

## ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ

© Ковшова О.С.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры общей и клинической психологии Института  
социально-гуманитарного и цифрового развития медицины, Самарского государственного  
медицинского университета Минздрава России, Самара, Россия  
Ol1955ga@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-6455-2555

В статье представлены результаты исследования значимых психологических факторов в развитии посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у ветеранов боевых действий, переживших острый и хронический стресс. Установлено, что в развитии ПТСР определяется самозащитный, импунитивный тип эмоционального реагирования, который имеет неадаптивные психологические характеристики, согласно нормативному стандарту Н.В. Тарабриной. В исследовании получен психодиагностический алгоритм прогноза в математической регрессионной модели. Коэффициент прогноза равен сумме двух достоверно значимых факторов ( $p < 0,001$ ): фактор 1 — «уровень переработки агрессии» ( $E/e$ ) и фактор 2 — «сумма необходимо-упорствующих реакций» ( $\sum NP$ ), при  $K \geq 60$  баллов делается положительный прогноз развития ПТСР в 80% случаев. Психодиагностический алгоритм прогноза ПТСР может использоваться в ранней психодиагностике и клиничко-психологической реабилитации лиц с ПТСР.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, клиничко-психологическая реабилитация, психодиагностический алгоритм, регрессионный анализ, ветераны боевых действий

### Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является стресс-ассоциированным психическим расстройством, после воздействия мощного психотравмирующего фактора, который в большинстве случаев несет в себе угрозу жизни или благополучию человека. В современных условиях актуально и практически значимо раннее выявление ПТСР в процессе медико-психологической помощи лицам, участвующим в боевых действиях, а также в активном выявлении и предупреждении эмоциональных и поведенческих нарушений психологического здоровья населения (Дереча, Дереча, 2023; Васильева, Караева, Радионов, 2023).

Психологическая травма, связанная со стрессом, полученным при участии в боевых действиях, является одним из основных внутренних барьеров в адаптации военнослужащих к мирной жизни и становится преградой на пути личностного и профессионального роста. В комплексном клиничко-психологическом исследовании ПТСР у лиц, перенесших острый и хронический стресс, медицинские психологи, согласно методическим рекомендациям, используют «Миссисипскую шкалу посттравматического стрессового расстройства» (Семенова и др., 2022).

По мнению Н.В. Тарабриной большинство методов диагностики психологических компонентов ПТСР — это опросники (Тарабрина, 2001), поэтому в нашем исследовании, мы посчитали необходимым использование проективного метода рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга в модификации Н.В. Тарабриной.

Симптомы ПТСР могут проявляться по-разному, возникая обычно в течение шести месяцев от стрессового воздействия (Мищенко, 2023). При латентном течении ПТСР нет четких границ между компенсаторными и патологическими процессами в ЦНС, однако, по мере усложнения симптоматики или прогрессирования патологического процесса, клинические проявления становятся более заметными и выраженными (Нагдалян, 2023; Резник и др., 2020; Решетников, 2023).

Исследование стрессовых реакций у военнослужащих является актуальным в современных условиях, так как военные конфликты и террористические акты становятся все более распространенными по всему миру. Военнослужащие, которые участвуют в таких операциях, подвергаются серьезным физическим и эмоциональным нагрузкам, которые могут привести к психической дезадаптации (Ройтер, 2021; Сапольски, 2022).

При ПТСР нарушения эмоциональной регуляции и поведения в ситуации фрустрации ухудшают социальное функционирование, что доказывает необходимость ранней диагностики и прогноза ПТСР для своевременной психологической коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений с целью повышения социально-психологической адаптации военнослужащих к мирной жизни (Тарабрина, 2019; Ben et al., 2018; Elshansky et al., 2018).

### Программа исследования

*Этапы исследования.* Исследование проводилось на базе Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн имени О.Г. Яковлева в 2024 году. Процедура исследования включала в себя ряд этапов:

1. Составление психодиагностической «батареи», отвечающей цели исследования;
2. Формирование репрезентативной выборки, включающей ветеранов боевых действий, находившихся в Самарском областном клиническом госпитале для ветеранов войн имени О.Г. Яковлева;
3. Проведение экспериментального исследования;
4. Обработка полученных результатов, их анализ и формулировка выводов.

