

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ MEDICAL PSYCHOLOGY

Обзорная статья | Review paper

Переосмысление психотерапии моральной травмы: от синдромной к функциональной концептуализации в работе с военнослужащими и ветеранами

О.А. Сагалакова ✉, Д.В. Труевцев, О.В. Жирнова

Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация

✉ olgasagalakova@mail.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Моральная травма признается как феномен, отличающийся от ПТСР и требующий специальных психотерапевтических подходов, что ставит под вопрос эффективность синдромных моделей терапии травмы. Ограниченность стандартных, ориентированных на страх протоколов привела к появлению новых вмешательств, развитие которых еще не было рассмотрено в контексте смены научной парадигмы. **Цель.** Провести систематический анализ психологических вмешательств при моральной травме у военнослужащих, продемонстрировав переход от попыток устранить моральную боль к стратегиям построения осмысленной жизни и обосновав сдвиг от синдромной к функциональной модели психотерапии. **Методы.** Систематический аналитический обзор литературы в базах PubMed, PsycINFO, Scopus, Google Scholar и др. за 2010—2025 гг., включающий РКИ, метаанализы и теоретические работы. **Результаты.** Определены три волны развития терапевтических подходов: адаптация «золотых стандартов» терапии ПТСР (PE, CPT), показавшая их ограничения при моральной травме; разработка узкоспециализированных протоколов, направленных на ядро моральной травмы (вину, стыд); формирование функционально-контекстуальных и экзистенциальных подходов «третьей волны» (ACT, CFT, DBT и mindfulness-интервенции), смещающих фокус с редукции симптомов на повышение психологической гибкости, развитие самосострадания и восстановление связи с ценностями. Представлен сравнительный анализ их теоретических оснований, механизмов изменений и доказательной базы. **Выводы.** Наиболее перспективные подходы рассматривают моральную травму не как дефицит, а как экзистенциальный кризис, требующий интеграции, тем самым задавая рамку для перехода к функциональной, ценностно-ориентированной модели психотерапии.

Ключевые слова: моральная травма, ветераны, военнослужащие, ПТСР, психотерапия, систематический обзор, третья волна КПТ, терапия принятия и ответственности (АКТ), функциональный подход, культурно-историческая психология

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда в рамках научного проекта № 24-28-01847, <https://rscf.ru/project/24-28-01847/>

Для цитирования: Сагалакова, О.А., Труевцев, Д.В., Жирнова, О.В. (2026). Переосмысление психотерапии моральной травмы: от синдромной к функциональной концептуализации в работе с военнослужащими и ветеранами. *Современная зарубежная психология*, 15(2), 120—131. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2026150212>

Rethinking moral injury: the shift from a syndromal to a functional model of psychotherapy for military personnel and veterans

О.А. Sagalakova ✉, D.V. Truevtsev, O.V. Zhirnova

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation

✉ olgasagalakova@mail.ru

Abstract

Context and relevance. Moral injury is recognized as a phenomenon distinct from PTSD that requires specialized psychotherapeutic approaches, which calls into question the effectiveness of purely syndromal models of trauma

© Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В., 2026



treatment. The limitations of standard fear-focused protocols have led to the emergence of new interventions, yet their development has not been examined within a paradigm-shift perspective. **Objective.** To conduct a systematic analysis of psychological interventions for moral injury in military personnel, demonstrating the transition from attempts to eliminate moral pain to strategies for building a meaningful life and substantiating the shift from a syndromal to a functional model of psychotherapy. **Methods.** A systematic analytical review of the literature in PubMed, PsycINFO, Scopus, Google Scholar, and other databases for 2010—2025, including randomized controlled trials, meta-analyses, and theoretical papers. **Results.** Three waves of therapeutic approaches were identified: adaptation of PTSD gold-standard treatments (PE, CPT), which demonstrated important limitations when working with moral injury; development of highly specialized protocols targeting the core of moral injury (guilt, shame); and the emergence of functional-contextual and existential third-wave approaches (ACT, CFT, DBT, and mindfulness-based interventions) that shift the focus from symptom reduction to increasing psychological flexibility, cultivating self-compassion, and restoring a connection with personal values. A comparative analysis of their theoretical foundations, mechanisms of change, and evidence base is presented. **Conclusions.** The most promising approaches conceptualize moral injury not as a deficit to be removed but as an existential crisis requiring integration, thereby outlining a framework for the transition toward a functional, values-oriented model of psychotherapy.

