

УДК [159.943:613.86]:159.944.4-057.36: 355.514

В. В. Мельниченко

## МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

Участие в боевых действиях всегда сопровождается угрозой смерти, что является наиболее значимым и травматическим событием для психики человека. Поэтому, то что называется боевой психической травмой — по существу, травма экзистенциального характера, отражающая переживание ситуации смертельной угрозы.

Наличие боевой психической травмы обязательно при диагностике посттравматических стрессовых расстройств, однако присутствие экстремального события не обязательно влечет за собой травматическое расстройство, а может способствовать развитию иной психиатрической патологии, к примеру, тревожно-депрессивной и/или диссоциативной. При этом термин «боевая психическая травма» не является диагностической категорией, хотя семантически не отличается от категории «физическая травма», что особенно ярко отразилось в результатах текущего исследования. Кроме того, психическая травма может быть реакцией на внешние события, а может быть кумулятивной травмой, полученной постоянным или систематическим травмированием психики. Например, именно такой характер боевой травмы чаще всего мы определяем у жителей Донецкой Народной Республики, в течение многих лет проживающих в условиях военных действий.

Боевая психическая травма (БПТ), в отличие от однократного экстремального воздействия, компенсирующегося за счет имеющихся внутренних ресурсов личности, представляет собой первичное проявление нередко длительного процесса глубокой адаптационной перестройки функциональных систем человека. Вслед за естественной реакцией на экстремальный стресс, возникает патологическое состояние (БПТ) как реакция на экстремальной воздействие, превышающее адаптационный потенциал конкретной личности.

Структурно БПТ, ее клинические проявления (в том числе и посттравматические состояния) охватывают широкий спектр личностно-средовых отношений и конфликтного реагирования на травматическую ситуацию.

Концептуализация проблемы боевой психической травмы связана с представлениями о ней в рамках различных методологических подходов. В связи с многообразием факторов военного времени и их травматическим воздействием на организм, психику, личность и поведение человека, широким спектром возможных механизмов психических расстройств, связанных со стрессом, наши воззрения на психическую травмы были сфокусированы в рамках двух основных подходов: 1) естественнонаучном, который трактует психическую травму со смешанных медико-биологических психологических позиций как событие в жизни человека, которое выходит за рамки обычных житейских переживаний и возможностей; 2) экзистенциальном, где психическая травма — это угроза существования «Я» и субъективного мира, разрушение всех экзистенциальных структур личности. При чем последняя парадигма позволяет рассмотреть и БПТ и посттравматические стрессовые состояния с опорой на ценностно-смысловую уникальность пациента, не объяснимую одними только научными и медицинскими понятиями [1] Так, если в рамках клинко-психологического измерения психическое расстройство — это нарушение психических процессов и использование неконструктивных механизмов психологической защиты, то с позиции экзистенциального анализа психическое расстройство — это конфликт на уровне ценностно-смысловых констант человека, его субъективно-личностного пространства.

Боевая психическая травма и ее последствия в экзистенциальном смысле — это ре-

зультат личностно-опустошающего воздействия экстремальных стрессогенных переживаний. До определенного момента эти переживания отражают нормальные стресс-реакции на трудную жизненную ситуацию. Однако при неблагоприятном стечении обстоятельств стресс перестает быть мобилизующим стрессом, а становится травматическим, когда негативные переживания достигают своей максимальной выраженности, затрагивая наиболее значимые смысловые структуры внутреннего мира человека, дезорганизуют базовые измерения экзистенции.