*Выборка.* Всего в исследовании приняло участие 40 мужчин в возрасте  $45 \pm 15$  лет. На основании анализа врачебных заключений из стационарных и амбулаторных карт были сформированы две группы мужчин. Критерием разделения на группы была клинико-психологическая характеристика пациентов и время участия в боевых действиях. Исследование носило анонимный характер и проводилось в свободное от лечебных процедур и приема врача время в первой половине дня.

Первая группа мужчин — участники специальной военной операции (2022–2023 гг.) — 20 человек (18 добровольцев и 2 мобилизованных) в возрасте  $45 \pm 15$  лет, с острыми пост-стрессовыми реакциями. В данной группе были распространены жалобы на головную боль, головокружения, шум в голове, нарушения сна. Исследуемые жалуются на беспокойный сон, с частыми пробуждениями, у некоторых присутствует страх засыпания, у всех сны с военной тематикой. Исследуемые данной группы охотно шли на контакт, который поддерживался в течение всего обследования, проявляли интерес к исследованию, давали положительную обратную связь. Признаки установочного поведения отсутствовали. Свободно рассказывали о подробностях несения службы, переживаниях.

Диагноз верифицирован в стационаре по МКБ-10: М42.1 — Распространенный остеохондроз

G93.4 — Энцефалопатия неуточненная

T90.8 — Последствия других уточненных травм головы

M50.8 — Другие поражения межпозвоночного диска шейного отдела

Вторая группа мужчин — участники Афганской войны (1998–2000 гг.) — 20 человек, в возрасте  $50 \pm 15$  лет, принимавшие участие в боевых действиях, на момент исследования были мобилизованы. В этой группе отмечались хронические пост-стрессовые реакции. Жалобы сопровождали соматические заболевания и наблюдались: боли в поясничном отделе позвоночника, боли в грудном отделе позвоночника, колебания артериального давления, боли в суставах. Исследуемые данной группы не охотно шли на контакт. Были случаи отказа продолжать исследования на определенном этапе. Во время исследования практически все участники отказывались рассказывать подробности несения службы. Фиксировались следующие фразы: «А вам это зачем?»; «Давайте, о чем не будь другом»; «Я не готов общаться на эту тему». В результате психологической работы был сформирован контакт и доверительные отношения.

Диагноз верифицирован в стационаре по МКБ-10:

M42.1 — Остеохондроз позвоночника

M51.0 — Поражения межпозвоночных дисков других отделов

T90.8 — Последствия других уточненных травм головы

I25.8 — Другие формы хронической ишемической болезни сердца

G57.0 — Защемление седалищного нерва

*Методы исследования.* В процессе исследования использовались наблюдение и клиническая беседа, а также диагностические методики: тест-опросник Шмишека–Леонгарда — методика определения акцентуации характера и темперамента личности; госпитальная шкала тревоги и депрессии (*Hospital anxiety and depression scale — HADS*); тест рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга в модификации Н.В. Тарабриной; миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (*Mississippi Scale for PTSD*).

Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS-2022.

*Цель исследования:* выявить значимые психологические факторы в развитии посттравматических стрессовых расстройств, дающие прогноз ПТСР, у ветеранов боевых действий.

*Гипотеза исследования.* Развитие ПТСР, нарушений эмоциональной регуляции и поведения

в ситуации фрустрации может ухудшить социальное функционирование личности, что показывает необходимость своевременной диагностики и прогноза ПТСР для коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений, повышения социально-психологической адаптации лиц, перенесших острый и хронический стресс.

На основании анализа врачебных заключений, стационарных и амбулаторных карт в двух группах, было проведено клинико-психологическое сопровождение с психологической диагностикой прогноза ПТСР и выявлением мишеней психологической коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений у данного контингента.

### Результаты исследования

В характерологическом портрете личности мужчин группы 1, имеющих практический опыт современных боевых действий преобладает смешанное

эмоциональное реагирование по демонстративно-возбудимому типу. У мужчин 2-й группы характерологический портрет личности отличается от мужчин 1-й группы, у которых преобладает смешанное эмотивно-застравающее эмоциональное реагирование.

