Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 178—200.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340309
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 178—200.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340309
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

Научная статья | Original paper

Уровень и основные факторы дистресса у участников СВО, госпитализированных по поводу акубаротравмы

А.С. Пирогова[1] ✉, **А.Б. Холмогорова**[2], **А.С. Мачалов**[1], **Н.А. Дайхес**[1], **С.В. Вылегжанин**[3]

[1] Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Российская Федерация

[2] Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация

[3] Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества», Москва, Российская Федерация

✉ psylina.help@gmail.com

Резюме

Контекст и актуальность. Акубаротравма является одной из наиболее распространенных боевых патологий у участников специальной военной операции. Помимо прямого повреждения слухового анализатора — снижения слуха, тиннитуса, вестибулярных расстройств — она оказывает выраженное психотравмирующее воздействие. Ситуация ранения сочетается с болевым синдромом, сенсорной депривацией, длительной госпитализацией и неопределенностью в отношении будущего, что создает условия для формирования устойчивого дистресса. **Цель**. Оценить выраженность симптомов ПТСР и уровень психологического дистресса у участников СВО, госпитализированных с акубаротравмой, выявить основные клинические и социально-психологические факторы дистресса, а также определить ключевые ресурсы совладания со стрессом для повышения эффективности реабилитационных и психокоррекционных программ. **Методы и материалы**. Исследование проводилось на базе ФГБУ НМИЦО ФМБА России при поддержке фонда «Защитники Отечества» с февраля 2025 года по май 2026 года. Участие в нем приняли 102 респондента мужского пола в возрасте от 29 до 73 лет (M = 51 год, SD = 10). Исследование проводилось в один этап, в ходе которого участникам предлагалось заполнить персональную анкету для сбора анамнестических и социально-демографических данных, опросник

© Пирогова А.С., Холмогорова А.Б., Мачалов А.С., Дайхес Н.А., Вылегжанин С.В., 2026

CC BY-NC

PCL-5 для скрининга симптомов ПТСР и модифицированную методику «Термометр дистресса» Холланда для определения уровня и факторов субъективного дистресса. **Результаты.** Среди участников СВО, получивших акубаротравму, наблюдается высокий уровень психологической травматизации. От 18,4% до 27,6% пациентов демонстрируют выраженные симптомы посттравматического стрессового расстройства, соответствующие клиническому уровню, что говорит о необходимости профессиональной помощи специалистов: клинического психолога, а в ряде случаев и психиатра. Средние показатели уровня субъективного дистресса в связи с выявленными нарушениями слуха достигают 3,4 балла из 10. Более половины респондентов выражают серьезные опасения относительно собственного будущего, перспектив трудоустройства и финансового благополучия вследствие нарушений слуха, вызванных акубаротравмой. При этом в качестве основных факторов совладания со стрессом для них выступают как источники внешней поддержки (семья, друзья, медицинский персонал, финансовая помощь), так и внутренние ресурсы (позитивный самонастрой, юмор, религиозные убеждения, предшествующий опыт совладания с тяжелыми событиями). Семейное положение является статистически значимым фактором, определяющим уровень психологического дистресса. Не состоящие в браке участники демонстрируют достоверно более высокий уровень дистресса. При этом семейное положение влияет на общий уровень дистресса, но не на специфические симптомы ПТСР, что указывает на различную природу этих феноменов. **Выводы**. Психологический дистресс у данной группы пациентов носит выраженный характер и определяется не только актуальной клинической симптоматикой, но и тревогой по поводу отдаленных жизненных перспектив, что необходимо учитывать при построении реабилитационных маршрутов. Полученные данные обосновывают необходимость интеграции психологической диагностики и психосоциальной реабилитации в стандартный протокол лечения и реабилитации пациентов с акубаротравмой, начиная с момента госпитализации. Примерно у четверти обследованных симптомы ПТСР достигают клинически значимого уровня, что указывает на необходимость привлечения к оказанию помощи специалистов в сфере психического здоровья.

Ключевые слова: психологический дистресс, акубаротравма, участники СВО, сенсоневральная тугоухость, посттравматический стресс, факторы совладания со стрессом

Благодарности. Авторы благодарят за помощь в сборе данных для исследования государственный фонд поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества».

Для цитирования: Пирогова, А.С., Холмогорова, А.Б., Мачалов, А.С., Дайхес, Н.А., Вылегжанин, С.В. (2026). Уровень и основные факторы дистресса у участников СВО, госпитализированных по поводу акубаротравмы. *Консультативная психология и психотерапия, 34*(3), 178—200. https://doi.org/10.17759/cpp.2026340309

Level and main factors of distress of participants of the Special Military Operation hospitalized for acubarotrauma

A.S. Pirogova[1] ✉, **A.B. Kholmogorova**[2],
A.S. Machalov[1], **N.A. Daykhes**[1], **S.V. Vylegzhanin**[3]

[1] National Medical Research Center of Otolaryngology
of the Federal Medical and Biological Agency of Russia,
Moscow, Russian Federation

[2] Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

[3] State Foundation for Support of Participants of the Special Military Operation "Defenders of the Fatherland", Moscow, Russian Federation

✉ psylina.help@gmail.com

Abstract

Context and relevance. Acoustic trauma is one of the most common combat-related pathologies among participants in the special military operation. Beyond direct damage to the auditory system—manifesting as hearing loss, tinnitus, and vestibular disorders—it exerts a significant psychological impact. The injury occurs in a context involving pain, sensory deprivation, prolonged hospitalization, and uncertainty about the future, creating conditions conducive to the development of persistent distress. **Objective.** To assess the severity of PTSD symptoms and the level of psychological distress among participants of the Special Military Operation hospitalized with acoustic-barotrauma; to identify the primary clinical and socio-psychological factors contributing to distress; and to determine key stress-coping resources in order to enhance the effectiveness of rehabilitation and psychological intervention programs. **Methods and materials.** The study was conducted at the National Medical Research Center for Otorhinolaryngology of the FMBA of Russia, with the support of the «Defenders of the Fatherland» Foundation, between February 2025 and May 2026. A total of 102 male respondents aged 29 to 73 years (M = 51 years, SD = 10) participated. The study was carried out in a single phase, during which participants completed a personal questionnaire to gather anamnestic and socio-demographic data, the PCL-5 questionnaire to screen for PTSD symptoms, and a modified version of Holland's «Distress Thermometer» to assess the level and factors of subjective distress. **Results.** A high level of psychological trauma is observed among participants of the Special Military Operation who have sustained acoustic trauma. Between 18.4% and 27.6% of patients exhibit pronounced symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) at a clinical level, indicating a need for pro-