Чтобы отразить «обыденность» экстремальных стрессогенных переживаний индивида обратимся к нейробиологическим исследованиям острого стресса и стрессоустойчивости [2-4]. Каскад физиологических реакций на стрессовое воздействие в высшей степени адаптивен в большинстве случаев. Например, учащение дыхания, частоты сердечных сокращений, кровяного давления, расширение зрачков, мобилизация иммунных комплексов и энергетического потенциала организма, сосредоточенность внимания — все это функционирует согласованно, способствуя успешной реакции «бей или беги», повышая шансы человека на выживание. Из этого следует, что индивидуальная стрессоустойчивость не подразумевает отсутствие реакции на стресс. Наоборот высокий уровень стрессоустойчивости задерживает «переломный момент» между адаптивными и неадаптивными реакциями, что облегчает и сокращает время на восстановление после воздействия интенсивного стрессора. Стивен Ф. Майер и его команда [5-6] предъявили доказательства, подтверждающие идею о том, что степень контроля человеческого поведения над стрессором, возможно, является самой мощной переменной, модулирующей воздействие стрессора. Их результаты подтверждают предположение о том, что преодоление стресса вызывает нейроадаптацию в кортиколимбических областях мозга, участвующих в когнитивных и нейроэндокринных аспектах регуляции эмоций. Хотя стресс обычно подавляет пролиферацию новых клеток и, следовательно, снижает нейрогенез в гиппокампе, преодоление трудностей в условиях, обогащенных новизной и сложностью, по-видимому, преодолевает подавляющее воздействие стресса.

С другой стороны, способность к саморегуляции и межличностному регулированию была предложена в качестве решающего фак-

тора для предотвращения психологических расстройств у лиц, подвергшихся множественному воздействию стрессогенных переживаний [7-8]. Такая саморегуляция сосредоточена и на явной регуляции эмоций (сознательных стратегиях преодоления тревожных переживаний), и включает в себя имплицитную регуляцию эмоций (бессознательные когнитивные и аффективные процессы), направленную на изменение интенсивности и/или продолжительности эмоциональных реакций, связанных с неблагоприятными переживаниями. Имплицитная регуляция эмоций неразрывно связана с механизмами психологической защиты (МПЗ). МПЗ являются автоматическими и бессознательными процессами, предназначенными для защиты личности от внутренних или внешних угроз и неприятных эмоций с целью уменьшения психологического стресса. МПЗ признаны за их клиническую полезность, а прогностическая ценность позитивной адаптации из-за их использования является глубинной и непосредственной. Защитные механизмы включают континуум в соответствии с их уровнем зрелости и адаптивности на трех уровнях: незрелом, невротическом и зрелом. Влияние МПЗ на психические симптомы у политравматизированных людей показывает, что более высокие уровни незрелых защит связаны с повышенной тяжестью психических симптомов у лиц, подвергшихся воздействию экстремального травматического стресса. И наоборот, более высокие уровни зрелых защит коррелируют с более низким психологическим стрессом. Также высокие уровни незрелых МПЗ были обнаружены у лиц с диагнозом посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после воздействия травмы, связанной с войной, и пациентов с диагнозом комплексного ПТСР [9-10].

Связь между механизмами психологической защитой и последствиями экстремального травматического стрессового воздействия в последнее время вызывает растущий интерес в эмпирических исследованиях, особенно в странах с растущей боевой мобилизацией. Из указанного выше, можно предположить, что травматическое воздействие связано с низким уровнем зрелых защит и высоким уровнем незрелых форм. Это может быть связано с регрессом зрелых защит на более раннюю стадию или путем активизации развертывания простых, незрелых форм, служащих выживанию [11]. В частности, более широкое

использование незрелых механизмов может быть попыткой справиться с контекстом повторной или множественной травматизации путем бегства или избегания от нежелательных чувств, связанных с жестоким и неблагоприятным опытом, путем искажения или отказа признать личные потери и/или стрессоры, создавая при этом иллюзию контроля над общим насилием и невзгодами [12].

На наш взгляд, существует острая потребность в исследованиях взаимосвязи между МПЗ, психосоциальными переменными и симптомами стрессовых нарушений, включая депрессивные и посттравматические состояния у военнослужащих, прошедших специальную военную операцию (СВО). Учитывая результаты, представленные выше, разумно предположить, что развитие данных симптомов в контексте многократного воздействия экстремальных стрессогенных факторов может быть опосредовано специфическим развитием МПЗ.