Сравнение показателей типа и направления эмоционального реагирования и групповой адаптации в исследуемых группах проводилось по методике «Рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга» в модификации по Н.В. Тарабриной. Были выявлены достоверно значимые различия в двух группах сравнения по направленности реакций (табл. 1).

У мужчин первой группы сравнения преобладают импунитивные реакции ( $\Sigma M = 11,5$ ,  $p < 0,05$ ). Исследуемые рассматривают фрустрирующую ситуацию как нечто незначительное или неизбежное, преодолимое со временем, обвинение окружающих или самого себя отсутствует.

**Таблица 1.** Показатели типа и направления эмоционального реагирования, групповой адаптации в группах сравнения (средние значения)

| Показатели  | Группа №1 | Группа №2 | U-критерия Манна-Уитни | p         |
|-------------|-----------|-----------|------------------------|-----------|
| $\Sigma E$  | 7,2       | 8,45      | 138,5                  | $>0,05$   |
| $\Sigma I$  | 5,7       | 6,6       | 128                    | $<0,05^*$ |
| $\Sigma M$  | 11,5      | 8,75      | 93                     | $<0,05^*$ |
| $\Sigma OD$ | 8,3       | 7,15      | 153,5                  | $>0,05$   |
| $\Sigma ED$ | 9,3       | 10,1      | 178,5                  | $>0,05$   |
| $\Sigma NP$ | 6,8       | 6,6       | 184,5                  | $>0,05$   |
| GCR         | 38,9      | 51,55     | 104,5                  | $<0,05^*$ |

Примечание: \*  $p < 0,05$

У мужчин второй группы значимо преобладают интропунитивные реакции ( $\Sigma I = 6,6$ ;  $p < 0,05$ ). Реакция направлена на самого себя, с принятием вины или же ответственности за исправление возникшей ситуации, фрустрирующая ситуация не подлежит осуждению. Исследуемые принимают фрустрирующую ситуацию как благоприятную для себя.

У мужчин первой группы выявлены достоверно значимые показатели по сравнению с мужчинами второй группы по таким шкалам, как:

- «Баланс агрессивности» ( $\Sigma E/\Sigma I = 1,4$ ; 1,38), «Уровень переработки агрессии» ( $E/e = 2$ ; 1,63) остаются в пределах нормативного значения во всех исследуемых группах.

- «Баланс агрессивности» ( $\Sigma E/\Sigma I = 1,4$ ; 1,38), «Уровень переработки агрессии» у мужчин 1-й группы выше нормативного стандарта ( $E/e = 2$ ); у мужчин 2-й группы в пределах нормативного значения ( $E/e = 2$ ; 1,63).

- «Степень агрессивности, направленной вовне» ( $\Sigma E/\Sigma M = 0,7$ ; 1,1) у первой группы значимо ниже, чем во второй. Это говорит о низком уровне агрессии, направленной во вне.

- «Степень самостоятельности разрешения конфликтов» ( $i/e = 1$ ; 1,008) в обеих группах в пределах нормы.

Значимые различия были получены по показателю «степень социальной адаптации» (GCR). При норме  $>45\%$  у мужчин первой группы вы-

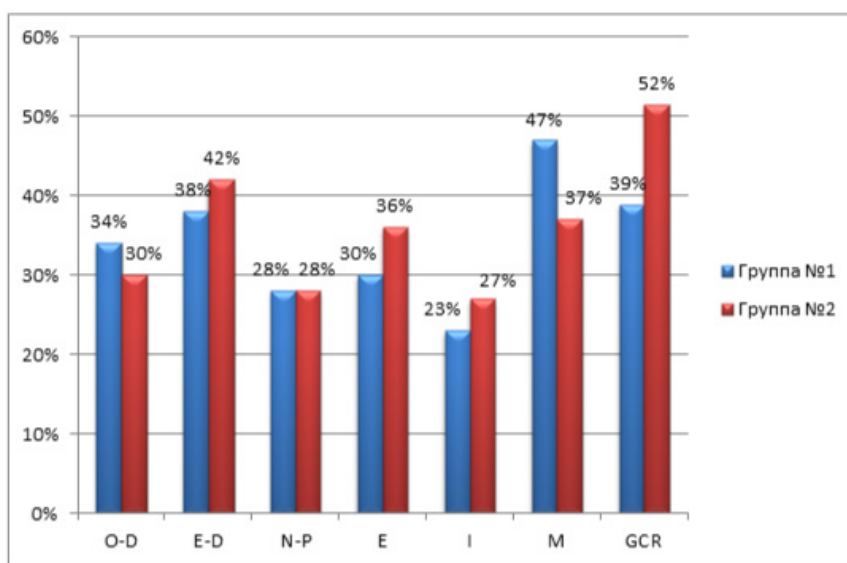
явлены достоверно значимые низкие показатели GCR (39%,  $p < 0,05$ ) по сравнению с мужчинами второй группы (52%,  $p < 0,05$ ), что говорит о сложности адаптации в послевоенной жизни, затруднении прогнозирования дальнейшей деятельности и своем месте в обществе.