fessional assistance from specialists — specifically clinical psychologists and, in some cases, psychiatrists. Mean scores for subjective distress associated with the identified hearing impairments reach 3.4 out of 10. More than half of the respondents express serious concerns regarding their future, employment prospects, and financial well-being due to hearing loss caused by acoustic trauma. Key stress-coping factors for these individuals include both external sources of support (family, friends, medical staff, financial aid) and internal resources (positive mindset, humor, religious beliefs, and prior experience coping with adverse events). Marital status is a statistically significant factor determining the level of psychological distress; unmarried participants exhibit significantly higher levels of distress. Notably, while marital status influences the overall level of distress, it does not affect specific PTSD symptoms, suggesting that these phenomena have distinct underlying natures. **Conclusions.** Psychological distress in this group of patients is pronounced and is driven not only by current clinical symptoms but also by anxiety regarding long-term life prospects — factors that must be taken into account when designing rehabilitation pathways. These findings justify the need to integrate psychological assessment and psychosocial rehabilitation into the standard treatment and rehabilitation protocol for patients with acoustic barotrauma, starting from the time of hospitalization. In approximately one-quarter of the patients examined, PTSD symptoms reach a clinically significant level, highlighting the need to involve mental health specialists in their care.

Keywords: psychological distress, acubarotrauma, participants of the Special Military Operation, sensorineural hearing loss, post-traumatic stress, stress-coping factors

Acknowledgements. The authors thank the State Fund for Support of Participants in the Special Military Operation "Defenders of the Fatherland" for assistance in collecting data for the study.

For citation: Pirogova, A.S., Kholmogorova, A.B., Machalov, A.S., Daykhes, N.A., Vylegzhanin, S.V. (2026). Level and main factors of distress of participants of the Special Military Operation hospitalized for acubarotrauma. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 34*(3), 178—200. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2026340309

Введение

Взрывная ударная волна является основным поражающим фактором в условиях современного вооруженного конфликта. Воздействие на организм громкого звука и резкого повышения давления воздуха в окружающей среде приводит к развитию акубаротравмы. Современные локальные вооруженные конфликты характеризуются высокой часто-

той повреждений лор-органов (Сыроежкин и др., 2024). В связи с этим акубаротравма занимает одно из первых мест в структуре сенсорных повреждений у военнослужащих. Однако, несмотря на очевидную соматическую природу данного заболевания, его последствия выходят далеко за рамки исключительно аудиологических нарушений, формируя сложный комплекс психопатологических реакций.

Актуальность проблемы акубаротравмы у участников боевых действий обусловлена тем, что снижение слуха и сопутствующий ему шум в ушах (тиннитус) в условиях боевой обстановки выступают не только как медицинская проблема, но и как фактор, критически снижающий боеспособность и психологическую устойчивость. Потеря слуха ведет к сенсорной депривации, нарушению коммуникации с сослуживцами, а также к снижению ситуационной осведомленности. В условиях госпитализации и последующей реабилитации на первый план выходит психологический дистресс — состояние эмоционального страдания, включающее тревогу, депрессивные симптомы и нарушения адаптации, которое значительно осложняет процесс восстановления.

Анализ зарубежной литературы показывает, что коморбидность слуховых нарушений и психических расстройств хорошо изучена на опыте локальных конфликтов последних десятилетий в Ираке и Афганистане (Swan et al., 2017). Исследования зарубежных авторов демонстрируют, что военнослужащие с акубаротравмой имеют статистически значимо более высокие баллы по шкалам посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и депрессии по сравнению с бойцами без сенсорных дефицитов (Hoge, Auchterlonie, Milliken, 2006; Campbell, Helt, 2020). Зарубежные авторы подчеркивают, что хронический тиннитус, сопровождающий акубаротравму, вызывает тяжелые нарушения сна, раздражительность и когнитивную перегрузку, что напрямую коррелирует с уровнем психологического дистресса и суицидальными мыслями у ветеранов (Langguth B. et al., 2013).

В отечественной литературе проблема психологических последствий боевых повреждений также находится в фокусе внимания исследователей. Российские ученые в своих работах отмечают, что у участников СВО высок уровень боевого стресса и астенических расстройств (Баширзаде, Наров, 2025). При этом исследования в области военной медицинской психологии и сурдологии указывают на то, что изоляция, вызванная нарушением слуховой перцепции, воспринимается военнослужащими как потеря контроля над обстановкой, что является

мощным триггером для развития тревожно-депрессивных состояний (Васильева и др., 2024).

Важность данной проблемы заключается в необходимости смены парадигмы реабилитации: от чисто физиологического восстановления слуха к биопсихосоциальному подходу. Невыявленный и некупированный психологический дистресс у таких пациентов приводит к снижению приверженности лечению, ухудшению когнитивных функций, необходимых для обучения пользованию слуховыми аппаратами, и, в итоге, к необходимости смены вида профессиональной деятельности. Однако, даже в случае необходимости его смены при тяжелых поражениях, встает важная задача — адаптация к последующей мирной жизни. Понимание того, какие именно факторы вносят наибольший вклад в уровень дистресса, а какие способствуют совладанию с ним, позволяет разработать индивидуальные программы психосоциальной реабилитации.

Материалы и методы

Целью настоящего исследования являлась оценка выраженности симптомов ПТСР и уровня психологического дистресса у участников СВО, госпитализированных с акубаротравмой, выявление основных клинических и социально-психологических факторов дистресса, а также определение ключевых ресурсов совладания со стрессом для повышения эффективности реабилитационных программ.

Исследование проводилось на базе ФГБУ НМИЦО ФМБА России при поддержке фонда «Защитники Отечества» с февраля 2025 года по май 2026 года. Участие в нем приняли 102 респондента мужского пола в возрасте от 29 до 73 лет (M = 51 год, SD = 10).

Методический комплекс исследования.