Цель исследования: изучить основные механизмы психологической защиты в условиях действия на личность травматической стрессогенной боевой среды (СВО), определить частоту их использования, а также статистическую значимость в выборках военнослужащих с симптомами посттравматических стрессовых расстройств, депрессивных и диссоциативных нарушений.

**Материал и методы исследования.** Исследование было проведено на базе Республиканской клинической психиатрической больницы. Критериями включения служили: способность выполнить диагностические методики за длительный промежуток времени (в течение трех часов за одну диагностическую сессию) и дать информированное согласие на участие в исследовании; психическое состояние пациентов позволяет продолжительный клинический контакт (не наблюдаются состояния психомоторного возбуждения, агрессии или острых транзиторных психотических расстройств). Критерии исключения составили: установленная выраженная зависимость от употребления психоактивных веществ, умеренная и/или более значимая степень развития органической психической патологии, возраст более 60 лет.

Всего приняло участие в исследовании 64 пациента отделения медико-социальной реабилитации. Два пациента были исключены в силу нарастания последствий черепно-мозговой травмы (в анамнезе ЧМТ с потерей

сознания), четверо больных добровольно отказались продолжать участие в исследовании (в одном случае — клинически ухудшалось психическое состояние из-за тяжести депрессивной симптоматики с суицидальным радикалом; в двух — установлены резидуальные и амотивационные последствия злоупотребления крепкими спиртными напитками; еще в одном случае — клинико-диагностически подтвердились подозрения на наличие у пациента латентной формы шизофренического процесса).

В завершеном виде выборка составила 58 пациентов мужского пола, столкнувшихся с участием в непосредственных боевых действиях в рамках СВО на Донбассе. Средний возраст участников составил 25,6 года (в диапазоне 18-60 лет).

Все пациенты были привлечены к работе после активной стабилизации их психического состояния, в среднем на второй-третьей неделе прибывания в стационаре ( $M=6,7$  дней). Испытуемые были разделены на две группы: первую составили военнослужащие с подтвержденными клиническими симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) — 33 человека (56,9%), и во вторую группу включались пациенты без признаков развернутого ПТСР, но имевших симптомы тревожно-депрессивного и диссоциативного характера — 25 чел. (43,1%). Деление на группы происходило с помощью лицензированного Структурированного клинического диагностического интервью (СКИД) — *Structured Clinical Interview for DSM (SCID)* к критериям DSM-IV (официально переведенной версии на русский язык, размещенной в свободном доступе Интернет).

В плане социально-демографических показателей были получены такие данные:

1) добровольно (по собственной инициативе) приняли участие в СВО 15 человек (25,7%), по повестке — 33 чел. (56,9%), контрактников — 10 чел. (17,4%);

2) возрастная категория 21-30 лет составила — 21 чел. (36,2%), интервал 31-40 лет — 19 чел. (32,8%), более 41 года — 18 чел. (31,0%);

3) только среднее образование получили 17 чел. (29,3%), специальное — 27 чел. (46,6%), высшее — 14 чел. (24,1%);

4) холостых и женатых мужчин наблюдалось поровну — по 25 чел. (соответственно 43,1%) и разведены были 8 человек (13,8%);

5) в боевом расположении 4 чел. (6,9%) находились несколько недель, 1-6 месяцев —

21 человек (36,2%), более 6 мес. — 26 чел. (44,8%), более 12 мес. — 7 чел. (12,1%);

б) не наблюдалось соматической патологии и других видимых органических изменений в следствие участия военнослужащего в непосредственных боевых действиях у 19 человек (32,8%), ранения мягких тканей (не инвалидизирующего характера) были у 5 чел. (8,6%), а контузии (от 1 до 2 клинически и документально зафиксированных) приходилась на 34 человека (58,6%). Отсутствие выраженных жалоб на свое психическое состояние до момента текущей госпитализации отмечали 8 человек (13,8%), в качестве эмоционально-стрессовых предъявили 15 человек (25,7%), на патологию отчетливо психиатрического характера (в первую очередь жалобы депрессивного и диссоциативного круга) указывали 6 чел. (10,3%), а жалобы на страх и сильную тревогу (с эпизодами панических атак) были выражены 29 пациентами (50,2%).