Таким образом, самозащитный, импунитивный тип эмоционального реагирования — ( $ED > OD > NP$ ) доминирует в обеих группах, что соответствует общепринятому стандарту для взрослых лиц по данным Н.В. Тарабриной (1978).

У мужчин — участников специальной военной операции (1 группа) в ситуации фрустра-

ции отмечена тенденция снижения экстрапунитивного самозащитного реагирования ( $E = 3,2$ ;  $ED = 9,3$  (38%) по сравнению с мужчинами, участвовавшими в Афганской войне (2 группа) ( $E = 4,15$ ;  $ED = 10,1$  (42%),  $p < 0,05$ ), что снижает фрустрационную толерантность мужчин в обеих группах по сравнению со стандартом по Н.В. Тарабриной (1978).

В ситуации фрустрации значительно и достоверно повышен удельный вес импунитивных реакций  $M(47\%) > I(30\%) > E(23\%)$  в обеих группах (рис. 1).



**Рис. 1.** Распределение показателей типов реакций, направлений и степени социальной адаптации теста «Рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга» (%)

У мужчин в 1-й группе при самозащитном эмоциональном реагировании на фрустрацию отмечается достоверное повышение импунитивного реагирования в форме отрицания фрустрирующей ситуации (М), что свидетельствует о менее адаптивном типе эмоционального реагирования М» ( $4,8 > M(3,8) > E(3,2)$ ), чем у мужчин 2-й группы, где на первом месте стоит экстрапунитивное реагирование (Е), которое направлено во вне и поведенческий паттерн представлен как:  $E(4,15) > M(3,25) > I(2,95)$ .

Баланс агрессивности, направленный во вне ( $\Sigma E / \Sigma M = 0,7$ ; 1,1), у первой группы значительно ниже, чем во второй. Это говорит о сдерживании агрессии, направленной во вне и, возможно, о внутриличностном конфликте, что повышает внутреннюю напряженность и снижает устойчивость к стрессу и групповую адаптацию ( $GCR = 38,9\%$ ) у мужчин 1-й группы.

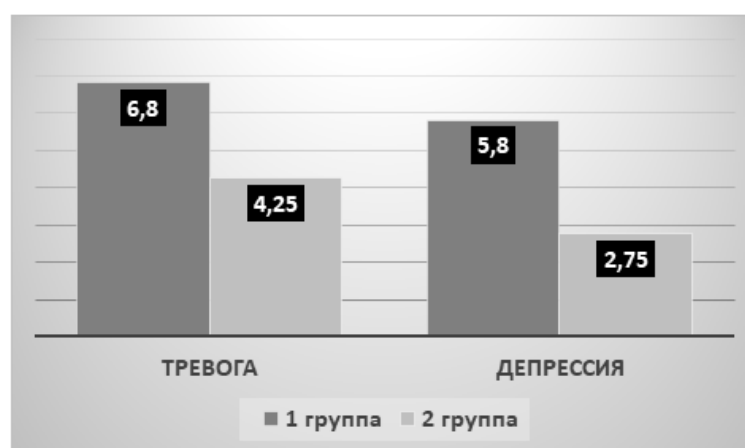
Таким образом, у мужчин ветеранов боевых действий в развитии посттравматических стрессовых реакций наименее благоприятной является 1 группа, имеющая самозащитный, импунитивный тип эмоционального реагирования, который имеет неадаптивные психологические характеристики, по нормативному стандарту по Н.В. Тарабриной: значительное повышение импунитивных реакций в 1,5 раза и снижение экстра- и интрапунитивного реагирования  $ED(38\%) > OD(34\%) > NP(28\%)$ , что свидетельствует о неудовлетворении потребности в самозащите, затруднении в преодолении конфликтных ситуаций, снижении фрустрационной толерантности и социальной адаптации ( $GCR = 38,9\%$ ).