Модифицированная методика «Термометр дистресса» Дж. Холланда, применялась для субъективной оценки уровня стресса, связанного с нарушениями слуха, полученными вследствие акубаротравмы. Пациенты оценивали свой дистресс по визуальной аналоговой шкале от 0 (отсутствие стресса) до 10 (экстремальный стресс). Значения 0—3 классифицировались как низкий уровень дистресса, 4—7 — как средний, 8—10 — как высокий. Пороговое значение ≥ 4 баллов использовалось как критерий клинически значимого дистресса. Дополнитель-

но пациенты указывали факторы стресса из адаптированного списка, специфичного для военнослужащих с акубаротравмой (профессиональные, финансовые, социальные и медицинские стрессоры), и факторы, способствующие совладанию со стрессовыми событиями (Holland, Bultz (2007)).

Опросник посттравматического стресса (Posttraumatic Stress Disorder Checklist, PCL-5) в русскоязычной адаптации Н.В. Тарабриной с соавторами для оценки выраженности симптомов посттравматического стресса (ПТС). Опросник включал 20 пунктов, оцениваемых по шкале от 0 (совсем нет) до 4 (крайне сильно) за последний месяц. Подсчет велся двумя способами: по суммарному баллу (диапазон 0—80; сумма баллов 0—30 — легкая степень выраженности симптомов ПТСР, 31—50 — средняя степень, 51—80 — тяжелая степень); по алгоритму DSM-5 — соответствие критериям ПТСР при наличии минимум 1 симптома с баллом ≥ 2 в кластерах B и C и минимум 2 симптомов с баллом ≥ 2 в кластерах D и E (Weathers et al., 2013).

Использованы следующие ***методы математической статистики***: проверка на нормальность распределения (одновыборочный биномиальный критерий) — для определения типа распределения данных; критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2) — для сравнения распределения качественных признаков между группами.

Компьютерная обработка результатов проводилась в программах Excel и IBM SPSS Statistics 23. Достоверными считали данные при $p < 0,05$.

Участники исследования заполняли разработанную нами персональную анкету, куда были включены социодемографические вопросы и вопросы, связанные с отношением к ситуации заболевания. Исследование проведено в соответствии с этическими нормами с получением информированного согласия участников и соблюдением условий конфиденциальности.

Выборка. В исследовании приняли участие 102 респондента мужского пола в возрасте от 29 до 73 лет (M = 51 год, SD = 10).

Критериями исключения из исследования были наличие сопутствующей соматической, неврологической или психиатрической патологии, способной оказывать самостоятельное влияние на уровень психологического дистресса, а также черепно-мозговые травмы в анамнезе и отсутствие подписанного информированного согласия на участие в исследовании.

Таблица 1 / Table 1

Клинико-диагностическая характеристика выборки (n = 102)
Clinical and diagnostic characteristics of the survey group (n = 102)

Диагноз по МКБ-10 / ICD-10 diagnosis	**Количество испытуемых (чел.) / Number (people)**	**Процент (%) / Percentage (%)**	**p-значимость* / p-value***	
H90.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость I степени / H90.3 Chronic bilateral sensorineural hearing loss, Grade I	7	7%	0,856	Одновыборочный биноминальный критерий / Single-sample binomial criterion
H90.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость II степени / H90.3 Chronic bilateral sensorineural hearing loss, Grade II	25	25%	< 0,001	
H90.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость III степени / H90.3 Chronic bilateral sensorineural hearing loss, Grade III	1	1%	0,003	
H90.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость IV степени / H90.3 Chronic bilateral sensorineural hearing loss, Grade IV	4	4%	0,149	
H93.1 Тиннитус / H93.1 Tinnitus	5	5%	0,283	
H90.4 Хроническая односторонняя сенсоневральная глухота / H90.4 Chronic unilateral sensorineural deafness	10	10%	0,475	
H74.1 Односторонний адгезивный средний отит / H74.1 Unilateral adhesive otitis media	3	3%	0,069	
H74.1 Двусторонний адгезивный средний отит / H74.1 Bilateral adhesive otitis media	1	1%	0,003	
H90.7 Односторонняя смешанная тугоухость III степени / H90.7 Unilateral mixed hearing loss, Grade III	3	3%	0,069	

Диагноз по МКБ-10 / ICD-10 diagnosis	**Количество испытуемых (чел.) / Number (people)**	**Процент (%) / Percentage (%)**	**p-значимость* / p-value***	
H90.7 Односторонняя смешанная тугоухость IV степени / H90.7 Unilateral mixed hearing loss, Grade IV	3	3%	0,069	
H90.6 Двусторонняя смешанная тугоухость II степени / H90.6 Bilateral mixed hearing loss, Grade II	1	1%	0,003	
H66.3 Хронический односторонний гнойный средний отит / H66.3 Chronic unilateral purulent otitis media	4	4%	0,149	
H66.3 Хронический двусторонний гнойный средний отит / H66.3 Chronic bilateral purulent otitis media	1	1%	0,003	
H90.4 Хроническая односторонняя сенсоневральная тугоухость II степени / H90.4 Chronic unilateral sensorineural hearing loss, Grade II	29	31%	< 0,001	
H90.4 Хроническая односторонняя сенсоневральная тугоухость III степени / H90.4 Chronic unilateral sensorineural hearing loss, Grade III	28	27%	< 0.001	

Примечание: «*» — различия значимы на уровне $p < 0,05$.
Note: «*» — the differences are significant at the level of $p < 0,05$.

Для оценки равномерности распределения нозологических форм в выборке использован одновыборочный биноминальный критерий. Наибольший вклад в структуру последствий акубаротравмы вносят хроническая односторонняя сенсоневральная тугоухость II степени (31%), III степени (27%) и хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость II степени (25%), которые совместно составляют 83% всех случаев (табл. 1).

На основании данных анкетирования и клинической беседы составлена таблица социально-демографических характеристик обследуемой группы, представленная в табл. 2.