Исследование основных 8 механизмов психологической защиты и определение их общей напряженности проводилось с использованием методики «Индекс жизненного сти-

ля» (Life Style Index, LSI), разработанной командой исследователей во главе с Р. Плутчиком. Механизмы защиты включали описание: «Вытеснения», «Регрессии», «Замещения», «Отрицания», «Проекции», «Компенсации», «Гиперкомпенсации» и «Рационализации».

В плане статистической обработки данных применялся лицензированный пакет SPSS Statistics 23 с приложениями авторизированной работы с Excel-таблицами и Python. Все числовые данные прошли проверку на нормальности распределения (критерий Колмогорова-Смирнова), применялись параметрические критерии — до двух выборок — критерий Т-Стьюдента для несвязанных данных и дисперсионный анализ (ANOVA) для трех и более выборок (включая апостериорный межгрупповой тест с поправкой Тьюки HSD).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В таблице 1 представлены данные сопоставления в двух группах исследования с показателями частоты использования различных механизмов психологической защиты. Военнослужащие, у которых были верифицирова-

Таблица 1

**Механизмы психологической защиты в группах испытуемых с ПТСР и депрессивными (диссоциативными) нарушениями**

МПЗ	ПТСР	№	Среднее значение	Среднекв. отклонение	p, T-критерий
Вытеснение	1 группа	33	42,73	17,00	0,593
	2 группа	25	45,20	17,82	
Регрессия	1 группа	33	40,70	19,38	0,641
	2 группа	25	38,32	18,72	
Замещение	1 группа	33	29,10	19,90	0,896
	2 группа	25	28,40	19,72	
Отрицание	1 группа	33	42,91	24,47	0,553
	2 группа	25	39,24	21,30	
Проекция	1 группа	33	56,03	18,09	0,669
	2 группа	25	58,32	22,49	
Компенсация	1 группа	33	33,64	22,34	0,264
	2 группа	25	27,20	20,31	
Гиперкомпенсация	1 группа	33	35,15	18,56	0,631
	2 группа	25	37,60	19,85	
Рационализация	1 группа	33	52,90	21,69	0,465
	2 группа	25	48,52	23,52	
Общая напряженность	1 группа	33	42,49	13,94	0,624
	2 группа	25	40,68	13,64	

ны симптомы ПТСР чаще всего использовали механизмы проекции ( $56,03 \pm 18,09$ ) и рационализации ( $52,90 \pm 21,69$ ). У испытуемых без симптомов ПТСР также преобладала проекция ( $58,32 \pm 22,49$ ). Общая напряженность механизмов психологической защиты достигали в двух группах средних значений без признаков статистической значимости ( $p \geq 0,624$ ). Полученные данные возможно трактовать следующим образом: 1) механизмы психологической защиты не играют значительную роль в поддержании и сохранении симптоматики посттравматических, депрессивных и диссоциативных расстройств у военнослужащих; 2) существует предпосылка, что общая напряженность МПЗ компенсирована другими стратегиями совладения с острыми и хроническими проявлениями экстремального стрессового воздействия (что требует дальнейшего уточнения); 3) чаще всего пациенты с депрессивными и диссоциативными симптомами используют незрелые формы МПЗ, а больные с выраженными проявлениями посттравматического стрессового расстройства обращаются как к незрелым, так и зрелым формам МПЗ. Последние, в свою очередь, могут быть причиной структурирования у военнослужащих неприятных ожиданий, связанных с последствиями травматического стресса, в поведенческие стили избегания — через трансформацию чрезмерной защитной «Рационализации» в когнитивные искажения, не подходящих к действительности в «мирным» условиях существования.