По результатам методики «Рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга» (рис. 1) у мужчин второй группы были выявлены достоверно значимые различия по сравнению с мужчинами первой группы

по типу направленности реакций «I» ( $2,95; p < 0,05$ ). У мужчин первой группы преобладают импунитивные реакции ( $\Sigma M = 11,5; p < 0,05$ ). У мужчин второй группы значимо преобладают интропунитивные реакции ( $\Sigma I = 6,6; p < 0,05$ ). «Степень агрессивности, направленной вовне» ( $\Sigma E / \Sigma M = 0,7; 1,1$ ) в первой группе достоверно ниже, чем во вто-

рой. У мужчин 1-й группы выявлены достоверно значимые низкие показатели GCR ( $39\%; p < 0,05$ ) по сравнению с мужчинами 2-й группы.

У мужчин первой группы были выявлены достоверно значимые различия по сравнению с мужчинами второй группы по шкалам тревоги ( $6,8; p < 0,05$ ) и депрессии ( $5,8; p < 0,05$ ) (рис. 2.)



**Рис. 2.** Показатели тревоги и депрессии в исследуемых группах

По результатам сравнения значений «Миссисипской шкалы посттравматического стрессового расстройства» (табл. 2) выявлено, что показатель посттравматических стрессовых нарушений

(ПТСН) выше в 1-й группе ( $70,2$  при  $p < 0,05$ ), но он не достигает диагностических значений клинического варианта ПТСР.

**Таблица 2.** Результаты сравнения значений «Миссисипской шкалы посттравматического стрессового расстройства»

| Группа №1 | Группа №2 | U-критерия Манна-Уитни | P      |
|-----------|-----------|------------------------|--------|
| 70,2      | 48,15     | 15,5                   | <0,05* |

Примечание: \* различия статистически значимы

При рассмотрении индивидуальных показателей обследуемых первой группы (участников СВО), у 7 из 20 человек были выявлены отдельные симптомы ПТСР, у 2-х пациентов — признаки клинического варианта ПТСР.

#### Анализ результатов

У мужчин первой группы корреляционный анализ выявил, что постстрессовые реакции имеют прямую значимую взаимосвязь с показателями: «Депрессия» ( $r_s = 0,563; p < 0,001$ ), «Тревога» ( $r_s = 0,587; p < 0,001$ ), Эго-защитным типом реакций на фрустрацию ( $\Sigma ED, r_s = 0,451; p < 0,05$ ), уровнем переработки агрессии ( $E/e, r_s = 0,568; p < 0,001$ ),

застревающим ( $r_s = 0,461; p < 0,05$ ) и возбудимым ( $r_s = 0,462; p < 0,05$ ) типом направления эмоционального реагирования.

Регрессионным анализом была получена математическая модель (К). Уровень прогноза посттравматических стрессовых расстройств — около 80% с высокой достоверностью ( $p < 0,001$ ):

$$K_{птсн} = 83,59 + (5,6 \times F1) - (3,6 \times F2),$$

где, F1 — «переработка агрессии» ( $E/e$ );  
F2 — сумма необходимо-упорствующих реакций ( $\Sigma NP$ ).