Таблица 2 / Table 2

Социально-демографические характеристики обследуемой группы (n = 102)
Socio-demographic characteristics of the survey group (n = 102)

Характеристика / Characteristics		**Количество испытуемых (чел.) / Number (people)**	**Процент (%) / Percentage (%)**	**p-значимость* / p-value***
Возраст (по ВОЗ) / Age (WHO)	Молодой / Young	25	24,5%	< 0,001 (χ^2 Пирсона / χ^2 Pearson)
	Средний / Middle-aged	57	55,9%	
	Пожилой / Elderly	20	19,6%	
Пол / Sex	Мужчины / Men	102	100%	-
Семейное положение / Marital status	В браке / Married	68	66,7%	< 0,001 (χ^2 Пирсона / χ^2 Pearson)
	Одинок / Single	34	33,3%	
Образование / Education	Высшее / Higher	24	23,5%	< 0,001 (χ^2 Пирсона / χ^2 Pearson)
	Неполное высшее / Incomplete higher	3	2,9%	
	Среднее специальное / Secondary	51	50%	
	Среднее общее / General secondary	18	17,6%	
	Неполное среднее общее / Incomplete general secondary	6	5,9%	
Занятость / Employment	Работает / Working	53	52%	0,69 (χ^2 Пирсона / χ^2 Pearson)
	Безработный / Unemployed	49	48%	

Примечание: «*» — различия значимы на уровне $p < 0,05$.
Note: «*» — the differences are significant at the level of $p < 0,05$.

Результаты

Как видно из табл. 3, значимые различия были получены как по показателям уровня дистресса, так и по выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Таблица 3 / Table 3

Уровень выраженности симптомов ПТСР (PCL-5) и дистресса («Термометр дистресса») у пациентов после акубаротравмы
The Severity of PTSD symptoms (PCL-5) and distress («Distress Thermometer») in patients after acubarotrauma

Параметр / Parameter		**Процент (%) (n = 102) / Percentage (%) (n = 102)**	**p-значимость* / p-value***
Уровень дистресса / Severity of distress	Низкий / Low	58,8	< 0,001
	Средний / Medium	31,4	
	Высокий / High	9,8	
Уровень выраженности симптомов ПТСР / Severity of PTSD	Низкий / Low	78,6	< 0,001
	Средний / Medium	18,4	
	Высокий / High	3	

Примечание: «*» — различия значимы на уровне $p < 0,05$ по χ^2-критерию.
Note: «*» — the differences are significant at the level of $p < 0,05$ according to the χ^2-criterion.

По результатам методики «Термометр дистресса», ведущими факторами дистресса для пациентов после акубаротравмы являлись: возможные трудности с работой (64%), страх возможных осложнений (49%), финансовые трудности (49%), наличие информации о неблагоприятных последствиях нарушения слуха у других (43%), мысли о возможном настороженном отношении окружающих в связи с нарушением слуха (43%), трудности планирования будущего и нарушенные жизненные планы (42%), трудности получения медицинских консультаций (37%) и информационный шум, т. е. отсутствие достаточной медицинской информации о возможных последствиях нарушения слуха (30%), а также возможные конфликты в семье (20%) (рис. 1). Согласно данным о наличии болевого синдрома, респонденты отмечали хронический (94%) и острый (6%) характер боли, терпимую (95%) и нестерпимую (5%) боль, 90% пациентов могли отвлечься от мыслей о боли и 10% говорили о невозможности отвлечься от болевых ощущений.

В качестве ведущих факторов, способствующих совладанию со стрессовыми событиями, пациенты, в первую очередь, выделяли источники внешней поддержки и внутреннего ресурса: юмор (72%) и позитивный самонастрой (63%), эмоциональную поддержку со стороны семьи (73%) и друзей (72%), предшествующий опыт совладания со стрессом (57%) и молитву (49%), эмоциональную поддержку со стороны врачей и меди-

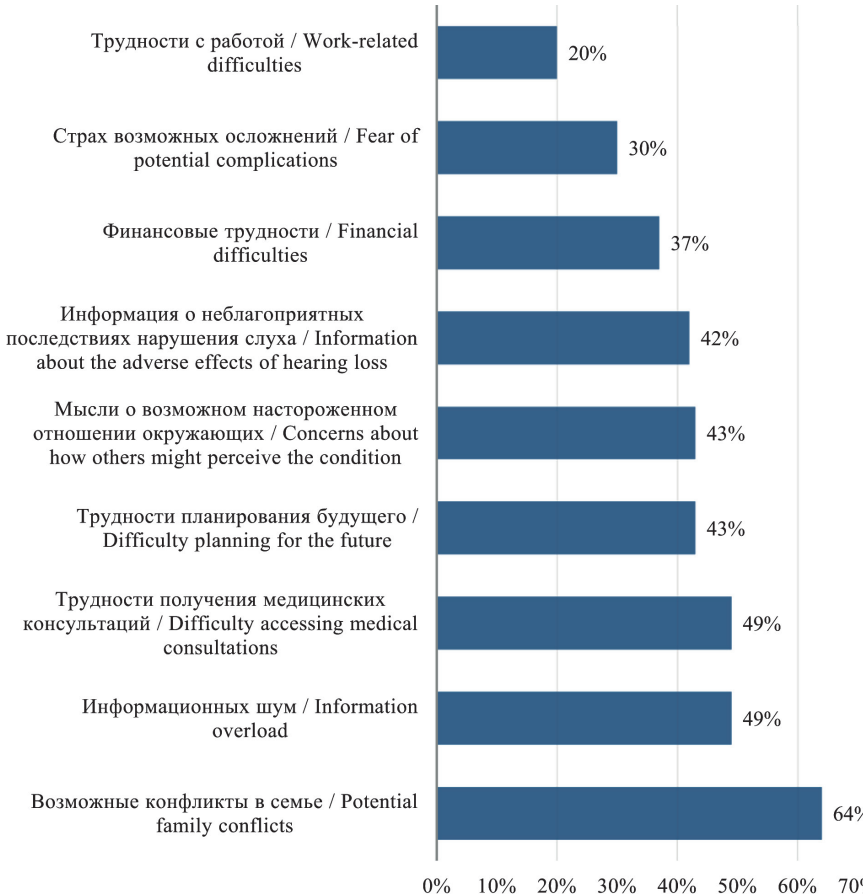


Рис. 1. Распределение факторов дистресса (n = 102)
Fig. 1. Distribution of distress factors (n = 102)

цинского персонала (61%), ощущение поддержки и сочувствия со стороны окружающих (54%), доступность полезных ресурсов Интернета для переключения и отдыха (50%); финансовую помощь родственников (38%), работодателя (30%) и друзей (31%), использование успокаивающих средств натурального происхождения (33%), а также знакомство с психологическими рекомендациями по совладанию со стрессом (31%) и обращение за психологической помощью (18%) (рис. 2).