Keywords: moral injury, veterans, military personnel, PTSD, psychotherapy, systematic review, third wave CBT, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), functional approach, cultural-historical psychology

Funding. The study was supported by the Russian Science Foundation, project number 24-28-01847, <https://rscf.ru/project/24-28-01847/>

For citation: Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V., Zhirnova, O.V. (2026). Rethinking moral injury: the shift from a syndromal to a functional model of psychotherapy for military personnel and veterans. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 15(2), 120—131. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/jmfp.2026150212>

Введение

Клинический и исследовательский интерес к последствиям боевого опыта все больше смещается от феноменов, основанных на страхе, к глубоким экзистенциальным страданиям, известным как моральная травма (МТ). Концепция, предложенная Б. Литцем и коллегами, определяет МТ как тяжелое дистрессовое состояние, возникающее вследствие совершения, неспособности предотвратить или наблюдения действий, нарушающих глубоко укоренившиеся моральные убеждения и ценности, а также вследствие предательства со стороны значимых фигур (Litz et al., 2009). Подобные потенциально морально травмирующие события (ПМТС) способны разрушить фундаментальные представления человека о себе, мире и других (Bonson et al., 2024; King et al., 2023).

Несмотря на тесную связь МТ и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), концептуальное разграничение этих феноменов положило начало современному изучению проблемы (Litz et al., 2009). Если ПТСР основано на страхе и реакции на угрозу жизни, то МТ центрирована вокруг вины, стыда, гнева и экзистенциального кризиса, возникающих из-за нарушения моральных норм; соответственно, травматический опыт кодируется на разных уровнях. Это концептуальное смещение задает терапевтическую рамку, в которой восстановление при МТ включает горевание, самопрощение, прощение других и повторное вовлечение в ценностно ориентированную жизнь, и становится отправной точкой для смены парадигмы — от попыток «стереть» страх к восстановлению утраченного смысла.

Вместе с тем область терапии МТ сталкивается с системными затруднениями — дефицитом строгой операционализации и риском размывания конструкта (Maguen et al., 2017), сложностью разработки шкал для надежной оценки динамики (Williamson, Stevelink, Greenberg, 2018; Levinstein et al., 2024), а главное — с недостаточностью стандартных травмоцентрированных протоколов для проработки центральных переживаний вины, стыда и ценностно-смысловых конфликтов. Это указывает на ограничения синдромной модели, ориентированной на редукцию симптомов, и обосновывает необходимость ее дополнения функциональной концептуализацией, анализирующей, как именно МТ влияет на поведение человека и его способность жить в соответствии со своими ценностями.

Целью настоящей статьи является систематический анализ и сравнение доказательной базы современных психологических вмешательств при МТ у военнослужащих и ветеранов с обоснованием перехода от синдромной к функциональной модели психотерапии. Для этого последовательно анализируются ограничения «золотых стандартов» терапии ПТСР, сопоставляются специализированные протоколы и подходы «третьей волны», обозначаются перспективы их интеграции, в том числе с отечественной культурно-исторической традицией.

Материалы и методы

Настоящая работа представляет собой систематический аналитический обзор научной литературы. Поиск источников осуществлялся в международных и

российских базах данных: PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science, Google Scholar, eLibrary. Использовались ключевые слова и их комбинации на русском и английском языках по трем осям: проблема (moral injury / моральная травма, PTSD / ПТСР, guilt / вина, shame / стыд, combat stress), подходы к вмешательству (Acceptance and Commitment Therapy, Compassion Focused Therapy и наименования других протоколов, см. таблицу) и популяция (veterans, military personnel, combatants).

В обзор включались рецензируемые статьи, систематические обзоры, метаанализы и рандомизированные контролируемые исследования 2010—2025 гг., с особым акцентом на работах последних пяти лет. Анализились публикации на английском и русском языках; не рассматривались диссертации, тезисы конференций и нерцензуемые материалы (за исключением основополагающих клинических руководств).