**Таблица 3.** Взаимосвязи показателей эмоционального реагирования в ситуации фрустрации со значениями Миссисипской шкалы у мужчин в двух группах

| Корреляционные взаимосвязи | Группа 1 (rs)   | Группа 2 (rs)   |
|----------------------------|-----------------|-----------------|
| E'                         | 0,019           | 0,343           |
| E                          | 0,362           | 0,091           |
| e                          | -0,360          | -0,106          |
| I'                         | -0,300          | 0,237           |
| I                          | 0,361           | -0,056          |
| i                          | <b>-0,546*</b>  | -0,178          |
| M'                         | 0,363           | -0,237          |
| M                          | -0,050          | 0,263           |
| m                          | 0,067           | <b>-0,570**</b> |
| $\Sigma E$                 | -0,132          | 0,280           |
| $\Sigma I$                 | <b>-0,445*</b>  | 0,032           |
| $\Sigma M$                 | 0,299           | -0,403          |
| $\Sigma OD$                | 0,145           | 0,164           |
| $\Sigma ED$                | <b>0,451*</b>   | 0,259           |
| $\Sigma NP$                | <b>-0,635**</b> | <b>-0,490*</b>  |
| GCR                        | <b>-0,590**</b> | -0,382          |
| $\Sigma E/\Sigma I$        | 0,209           | 0,212           |
| $\Sigma E/\Sigma M$        | -0,214          | 0,397           |
| E/e                        | <b>0,568**</b>  | 0,166           |
| i/e                        | -0,015          | 0,093           |
| Тревога                    | <b>,587**</b>   | ,336            |
| Депрессия                  | <b>,563**</b>   | ,345            |
| Возбудимость               | <b>,462*</b>    | ,104            |
| Застревание                | <b>,461*</b>    | ,099            |

Примечание: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Психодиагностический алгоритм — показатель оценки прогноза ПТСР — позволяет делать прогноз с высокой точностью и достоверностью. При  $K \geq 60$  баллов положительный прогноз развития ПТСР в 80% случаев, при  $K = 40-60$  баллов — неустойчивый прогноз ПТСР.

### Выводы

У мужчин ветеранов боевых действий на развитие посттравматических стрессовых нарушений оказывают высокое достоверно значимое влияние тревога и депрессия, особенно у ветеранов СВО.

У ветеранов боевых действий СВО регистрируется высокое достоверно значимое влияние «возбудимой» и «застревающей» акцентуации характера в характерологическом портрете личности.

В развитии посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий СВО определены достоверно значимые факторы психической дезадаптации — формирование неадекватного эмоционального ответа на фрустрацию; снижение баланса агрессивности во вне, предрасположенность к психосоматическому реагированию; низкая фрустрационная толерантность и социальная адаптация.

### Заключение

Психодиагностический алгоритм прогноза ПТСР, рассчитанный по математической регрессионной модели, по сравнению с опросником «Миссисипской шкалой диагностики ПТСР», с более высокой точностью и достоверностью дает положительный прогноз развития ПТСР в 80%

случаев, что может быть использовано в клинико-психологической реабилитации лиц, переживших острый и хронический стресс в условиях боевых действий.

Данное исследование подтверждает предположение Н.В. Тарабриной (2001) о большей значимости использования проективных методов, по сравнению с опросниками в диагностике ПТСР.

### Литература:

1. Дереча В.А., Дереча Г.И. Психогенные переживания и расстройства. М.: Юрайт, 2023.
2. Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Старунская Д.А. Алгоритм диагностики посттравматического стрессового расстройства. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2023; 57:1:83–95. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-741>
3. Мищенко Л.В. Психическая травма. Социально-психологическое сопровождение и предотвращение рецидивов. М.: Юрайт, 2023.
4. Нагдалян М.К. Посттравматическое стрессовое расстройство и временная перспектива // Регион и мир. 2023. № 3(46). С. 124–127.
5. Резник А.М., Сюняков Т.С., Щербakov Д.В., Мартынюк Ю.Л. Психотические расстройства у ветеранов локальных войн // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуск. 2020. Т. 120. № 6. Вып. 2. С. 31–36.
6. Решетников М.М. Психическая травма. М.: Юрайт, 2023.
7. Ройтер К. Диалектическая поведенческая терапия ПТСР. Тренинг навыков. Практические упражнения для преодоления травмы и посттравматического стрессового расстройства. М.: Диалектика-Вильямс, 2021.
8. Сапольски Р. Психология стресса. СПб: Питер, 2022.
9. Семенова Н.В., Гончаренко А.Ю., Ляшковская С.В., Попов М.Ю., Шамрей В.К., Курасов Е.С., Марченко А.А., Незнанов Н.Г. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022.
10. Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций. Методические рекомендации. Л., 1984.
11. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. Питер, 2001.
12. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Институт психологии РАН, 2019.
13. Ben B.J., Hayes A.M. The structure of co-occurring PTSD and depression symptoms in a cohort of Marines pre- and post-deployment // Psychiatry research. 2018. V. 259. P. 442–449.
14. Elshansky S.P., Anufriev A.F., Polyakova O.B., Semenov D.V. Positive personal qualities and depression // Prensa Medica Argentina. 2018. № 104(6). Art.1000322.