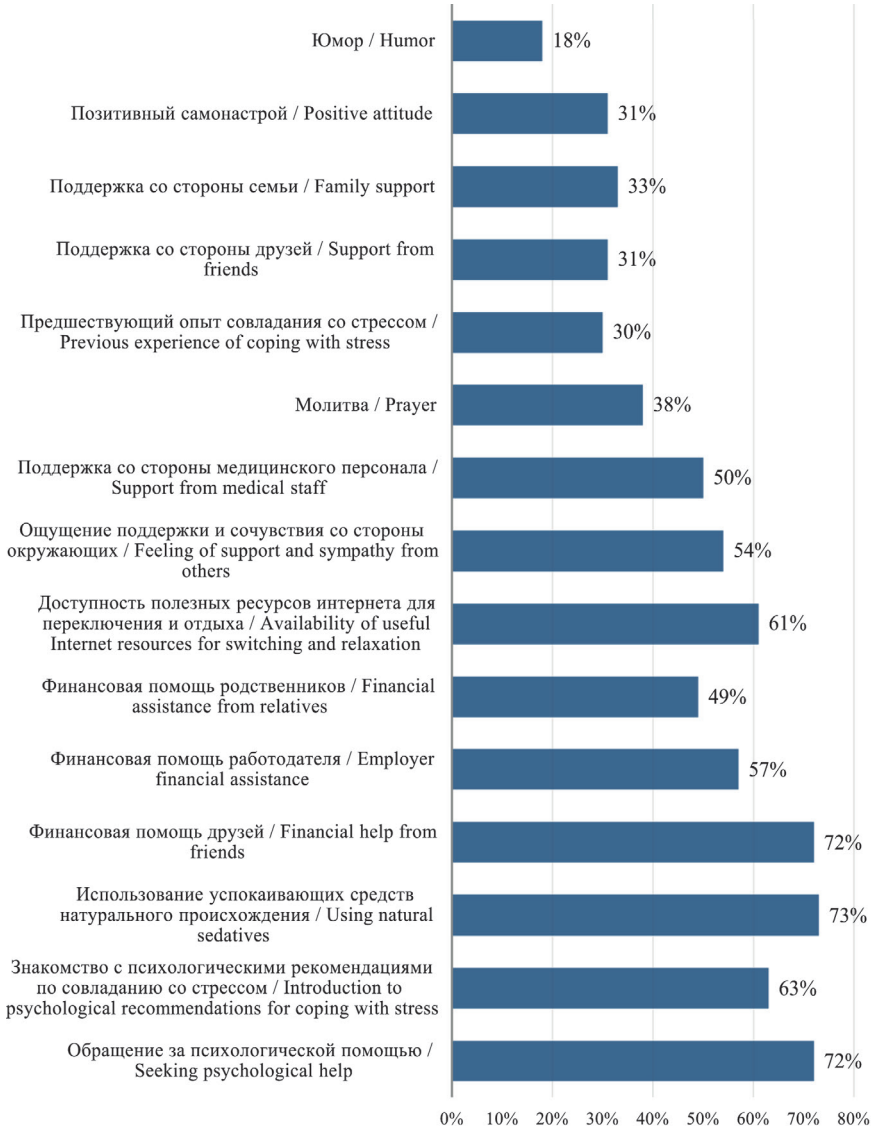


Рис. 2. Распределение факторов-протекторов (n =102)
Fig. 2. Distribution of protective factors (n = 102)

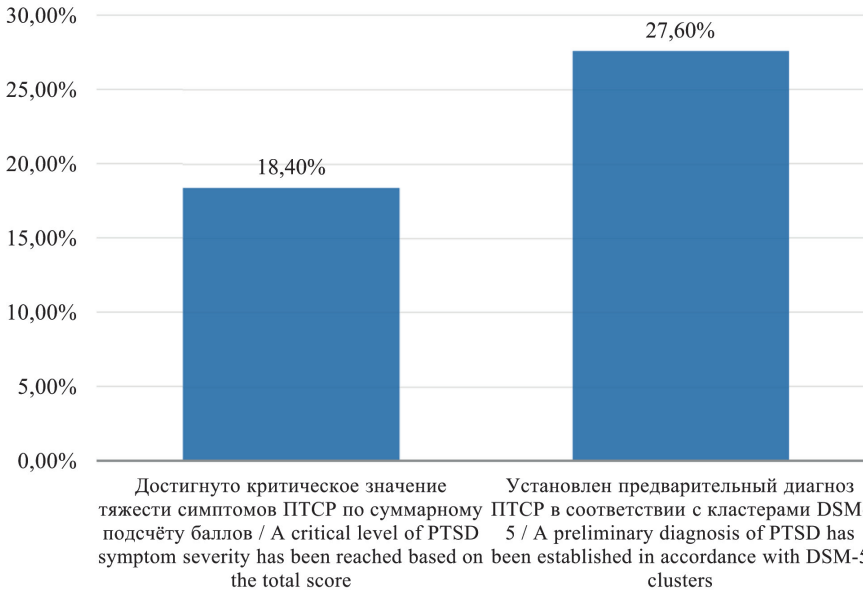


Рис. 3. Результаты скрининга симптомов ПТСР с применением методики PCL-5 (n = 102)
Fig. 3. Results of PTSD symptom screening using the PCL-5 (n = 102)

Оценка тяжести симптомов посттравматического стрессового расстройства проводилась с использованием опросника PCL-5 двумя взаимодополняющими способами: методом подсчета суммарного балла и методом верификации диагностического алгоритма DSM-5 (по кластерам B, C, D, E). По результатам обработки данных было выявлено расхождение между двумя методами оценки: 18,4% пациентов набрали суммарный балл ≥ 33 (порог тяжелого посттравматического стресса), тогда как 27,6% соответствовали диагностическим критериям ПТСР согласно алгоритму DSM-5 (рис. 3). Разница в 9,2% отражает наличие в выборке пациентов с легкой и умеренной степенью выраженности ПТСР: эти пациенты демонстрируют симптомы во всех четырех кластерах (B, C, D, E), что формально соответствует диагностическим критериям DSM-5, однако интенсивность их переживаний остается в пределах низких значений (суммарный балл 11—32), не достигая порога среднего и тяжелого посттравматического дистресса.