Результаты

Несмотря на то что МТ часто сопутствует ПТСР, эти феномены все более отчетливо признаются различающимися. Военнослужащие с ПТСР с большей вероятностью испытывают флешбэки, кошмары и усиленную реакцию испуга, тогда как при МТ выражены гнев, вина, стыд, депрессия и социальная изоляция (Williamson et al., 2023). Разные типы ПМТС (совершенство, бездействие, предательство) вызывают неодинаковые реакции (Litz et al., 2009), что делает стандартные методы вмешательства при ПТСР недостаточными для охвата всего спектра последствий МТ.

«Золотые стандарты» терапии ПТСР и их ограничения при моральной травме

Теоретическая база традиционных вмешательств при ПТСР — пролонгированной экспозиции (Prolonged Exposure, PE, Э. Фoa) и когнитивно-процессуальной терапии (Cognitive Processing Therapy, CPT, П. Резик) — формируется в рамках модели страха. Эти протоколы рассматриваются как методы первой линии в клинических рекомендациях по лечению ПТСР у ветеранов (Schnurr et al., 2022; Resick, Monson, Chard, 2017) и исходят из предположения, что расстройство поддерживается условной реакцией страха и дезадаптивными когнициями об опасности мира; их основной механизм — угасание страха через экспозицию и реструктуризацию когниций.

Наряду с PE и CPT в «золотой стандарт» терапии ПТСР включены когнитивная терапия, сфокусированная на травме (Trauma-Focused Cognitive Therapy, TF-CT; А. Элерс, Д. Кларк), и десенсибилизация и переработка движениями глаз (EMDR, Ф. Шапиро), рекомендованные ведущими клиническими руководствами — VA/DoD (Schnurr et al., 2024) и APA (American Psychological Association, 2025). Их эффективность при ПТСР у ветеранов подтверждена в РКИ; для работы с

МТ у военнослужащих и ветеранов разработаны методические руководства (Hurley, 2021). Однако специфическая эффективность TF-CT и EMDR именно при выраженной МТ пока остается недостаточно исследованной — существующие работы преимущественно описывают модификации протоколов и отдельные случаи; сравнительных РКИ на клинически значимых выборках с изолированной МТ не проведено.

Применение инструментов, созданных для работы со страхом, к моральному страданию ограничено (Litz et al., 2009). Ядро переживаний при МТ — не страх, а вина, стыд и экзистенциальный кризис, которые не угасают от повторения травматических сцен. Если при ПТСР доминирует переживание «мир опасен», то при МТ — «я плохой»; многократная экспозиция к событию, вызывающему стыд, без моральной переработки может приводить к ретравматизации. Приемлемость стандартных протоколов при сочетании ПТСР и МТ остается предметом обсуждения (Held et al., 2018), а при МТ убеждения о вине часто имеют реальную основу, что делает прямое оспаривание когниций неуместным (Gray, Nash, Litz, 2017). Х. Мюррей и А. Элерс (2021) предложили адаптацию когнитивной модели ПТСР для случаев, поддерживаемых моральными переживаниями.

Специализированные вмешательства, сфокусированные на ядре моральной травмы — вине, стыде и предательстве

В ответ на ограничения «золотых стандартов» разработано поколение узкоспециализированных протоколов. Их принципиальное отличие состоит в том, что они не пытаются вписать МТ в модель страха, а признают ее самостоятельную феноменологию и создают прицельные инструменты для работы с ее ядром — виной, стыдом, горем и опытом предательства.