Продолжив анализ, мы обнаружили, что некоторые социально-демографические показатели испытуемых достоверно и четко совпадали с представленными механизмами психологической защиты. Данные таблицы 2 отражают следующие закономерности. Значимую роль в проявлении МПЗ составляет предыдущий опыт участия в активных боевых действиях. Так у тех военнослужащих, которые прошли и были готовы к событиям на передовой статистически достоверно действуют зрелые психологические защиты по типу рационализации ( $63,0 \pm 15,71$ ,  $p \geq 0,002$ ) и вытеснение ( $50,0 \pm 18,93$ ,  $p \geq 0,032$ ). Не менее актуальной явилась конкретная форма волеизъявления отправиться в зону боевых действий: добровольцы более активно использовали вытеснение ( $51,3 \pm 16,51$ ,  $\text{min-max } 29,0-80,0$ ,  $p \geq 0,017$ ) и отрицание ( $48,9 \pm 23,64$ ,  $\text{min-max } 9,0-91,0$ ,  $p \geq 0,036$ ), чем военнослужащие, призванные по повестке (вытеснение ( $36,8 \pm 15,23$ ,  $\text{min-max } 10,0-70,0$ ,  $p \geq 0,017$ ) и отрицание ( $33,0 \pm 19,79$ ,

$\text{min-max } 0,0-67,0$ ,  $p \geq 0,036$ ). Среднее образование также достоверно значимо способствовало применению отрицания при совладении с травматическим стрессом, связанного с боевыми действиями, ( $54,8 \pm 20,58$ ,  $\text{min-max } 18,0-91,0$ ,  $p \geq 0,004$ ). Особое место в формировании предпочтительных механизмов психологической защиты составили внутриличностные характеристики. Вспыльчивым, способных к агрессивным актам военнослужащим проще давались реакции по механизму регрессии ( $48,1 \pm 15,73$ ,  $\text{min-max } 12,0-65,0$ ,  $p \geq 0,041$ ), отрицания ( $53,08 \pm 20,26$ ,  $\text{min-max } 9,0-91,0$ ,  $p \geq 0,05$ ) и компенсации ( $45,8 \pm 27,46$ ,  $\text{min-max } 0,0-70,0$ ,  $p \geq 0,044$ ). Во время проведения исследования все госпитализированные военнослужащие высказывали свои ожидания от лечения, перечисляли определённые проблемы с которыми они столкнутся после стационарного этапа терапии. Здесь наиболее важными и фрустрирующими стали вопросы возможного возвращения в боевое расположение, дальнейшее продолжение военной службы. Как показало исследование все испытуемые данной группы (19 человек) статистически достоверно использовали механизмы защиты замещения ( $36,8 \pm 19,16$ ,  $\text{min-max } 0,0-60,0$ ,  $p \geq 0,034$ ), регрессии ( $45,2 \pm 19,24$ ,  $\text{min-max } 18,0-82,0$ ,  $p \geq 0,034$ ) и гиперкомпенсации ( $47,89 \pm 15,48$ ,  $\text{min-max } 20,0-70,0$ ,  $p \geq 0,033$ ). На наш взгляд, такое вовлечение и распределение психологических защит достаточно полезно выявлять при решении экспертных вопросов и сопоставлять с установочными формами поведения, способностью к аггравации симптомов психических расстройств. Такие социально-демографические показатели как возраст, социальный статус, наследственная отягощенность, вредные привычки, отношение к военной службе, сформированное до участия в боевых столкновениях — не показали значительного влияния ни на используемые механизмы психологической защиты, ни на поддержание психической патологии у военнослужащих (как посттравматической, так и депрессивной).