## PSYCHODIAGNOSTIC PROGNOSIS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN PERSONS WITH COMBAT TRAUMA

© Olga S. Kovshova

Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Institute of Social, Humanitarian and Digital Development of Medicine, Samara State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Samara, Russia  
O11955ga@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-6455-2555

The article presents the results of a study of significant psychological factors in the development of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combat veterans who have experienced acute and chronic stress. It has been established that the development of PTSD is determined by a self-defensive, impulsive type of emotional response, which has non-adaptive psychological characteristics, according to the normative standard of N.V. Tarabrina (1973). The study obtained a psychodiagnostic prognosis algorithm in a mathematical regression model. The prognosis coefficient is equal to the sum of two reliably significant factors ( $p < 0.001$ ): factor 1 — «level of aggression processing» (E/e) and factor 2 — «sum of necessary-persistent reactions»

( $\Sigma NP$ ), with  $K \geq 60$  points, a positive prognosis is made for the development of PTSD in 80% of cases. The psychodiagnostic algorithm for prognosticating PTSD can be used in early psychodiagnostics and clinical and psychological rehabilitation of individuals with PTSD.

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder, clinical and psychological rehabilitation, psychodiagnostic algorithm, regression analysis, combat veterans

## REFERENCES

1. *Derecha V.A., Derecha G.I.* (2023). Psychogenic experiences and disorders. Moscow: Yurait.
2. *Melnikova E. V.* (2022). The impact of stressful situations on human health // Bulletin of the Magistracy. № 4. P. 120–138.
3. *Mishchenko L. V.* (2023). Mental trauma. Social and psychological support and prevention of relapses. Moscow: Yurait.
4. *Nagdalyan M.K.* (2023). Post-traumatic stress disorder and time perspective // Region and the world. № 3(46). P. 124–127.
5. *Reznik A.M., Sunyakov T.S., Shcherbakov D.V., Martynyuk Yu.L.* (2020). Psychotic disorders in veterans of local wars // S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. Special issue. V. 120. № 6. Issue 2. P. 31–36.
6. *Reshetnikov M.M.* (2023). Mental trauma. Moscow: Yurait.
7. *Reuter K.* (2021). Dialectical behavioral therapy of PTSD. Skills training. Practical exercises for overcoming trauma and post-traumatic stress disorder. Moscow: Dialectics-Williams.
8. *Sapolsky R.* (2022). Psychology of stress. SPb: Piter.
9. *Semenova N.V., Goncharenko A. Yu., Lyashkovskaya S.V., Popov M. Yu., Shamrey V.K., Kurasov E.S., Marchenko A.A., Neznanov N.G.* (2022). Organization of medical care for people with post-traumatic stress disorder: guidelines. SPb: Bekhterev National Medical Research Center for PN.
10. *Tarabrina N. V.* (1984). Experimental-psychological methods of studying frustration reactions. Methodical recommendations. Leningrad.
11. *Tarabrina N. V.* (2001). Workshop on the psychology of post-traumatic stress. SPb. Piter.
12. *Tarabrina N. V.* (2019). Psychology of post-traumatic stress: theory and practice. Moscow: Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences.
13. *Ben B.J., Hayes A.M.* (2018). The structure of co-occurring PTSD and depression symptoms in a cohort of Marines pre- and post-deployment // Psychiatry research. V. 259. P. 442–449.
14. *Elshansky S.P., Anufriev A.F., Polyakova O.B., Semenov D. V.* (2018). Positive personal qualities and depression // Prensa Medica Argentina. № 104(6). Art.1000322.