Адаптивное раскрытие (Adaptive Disclosure, AD): интеграция горя, вины и страха

Протокол AD, разработанный Б. Литц и коллегами (Litz et al., 2009; Gray et al., 2012), представляет собой интегративную терапию, отходящую от чисто экспозиционных моделей и признающую боевой опыт как узел страха, горя и моральной боли. Центральный компонент — техника воображаемого диалога с милосердным моральным авторитетом, обеспечивающая мысленный опыт принятия, прощения и понимания, что напрямую адресует интернализированный стыд. Эффективность AD подтверждена в РКИ, показавшем преимущество перед поддерживающим консультированием (Walker, O'Donnell, Litz, 2024). В усовершенствованной версии (AD-Enhanced) интегрированы техники «третьей волны» (mindfulness, самосострадание); в РКИ при ПТСР с травматической утратой и МТ AD-E продемонстрировала преимущества перед терапией, ориентированной на настоящее, однако эффекты оказались умеренными и нестабильными во времени (Litz et al., 2024).

Терапия по снижению вины, связанной с травмой (Trauma-informed Guilt Reduction Therapy, TrIGR)

Если АД работает с комплексным опытом, TrIGR — высокоточный инструмент, нацеленный на иррациональную вину. Протокол разработан группой С. Норман; его краткосрочная структурированная форма обусловлена необходимостью оперативной профилактики сопутствующих МТ поведенческих рисков — зависимостей, межличностных нарушений (Norman et al., 2022). Терапия прицельно работает с «индексным событием» — действием или бездействием, служащим источником вины; ключевая техника — анализ «застывших точек» как искажений, поддерживающих вину (искажение ретроспективного взгляда, преувеличение контроля). Через сократический диалог и распределение ответственности терапевт помогает реалистично переоценить персональный вклад, отделяя адекватное сожаление от иррациональной вины; завершающий этап — работа с ценностями и самопрощением. РКИ на 145 ветеранах США показало превосходство TrIGR над поддерживающей терапией в снижении связанных с виной когнитивных ($d = 0,92$), симптомов ПТСР ($d = 0,81$) и депрессии ($d = 0,43$) (Norman et al., 2022).

Терапия «Последствия убийства» (The Impact of Killing, IOK)

IOK — узкоспециализированный краткосрочный подход группы С. Магуэн для работы с одним из самых тяжелых и табуированных аспектов боевого опыта — актом лишения жизни. Протокол применяется после первичной терапии ПТСР и нацелен на остаточные симптомы, связанные с актом причинения смерти: вину, стыд, духовный кризис, трудности самопрощения. IOK интегрирует КБТ с элементами экзистенциальной и межличностной психотерапии; включает этапы дестигматизации, когнитивной работы, содействия самопрощению и восстановления ценностно-ориентированного поведения. Исследования показали значимое снижение связанного с убийством дистресса (Maguen et al., 2017; Burkman et al., 2022).

Вмешательства, ориентированные на ценностно-смысловую и духовный кризис при моральной травме

Для многих ветеранов МТ проявляется как всеобъемлющий кризис смысла, духовности и связи с сообществом — экзистенциальный вакуум, остающийся даже после того, как иррациональная вина скорректирована. В ответ появилось новое поколение вмешательств, смещающих фокус с самого события на его последствия, а с редукации симптомов — на восстановление осмысленной жизни. Характерной их чертой является отход от индивидуальной терапии в пользу групповых и peer-led-форматов, что находит обоснование в исследованиях, демонстрирующих принципиальную роль социальной принадлежности в снижении суицидального риска (Levi-Belz et al., 2024).

Построение Духовной Силы (Building Spiritual Strength, BSS)

Протокол BSS (Дж. Харрис, капелланская служба VA) адресует духовное и экзистенциальное измерение МТ — утрату веры в справедливость, человечество или высшие силы. Это структурированное духовно-интегрированное вмешательство, реализуемое капелланами или психологами как дополнение к традиционной психотерапии. Программа выстроена не вокруг религиозных догм, а вокруг личных духовных ресурсов ветерана, что делает ее доступной вне зависимости от религиозной идентичности. Терапия включает работу с виной, стыдом и гневом через призму ценностей, исследование возможностей прощения и переосмысление опыта для его интеграции в новый жизненный нарратив. РКИ (Harris et al., 2018) показало, что BSS снижает симптомы ПТСР наравне с другими подходами, но значительно превосходит их в редукации духовного дистресса — чувства покинутости и наказания высшими силами, тесно связанного с суицидальным риском.