#### **Заключение.**

Таким образом, выбор определенных механизмов психологической защиты, их частота и общая напряженность не связаны с выраженностью и тяжестью психической патологии, включающей депрессивные и диссоциативные симптомы, а также посттравматические стрессовые расстройства. Здесь примечательно, что сочетанное применение защит «вы-

Таблица 2

**Значимость механизмов психологической защиты в зависимости от социально-демографическим показателей**

Социально-демографический показатель	Группа, (N чел.)	МПЗ	<i>p</i> на уровне $\geq 0,05$	<i>p</i> (апостериорный межгрупповой тест с поправкой Тьюки HSD ANOVA)
Опыт боевых действий до начала СВО	1 группа — нет опыта (43 чел.)	Вытеснение	0,032*	
	2 группа — есть опыт (15 чел.)	Отрицание	0,003*	
		Рационализация	0,002*	
Участие в боевых действиях	1 группа — доброволец (15 чел.)	Вытеснение	0,017	0,017
	2 группа — по повестке (33 чел.)	Отрицание	0,036	0,036
Образование	1 группа — среднее (17 чел.)	Отрицание	0,003	0,004 (1-2 группа) 0,014 (2-3 группа)
	2 группа — специальное (27 чел.)			
	3 группа — высшее (14 чел.)			
Личностные свойства испытуемого	1 группа — гармоничные (11 чел.)	Регрессия	0,084	0,041 (1-2 группа)
	2 группа — вспыльчивость (12 чел.)	Отрицание	0,084	0,05 (2-3 группа)
		3 группа — тревожность (28 чел.)	Компенсация	0,123
Полученные травмы	1 группа — нет (19 чел.)	Отрицание	0,073	0,032 (1-2 группа)
	2 группа — контузия (34 чел.)			
Проблемы, которые беспокоят в текущий момент (после окончания стационарного лечения)	1 группа — возвращение в боевое расположение (19 чел.)	Регрессия	0,038	0,034 (1-3 группа)
		Гиперкомпенсация	0,054	0,033 (1-2 группа)
	2 группа — психич. здоровье (30 чел.)	Замещение	0,057	0,034 (1-3 группа)
	3 группа — вопросы трудоустройства (9 чел.)			

Примечание: \* — сравнение двух групп по Т-критерию Стьюдента для независимых выборок.

теснение-проекция» являются более характерными для пациентов с депрессивными и диссоциативными нарушениями, когда для больных с посттравматическими симптомами механизмы регрессии, замещения и компенсации используются чаще. Такое распределение, на наш взгляд, не является случайным. Для поддержания депрессивных проявлений требуется наличие в восприятии больного симптомов деперсонализации и дереализации (эквивалент «вытеснение-проекция»), а посттравматические расстройства поддерживаются на основании запечатления травматического образа (замещение-компенсация) и формирования уклоняющегося поведения (регрессия-компенсация).

Наличие боевого опыта; добровольная форма участия в военных столкновениях; уровень образования (преимущественно среднее); личностные характеристики солдата; ранения и другие повреждения (контузии), полученные в ходе активной фазы СВО; проблемы, с которыми сталкивается каждый военнослужащий после психиатрического

(стационарного) лечения, в частности, возвращение обратно в боевое расположение — достоверно более значимые показатели в выборе бессознательных форм психологической защиты у военнослужащих. В 85 % всех случаев использования защитных механизмов преобладали незрелые формы — отрицание, вытеснение и регрессия (перечислены в порядке убывания по частоте использования). Отметим важность использования такого диагностического инструментария как «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI) на экспертном этапе определения пригодности к дальнейшему продолжению военной службы, так как в ходе исследования у 33 % военнослужащих была выявлена актуализация бессознательных защитных механизмов по типу регрессии, замещения и гиперкомпенсации. Данные психологические схемы могут мешать адекватной и полной оценке психического состояния пациента на этапе выписки из стационара в силу формирования у него установочного (рентного) и/или аггравационного поведения.