Анализ распределения уровня психологического дистресса в зависимости от семейного положения выявил статистически значимые раз-

личия (табл. 4). У не состоящих в браке участников достоверно чаще выявлялся высокий уровень дистресса (20,6%, n = 7) по сравнению с женатыми (4,4%, n = 3). Соответственно, доля участников с низким уровнем дистресса была значительно выше среди женатых (66,2%, n = 45) по сравнению с неженатыми (44,1%, n = 15).

Распределение уровня дистресса по возрастным группам не имело статистически значимых различий (табл. 4). Доля участников с высоким уровнем дистресса в молодом возрасте составила 8%, в среднем — 12,3% и в пожилом — 5%, что не достигло порога статистической значимости.

Анализ выраженности симптомов ПТСР не выявил статистически значимых различий ни по семейному положению, ни по возрасту (табл. 4). Подавляющее большинство участников во всех подгруппах имели легкую степень выраженности симптомов ПТСР (78,5—80%), что свидетельствует об отсутствии связи между демографическими характеристиками и тяжестью посттравматической симптоматики в данной выборке.

Таблица 4 / Table 4

Влияние возрастных показателей и семейного положения на уровень дистресса («Термометр дистресса») и выраженность симптомов ПТСР (PCL-5) у пациентов с акубаротравмой
The influence of age and marital status on the level of distress (Distress Thermometer) and the severity of PTSD symptoms (PCL-5) in patients with acobarotrauma

Параметр / Parameter	Характеристика / Characteristics	p-значимость* / p-value*
Уровень дистресса / Severity of distress	Семейное положение / Marital status	0,016
	Возраст (по ВОЗ) / Age (WHO)	0,17
Уровень выраженности симптомов ПТСР / Severity of PTSD	Семейное положение / Marital status	0,88
	Возраст (по ВОЗ) / Age (WHO)	0,95

Примечание: «*» — различия значимы на уровне $p < 0,05$ по χ^2-критерию.
Note: «*» — the differences are significant at the level of $p < 0,05$ according to the χ^2-criterion.

Обсуждение результатов

Полученные социально-демографические данные характеризуют выборку как гетерогенную группу военнослужащих с преобладанием лиц

среднего специального образования, состоящих в браке и имеющих различный статус трудовой занятости (табл. 2). Низкая доступность психологической помощи (60% участников не получали поддержки психолога в период нахождения в стационаре) говорит о необходимости внедрения системного психологического сопровождения в процесс реабилитации военнослужащих с сенсорными повреждениями (рис. 1).

Анализ результатов, по методике «Термометр дистресса», показал, что ведущими факторами стресса выступают не столько сами аудиологические нарушения, сколько их социальные и прогностические последствия. Так, наиболее значимым стрессором стали возможные трудности с работой (64%), что закономерно для военнослужащих, для которых потеря боеспособности напрямую коррелирует с утратой профессиональной идентичности, социального статуса и источника дохода (рис. 1). Высокий уровень финансовых трудностей (49%) и нарушение жизненных планов (42%) подтверждают глубокую дезадаптацию, вызванную внезапным изменением жизненного сценария (рис. 1).

Клинически значимым является высокий уровень страха возможных осложнений (49%) и настороженного отношения окружающих (43%) (рис. 1). При этом 37% пациентов испытывают трудности в получении медицинских консультаций, а 30% страдают от «информационного шума» и дефицита достоверных сведений о прогнозе заболевания (рис. 1). Данный факт свидетельствует о необходимости внедрения структурированных протоколов информирования пациентов для снижения тревоги и чувства неопределенности.

Несмотря на то, что абсолютное большинство респондентов (94%) отмечают наличие хронического болевого синдрома, лишь 5% охарактеризовали его как нестерпимый, а 95% пациентов оценивают боль как терпимую. Более того, 90% участников исследования способны отвлекаться от болевых ощущений. Высокая толерантность к боли и развитые механизмы когнитивного отвлечения от нее, вероятно, обусловлены спецификой военной подготовки, боевым опытом и психологической установкой на преодоление, что является характерной чертой военнослужащих. Тем не менее, хроническая боль выступает фоновым фактором, истощающим психологические ресурсы и усугубляющим общий уровень дистресса.

Анализ факторов, способствующих совладанию со стрессом, выявил четкую иерархию опорных ресурсов. Пациенты преимущественно опираются на неформальную социальную поддержку и внутренние психологические механизмы: эмоциональную поддержку семьи (73%) и друзей (72%), юмор (72%) и позитивный самонастрой (63%) (рис. 2). Вы-

сокая значимость молитвы (49%) отражает роль духовно-нравственных и традиционных копинг-стратегий в данной группе (рис. 2).

Вместе с тем обращает на себя внимание низкая доля обращений за профессиональной психологической помощью (18%) и знакомства с психологическими рекомендациями (31%) (рис. 1). Это свидетельствует о необходимости интеграции клинических психологов в лечебно-реабилитационный процесс. Опора исключительно на внутренние ресурсы и помощь близких при высоких показателях дистресса может приводить к эмоциональному выгоранию родственников и хронизации психопатологической симптоматики у самих пациентов.

При использовании опросника PCL-5 было выявлено расхождение между двумя методами оценки: 18,4% пациентов набрали суммарный балл ≥ 33 (порог тяжести посттравматического дистресса), тогда как 27,6%, согласно алгоритму DSM-5, соответствовали диагностическим критериям ПТСР (рис. 3). Данный феномен подчеркивает важность дифференцированного подхода к интерпретации результатов PCL-5: алгоритм DSM-5 обладает высокой чувствительностью к наличию посттравматической симптоматики любой степени тяжести, тогда как суммарный балл ≥ 33 указывает на клинически значимый уровень дистресса, требующий немедленного терапевтического вмешательства.

Отсутствие значимых различий по возрасту может указывать как на универсальность механизмов психологической адаптации независимо от возрастной категории, так на то, что факторы, связанные с нарушениями слуха, вызванными акубаротравмой, оказывают более сильное влияние, чем демографические переменные.

Статистически значимым фактором, влияющим на уровень психологического дистресса, оказалось семейное положение (табл. 4). Не состоящие в браке участники демонстрировали достоверно более высокий уровень дистресса, что согласуется с концепцией буферного эффекта социальной поддержки (Blais et al., 2021). Наличие стабильных семейных отношений выступает ключевым защитным фактором, смягчающим негативное воздействие боевого стресса и снижающим риск утяжеления посттравматической симптоматики.

