SPIN-code RSCI 1538-1630. original7771@mail.ru

Abramova Ekaterina A., physician of the General Psychiatric Mixed Department, "Republican Center for Affective Pathology and Suicidology", State Budgetary Institution of the DPR "Republican Clinical Psychiatric Hospital", Donetsk, Donetsk People's Republic, Russian Federation.

Ksyonz Andrey V., head of the General Psychiatric Mixed Department, "Republican Center for Affective Pathology and Suicidology", State Budgetary Institution of the DPR "Republican Clinical Psychiatric Hospital", Donetsk, Donetsk People's Republic, Russian Federation.

✉ Babura Elena V., lena.babura@mail.ru