*В. В. Мельниченко*

### **МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

В статье раскрываются понятия «экстремального травматического стресса» и «боевой психической травмы». Дается описание механизмов психологической защиты у военнослужащих, у которых были верифицированы симптомы посттравматического стрессового расстройства и депрессивные (диссоциативные) нарушения. В исследовании приняло участие 58 человек в возрасте от 21 до 60 лет, которые были разделены на две группы в зависимости от ведущей психосимптоматики. Ранжирование и деление больных происходило по результатам Структурированного клинического диагностического интервью (СКИД). В качестве методического инструментария был выбран опросник «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI). По результатам исследования, выбор определенных механизмов психологической защиты, их частота и общая напряженность не связаны с выраженностью и тяжестью психической патологии, включающей депрессивные и диссоциативные симптомы, а также посттравматические стрессовые расстройства. Наличие боевого опыта; добровольная форма участия в военных столкновениях; уровень образования (преимущественно среднее); личностные характеристики солдата; ранения и другие повреждения (контузии), полученные в ходе активной фазы СВО; проблемы, с которыми сталкивается каждый военнослужащий после психиатрического (стационарного) лечения, в частности, возвращение обратно в боевое расположение — достоверно более значимые показатели в выборе бессознательных форм психологической защиты у военнослужащих.

*Ключевые слова:* механизмы психологической защиты, ПТСР, депрессия, военнослужащий, травма, стресс.

V. V. Melnichenko

## PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS IN MILITARY SERVICEMEN WITH MENTAL DISORDERS UNDER CONDITIONS OF EXTREME TRAUMATIC STRESS

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation*

The article reveals the concepts of “extreme traumatic stress” and “combat mental trauma. A description is given of the mechanisms of psychological defense in military personnel who have verified symptoms of post-traumatic stress disorder and depressive (dissociative) disorders. The study involved 58 people aged 21 to 60 years, who were divided into two groups depending on the leading psychosymptoms. The ranking and division of patients was based on the results of the Structured Clinical Diagnostic Interview (SCDI). The Life Style Index (LSI) questionnaire was chosen as a methodological tool. According to the results of the study, the choice of certain psychological defense mechanisms, their frequency and overall tension are not associated with the severity and severity of mental pathology, including depressive and dissociative symptoms, as well as post-traumatic stress disorders. Having combat experience; voluntary form of participation in military clashes; level of education (mostly secondary); personal characteristics of a soldier; wounds and other damage (concussions) received during the active phase of SVO; the problems that every soldier faces after psychiatric (inpatient) treatment, in particular, returning back to a combat position, are significantly more significant indicators in the choice of unconscious forms of psychological defense among military personnel.

**Keywords:** *psychological defense mechanisms, PTSD, depression, military personnel, trauma, stress.*

### Список литературы

1. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. Л.О. Акопяна. М.: Практика; 1997. 1056. ISBN 5-88001-021-X.
2. Fleshner M. Physical activity and stress resistance: Sympathetic nervous system adaptations prevent stress-induced immunosuppression. *Exerc Sport Sci Rev.* 2005; 33: 120-126.
3. Greenwood BN, Foley TE, Day HE, Burhans D, Brooks L, Campeau S, Fleshner M. Wheel running alters serotonin (5-HT) transporter, 5-HT1A, 5-HT1B, and alpha 1b-adrenergic receptor mRNA in the rat raphe nuclei. *Biol Psychiatry.* 2005b;57:559–568.
4. Moraska A, Deak T, Spencer RL, Roth D, Fleshner M. Treadmill running produces both positive and negative physiological adaptations in Sprague-Dawley rats. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2000; 279: 1321-R1329.
5. Maier SF, Watkins LR. Role of the medial prefrontal cortex in coping and resilience. *Brain Res.* 2010; 1355: 52-60.
6. Amat J, Paul E, Zarza C, Watkins LR, Maier SF. Previous experience with behavioral control over stress blocks the behavioral and dorsal raphe nucleus activating effects of later uncontrollable stress: Role of the ventral medial prefrontal cortex. *J Neurosci.* 2006; 26:13264-13272.
7. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation. *Child Abuse Negl.* 2018. (дата обращения 10.11.2023) doi: 10.1016/j.chiabu.2018.03.006.
8. A van Dijke, Hopman JAB, Ford JD. Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder Independent of the symptoms of borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol.* 2018. (дата обращения 22.11.2023) doi: 10.1080/20008198.2017.1400878.
9. Uygur ÖF, Tuman TC, Hurşitoğlu O. The relationship between childhood trauma with defense styles in depression patients. *Genel Tıp Dergisi.* 2022. (дата обращения 20.10.2023) doi: 10.54005/geneltip.1091974.
10. Punamäki RL, Kanninen K, Qouta S, El-Sarraj E. The role of psychological defences in moderating between trauma and post-traumatic symptoms among Palestinian men. *Int J Psychology.* 2002. (дата обращения 2.10.2023) doi: 10.1080/00207590244000133.
11. Fang S, Chung MC, Wang Y. The impact of past trauma on psychological distress: the roles of defense mechanisms and alexithymia. *Front Psychol.* 2020. (дата обращения 2.10.2023) doi: 10.3389/fpsyg.2020.00992.
12. Beresford TP. Psychological adaptive mechanisms: Ego defense recognition in practice and research. Oxford: University Press; 2012.