Примечательно, что семейное положение влияло только на уровень дистресса, но не на выраженность симптомов ПТСР. Это может указывать на то, что социальная поддержка модулирует общее эмоциональное состояние, но не специфические посттравматические реакции, которые могут быть более связаны с характеристиками самой травмы и индивидуальными факторами уязвимости.

Отсутствие значимых различий по возрасту для обоих показателей (дистресс и ПТСР) свидетельствует о том, что возраст не является определяющим фактором психологической адаптации в данной выборке (табл. 4). Это может отражать как универсальность механизмов совладания со стрессом независимо от возраста, так и то, что факторы, связанные с выявленными нарушениями слуха, оказывают более сильное влияние, чем демографические переменные.

Высокая коморбидность акубаротравмы и ПТСР объясняется тем, что повреждение слухового анализатора в условиях боевых действий часто является следствием воздействия взрывной волны, что само по себе является тяжелым психотравмирующим событием. Совокупность полученных результатов говорит о необходимости пересмотра парадигмы реабилитации военнослужащих с акубаротравмой. Выявленный дефицит профессиональной психологической помощи (18% обращаемости) при высокой распространенности ПТСР (до 27,6%) и выраженных социальных страхах (64%) требует обязательного включения специалистов в сфере психического здоровья в мультидисциплинарную реабилитационную команду.

Заключение

1. Психологический дистресс у данной категории пациентов носит выраженный многокомпонентный характер, выходящий за рамки соматического дискомфорта. Ведущими стрессорами выступают не столько аудиологические нарушения, сколько их социальные последствия: страх потери трудоспособности (64%), финансовые трудности (49%), нарушение жизненных планов (42%) и страх возможных осложнений (49%).

2. Выявлена высокая коморбидность акубаротравмы и ПТСР. При использовании дифференцированных методов оценки опросника PCL-5 установлено, что 18,4% пациентов имеют средний и тяжелый посттравматический дистресс (суммарный балл ≥33), тогда как 27,6% соответствуют полным диагностическим критериям ПТСР по алгоритму DSM-5 (рис. 3). Разница в 9,2% отражает наличие подгруппы пациентов с легкой степенью выраженности ПТСР, требующих раннего психологического вмешательства.

3. Несмотря на высокую распространенность хронического болевого синдрома (94%), большинство пациентов (95%) оценивают боль как терпимую и демонстрируют развитые механизмы когнитивного отвлечения

(90%). Высокая болевая толерантность обусловлена спецификой военной подготовки и психологической установкой на преодоление, однако хроническая боль выступает фоновым фактором, истощающим психологические ресурсы.

4. Пациенты преимущественно опираются на неформальную социальную поддержку и внутренние психологические механизмы: эмоциональную поддержку семьи (73%) и друзей (72%), юмор (72%) и позитивный самонастрой (63%) (рис. 2). Значимую роль играют духовно-нравственные копинг-стратегии (молитва — 49%). При этом обращаемость за профессиональной психологической помощью остается критически низкой (18%).

5. Семейное положение является статистически значимым фактором, определяющим уровень психологического дистресса. Не состоящие в браке участники демонстрируют достоверно более высокий уровень дистресса, что согласуется с концепцией буферного эффекта социальной поддержки (Blais et al., 2021). При этом семейное положение влияет на общий уровень дистресса, но не на специфические симптомы ПТСР, что указывает на различную природу этих феноменов.

6. Возраст не является определяющим фактором уровня дистресса и выраженности симптомов ПТСР в данной выборке, что свидетельствует об универсальности механизмов психологической адаптации независимо от возрастной категории и о доминирующем влиянии факторов, связанных с характером травмы.

7. Выявлен системный пробел в оказании психологической поддержки: 60% участников не получали помощи психолога в период стационарного лечения. Низкая доступность профессиональной помощи (18% обращаемости) при высокой распространенности ПТСР (до 27,6%) и выраженных социальных страхах создает риск хронизации психопатологической симптоматики и эмоционального выгорания у родственников.

Перспективным направлением является разработка таргетных психообразовательных программ, направленных на снижение «информационного шума», коррекцию катастрофизации прогнозов заболевания, а также программ семейной терапии, с учетом высокой нагрузки на родственников, являющихся основным ресурсом совладания для данной категории пациентов.

Результаты данного исследования могут служить эмпирической базой для решения междисциплинарных проблем, выходящих за рамки сурдологии, военной и медицинской психологии.

Ограничения. К ограничениям исследования следует отнести отсутствие данных об условиях получения акубаротравмы (в тылу, во время боевых действий и др.), а также опыт предшествующей психологической травматизации, которые могут оказывать влияние на тяжесть симптомов ПТСР. Необходимо дальнейшее исследование, уточнение периода и типа травматического события, а также выявление эмоционально-личностных особенностей, оказывающих влияние на особенности проживания последствий психотравмирующего опыта.

Limitations. Study limitations include the lack of data regarding the circumstances under which acoustic barotrauma was sustained (e.g., in the rear, during combat operations) and information on prior psychological trauma, both of which may influence the severity of PTSD symptoms. Further research is needed to clarify the timing and nature of the traumatic event and to identify the emotional and personality characteristics that influence how the consequences of the traumatic experience are processed.

Список источников / References

1. Баширзаде, К.А., Наров, М.Ю. (2025). Нозологическая принадлежность и специфика клинической картины психических расстройств у участников специальной военной операции. *Медицина, 13*(3), 49—63. https://doi.org/10.29234/2308-9113-2025-13-3-49-63
   Bashirzade, K.A., Narov, M.Yu. (2025). Nozologicheskaya prinadlezhnost' i spetsifika klinicheskoi kartiny psikhicheskikh rasstroistv u uchastnikov spetsial'noi voennoi operatsii. Meditsina, *13*(3), 49—63. https://doi.org/10.29234/2308-9113-2025-13-3-49-63
2. Васильева, Л.С., Сливницына, Н.В., Шевченко, О.И., Герасимов, А.А. (2024). Клинико-психологические особенности сочетанной травмы участников военных действий. *Политравма, 2*, 55—61. https://doi.org/10.24412/1819-1495-2024-2-55-61
   Vasil'eva, L.S., Slivnitsyna, N.V., Shevchenko, O.I., Gerasimov, A.A. (2024). Kliniko-psikhologicheskie osobennosti sochetannoi travmy uchastnikov voennykh deistvii. Politravma, *2*, 55—61. https://doi.org/10.24412/1819-1495-2024-2-55-61
3. Сыроежкин, Ф.А., Юмакаев, Д.З., Голованов, А.Е., Устинов, С.Р., Кузнецов, М.С. (2024). Влияние акубаротравмы на состояние слуха в условиях современного вооруженного конфликта. *Российская оториноларингология*, *23*(2), 66—72. https://doi.org/10.18692/1810-4800-2024-2-66-72
   Syroezhkin, F.A., Yumakaev, D.Z., Golovanov, A.E., Ustinov, S.R., Kuznetsov, M.S. (2024). Vliyanie akubarotravmy na sostoyanie slukha v usloviyakh sovremennogo vooruzhennogo konflikta. Rossiiskaya otorinolaringologiya, *23*(2), 66—72. https://doi.org/10.18692/1810-4800-2024-2-66-72
4. Blais, R.K., Tirone, V., Orlowska, D., Lofgreen, A., Klassen, B. (2021). Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and