Восстановление и Перестройка (Restore and Rebuild, R&R)

Протокол R&R разработан группой В. Уильямсон как ответ на острый дефицит доказательной базы терапии МТ (Williamson, Stevelink, Greenberg, 2018); он обогащен техниками АСТ и CFT, включает освоение когнитивного разделения, упражнений самосострадания и самопрощения. Отличительная черта — peer-led-формат: группу ведет пара клинициста и обученного ветерана-равного, что снижает стигму и создает пространство взаимной валидации. Пилотное исследование осуществимости (Williamson et al., 2023) подтвердило приемлемость подхода (100% завершение, нулевой отсев), но отсутствие контрольной группы обязывает к осторожной интерпретации эффектов; в настоящее время реализуется полномасштабное многоцентровое РКИ (Williamson et al., 2024).

Функциональный подход как смена парадигмы: подходы «третьей волны»

Фундаментальный сдвиг в осмыслении терапии МТ связан с переходом к подходам «третьей волны» КБТ, общая философия которых состоит не в изменении содержания болезненных мыслей и эмоций, а в изменении отношения к ним и их функции в жизни человека. МТ переосмысливается не как набор симптомов, подлежащих устранению, а как результат патологической борьбы с моральной болью (Farnsworth et al., 2017); вместо борьбы с этой болью человека учат жить осмысленной жизнью вместе с ней (Walser et al., 2024).

Подходы, основанные на mindfulness (MBIs)

Практика осознанности образует самостоятельное семейство протоколов; согласно определению Дж. Кабат-Зинн, mindfulness — безоценочное внимание к настоящему моменту; его цель — развитие метакогнитивной осведомленности, способности наблюдать вну-

тренний опыт как преходящие события. Семейство MBIs включает MBSR и MMFT (Mindfulness-based Mind Fitness Training), работающие с руминациями и низкой толерантностью к дистрессу. Исследования MMFT показали, что программа превентивно повышает устойчивость к травматическим событиям у военнослужащих (Jensen et al., 2020). Специально адаптированный для МТ онлайн-протокол ММММ (Mindfulness to Manage Moral Injury), обучающий управлению вниманием и безоценочному принятию психологической боли, показал предварительную успешность в пилотном РКИ (Kelley et al., 2025).

Терапия принятия и ответственности (ACT-MI)

ACT (С. Хейс) предлагает наиболее концептуально разработанную функциональную модель работы с МТ; ее целью является развитие психологической гибкости (Hayes, Strosahl, Wilson, 2012); адаптацией для МТ (ACT-MI) занимается группа Р. Уолсер, Дж. Фарнсворт, У. Эванс (Walser et al., 2024). ACT рассматривает МТ функционально — как избегание боли, нарушающее жизнедеятельность, — и трансформирует ее из сигнала к избеганию в сигнал к ценностному действию (Borges et al., 2022). Шесть базовых процессов ACT развиваются применительно к МТ: проактивность — как искупительные действия, «Я-как-контекст» адресует разрушенную идентичность, прощение трактуется как действие (Farnsworth et al., 2017). Эффективность ACT подтверждена в метаанализах (Gloster et al., 2020); обзор зафиксировал перспективность ACT-MI у ветеранов (Donahue et al., 2024).

Терапия, сфокусированная на сострадании (CFT): работа со стыдом и самокритикой

CFT (П. Гилберт) опирается на трехсистемную модель эмоциональной регуляции (системы угрозы, драйва, успокоения). Поскольку прямая борьба с системой угрозы контрпродуктивна, CFT развивает способность активировать систему успокоения через культивирование сострадания к себе — практики сострадательного дыхания, образы безопасного места, работу с самокритичными убеждениями.

Систематический обзор (Brown, Ashcroft, 2025), охвативший 21 исследование (N = 450) за 2000—2024 гг., выявил стабильные улучшения самосострадания ($g = 0,23-4,14$), снижение самокритики ($g = 0,29-1,56$) и внешнего стыда ($g = 0,54-1,22$) в клинических группах. В

исследовании 127 военных ветеранов стыд оказался сильнейшим предиктором МТ ($\beta = 0,425, r = 0,765$); у ветеранов зафиксирована гиперактивация системы угрозы при гипеоактивации системы успокоения, что делает CFT теоретически оптимальным подходом (Morgan et al., 2025). Групповая терапия с элементами CFT значительно снижает деструктивные стыд-ориентированные копинг-стратегии у военнослужащих с МТ (Diekmann et al., 2023).