### References

1. Jaspers K. Obshhaja psihopatologija. Per. s nem. L.O. Akopjana. M.: Praktika; 1997. 1056. ISBN 5-88001-021-X. (in Russian).
2. Fleshner M. Physical activity and stress resistance: Sympathetic nervous system adaptations prevent stress-induced immunosuppression. *Exerc Sport Sci Rev.* 2005;33:120–126.
3. Greenwood B.N., Foley T.E., Day H.E., Burhans D., Brooks L, Campeau S, Fleshner M. Wheel running alters serotonin (5-HT) transporter, 5-HT1A, 5-HT1B, and alpha 1b-adrenergic receptor mRNA in the rat raphe nuclei. *Biol Psychiatry.* 2005b; 57: 559-568.
4. Moraska A., Deak T., Spencer R.L., Roth D., Fleshner M. Treadmill running produces both positive and negative physiological adaptations in Sprague-Dawley rats. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2000; 279: 1321-R1329.
5. Maier S.F., Watkins L.R. Role of the medial prefrontal cortex in coping and resilience. *Brain Res.* 2010; 1355: 52-60.
6. Amat J., Paul E., Zarza C., Watkins L.R., Maier S.F. Previous experience with behavioral control over stress blocks the behavioral and dorsal raphe nucleus activating effects of later uncontrollable stress: Role of the ventral medial prefrontal cortex. *J Neurosci.* 2006; 26: 13264-13272.
7. Poole J.C., Dobson K.S., Pusch D. Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation. *Child Abuse Negl.* 2018. (дата обращения 10.11.2023) doi: 10.1016/j.chiabu.2018.03.006.
8. A van Dijke, Hopman J.A.B., Ford J.D. Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder Independent of the symptoms of borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol.* 2018. (дата обращения 22.11.2023) doi: 10.1080/20008198.2017.1400878.
9. Uygur Ö.F., Tuman T.C, Hurşitoğlu O. The relationship between childhood trauma with defense styles in depression patients. *Genel Tıp Dergisi.* 2022. (дата обращения 20.10.2023) doi: 10.54005/geneltip.1091974.
10. Punamäki R.L., Kanninen K., Qouta S., El-Sarraj E. The role of psychological defences in moderating between trauma and post-traumatic symptoms among Palestinian men. *Int J Psychology.* 2002. (дата обращения 2.10.2023) doi: 10.1080/00207590244000133.
11. Fang S., Chung M.C., Wang Y. The impact of past trauma on psychological distress: the roles of defense mechanisms and alexithymia. *Front Psychol.* 2020. (дата обращения 2.10.2023) doi: 10.3389/fpsyg.2020.00992.
12. Beresford T.P. Psychological adaptive mechanisms: Ego defense recognition in practice and research. Oxford: University Press; 2012.

*Поступила в редакцию 02.10.2023 г.*