veterans: A meta-analysis. European. *Journal of Psychotraumatology, 12*(1), Article 1851078. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851078

5. Campbell, K.C., Helt, W.J. (2020). Hearing loss and tinnitus in military veterans: A review of the literature and recommendations for future research. *American Journal of Audiology, 29*(3), 345—356. https://doi.org/10.1044/2020_AJA-20-0003
6. Hoge, C.W., Auchterlonie, J.L., Milliken, C.S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA, 295*(9), 1023—1032. https://doi.org/10.1001/jama.295.9.1023
7. Holland, J.C., Bultz, B.D. (2007) The NCCN Distress Thermometer: A rapid screening measure for psychological distress. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 5*(8), 823—830. https://doi.org/10.6004/jnccn.2007.0064
8. Langguth, B., Kreuzer, P.M., Kleinjung, T., De Ridder, D. (2013). Tinnitus. *The Lancet, 382*(9904), 1600—1607. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60960-9
9. Swan, A.A., Nelson, J.T., Swigerd B., Jaramillo, C.A., Eapena, B.C., Packer, M., Pugh, M.J. (2017) Prevalence of hearing loss and tinnitus in Iraq and Afghanistan Veterans: A Chronic Effects of Neurotrauma Consortium study. *Hearing Research, 349*, 4—12. https://doi.org/10.1016/j.heares.2016.11.006
10. Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., Schnurr P.P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD, URL: https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr-ptsd-checklist.asp (accessed: 14.09.2026).

Информация об авторах

Алина Сергеевна Пирогова, медицинский психолог отделения аудиологии, слухопротезирования и слухоречевой реабилитации, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России (НМИЦО ФМБА России), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0002-2480-2828, e-mail: psylina.help@gmail.com

Алла Борисовна Холмогорова, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); ведущий научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5194-0199, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Антон Сергеевич Мачалов, доктор медицинских наук, доцент, заместитель директора по науке и образованию, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России (НМИЦО ФМБА России), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5706-7893, e-mail: anton-machalov@mail.ru

Николай Аркадьевич Дайхес, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России (НМИЦО ФМБА России), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5636-5082, e-mail: admin@otolar.ru

Сергей Валентинович Вылегжанин, заместитель председателя по медицинскому блоку, Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества», Москва, Российская Федерация, e-mail: pressa@fzo.gov.ru

Information about the authors

Alina S. Pirogova, Clinical psychologist of the Scientific and Clinical Department of Audiology, Hearing Prosthetics and Hearing and Speech Rehabilitation, National Medical Research Center of Otorhinolaryngology, FMBA of Russia Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0009-0002-2480-2828, e-mail: psylina.help@gmail.com

Alla B. Kholmogorova, Doctor of Psychology, Professor, Dean of the Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Leading Researcher of the Department of Acute Poisoning and Somatopsychiatric Disorders, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5194-0199, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Anton S. Machalov, Doctor of Sciences (Med.), Associate Professor, Deputy Director for Science and Education, Head of the Scientific and Clinical Department of Audiology, Hearing Prosthetics and Hearing and Speech Rehabilitation, National Medical Research Center of Otorhinolaryngology, FMBA of Russia, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5706-7893, e-mail: anton-machalov@mail.ru

Nikolai A. Daikhes, Doctor of Sciences (Med.), Professor, Associate Member of the Russian Academy of Sciences, Director, National Medical Research Center of Otorhinolaryngology, Federal Medical Biological Agency of Russia, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5636-5082, e-mail: admin@otolar.ru

Sergey V. Vylegzhanin, Deputy Chairman for the Medical Unit, State Fund for Support of Participants in the Special Military Operation “Defenders of the Fatherland”, Moscow, Russian Federation, e-mail: pressa@fzo.gov.ru

Вклад авторов

Пирогова А.С. — проведение исследования; написание и оформление рукописи, участие в интерпретации результатов.

Холмогорова А.Б. — разработка методического комплекса и дизайна исследования; редактирование текста и участие в интерпретации результатов.

Мачалов А.С. — участие в разработке дизайна исследования и интерпретации результатов.

Дайхес Н.А. — помощь в организации и проведении исследования.

Вылегжанин С.В. — помощь в организации и проведении исследования.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Alina S. Pirogova — study conduct; manuscript writing and design, participating in the interpretation of the results.

Alla B. Kholmogorova — development of the methodological framework and study design; editing the text and participating in the interpretation of the results.

Anton S. Machalov — participation in the development of study design and interpretation of results.

Nikolai A. Daikhes — assistance in organizing and conducting the study.

Sergey V. Vylegzhanin — assistance in organizing and conducting the study.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Авторы заявляют, что при проведении исследования соблюдены принципы, предусмотренные Этическим кодексом психолога Российского психологического общества (2012). Письменное информированное согласие на участие в исследовании с гарантиями конфиденциальности было предоставлено всеми респондентами.

Ethics statement

The authors declare that the study was conducted in accordance with the principles set forth in the Code of Ethics for Psychologists of the Russian Psychological Society (2012). All respondents provided written informed consent to participate in the study, with guarantees of confidentiality.

Поступила в редакцию 01.09.2026 — Received 2026.09.01
Поступила после рецензирования 18.09.2026 — Revised 2026.09.18
Принята к публикации 19.09.2026 — Accepted 2026.09.19
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30