Диалектико-поведенческая терапия (DBT)

DBT (М. Линехан) важна для работы с тяжелыми поведенческими последствиями травмы; ее философия — диалектический баланс принятия и изменения, теоретическая основа — биосоциальная теория эмоциональной дисрегуляции. Как и другие подходы «третьей волны», DBT центрирована на функции поведения. Протокол DBT-PE (с продленной экспозицией, М. Харнед) разработан для работы непосредственно с травмой; его безопасность и эффективность при ПТСР у пациентов с высоким суицидальным риском подтверждены в пилотном нерандомизированном исследовании (Harned et al., 2021). Исследований эффекта DBT или DBT-PE на МТ как самостоятельный конструкт в военных популяциях пока не проведено.

Обсуждение результатов

Эволюция терапии МТ разворачивается как последовательный концептуальный сдвиг — от моделей, центрированных на страхе, к подходам, работающим с экзистенциальными, ценностными и функциональными аспектами страдания. Для систематизации этого сдвига в таблице сопоставлены теоретические основания, мишени и механизмы изменений со статусом доказательности, характеристиками ведущих исследований и размерами эффекта.

Обсуждение различий и механизмов

Анализ, представленный в таблице, позволяет выделить три поколения терапевтических подходов при МТ: модели, направленные на исправление когний и угасание реакций (PE, CPT, TrIGR); подходы, ориентированные на восстановление смысловых и социальных связей (RR, BSS); функционально-контекстуальные методы, обучающие изменению отношения к внутреннему опыту (ACT, CFT, DBT).

Таблица

Сводный анализ терапевтических подходов при МТ: теоретические основания, мишени, механизмы и доказательная база

Подход	Теоретическая основа и мишень	Механизм изменений	Статус доказательности, выборка и контроль	Размер эффекта	Вывод и источник
PE / CPT	Модель страха, рационализм, бихевиоризм. Мишень: дезадаптивные когнииции, условная реакция страха	Экспозиция (PE), когнитивная реструктуризация (CPT)	Для ПТСР — очень высокий (крупное РКИ). Для МТ — дискуссионно. PE vs CPT: N = 916 ветеранов	PE незначительно превосходит CPT по ПТСР (SMD 0,99 vs 0,71, $p = 0,01$), клинически различие не значимо. Оба эффективны при ПТСР	Эффективны для ПТСР, но ограничены в работе с ядром МТ; требуются РКИ для работы со стыдом и виной (Schnurr et al., 2022; Evans et al., 2021)

Подход	Теоретическая основа и мишень	Механизм изменений	Статус доказательности, выборка и контроль	Размер эффекта	Вывод и источник
AD / AD-E	Интегративная (экспозиция и диалог). Мишень: комплексный опыт — горе, вина, предательство	Экспозиция и воображаемый диалог с моральным авторитетом; в AD-E — интеграция mindfulness и самосострадания	Умеренный, развивающийся. РКИ AD-E vs PCT, N = 174 ветерана США с ПТСР и МТ	Краткосрочное превосходство AD-E над активным контролем (d = 0,39); эффекты не сохранились через 3—6 мес.	Эффективный интегративный подход для ПТСР с МТ; требует стабилизации эффектов (Litz et al., 2024; Walker, O'Donnell, Litz, 2024)
TrIGR	КБТ «второй волны». Мишень: иррациональная, дезадаптивная вина	Анализ «застраивших точек», распределение ответственности, работа с самопрощением	Очень высокий для вины, высокий для ПТСР. РКИ TrIGR vs SCT, N = 145 ветеранов США	Вина: d = 0,92 (post + FU); ПТСР: d = 0,81; депрессия: d = 0,43. Ответ на терапию ПТСР: 67% vs 40% в контроле	Эффективный узкоспециализированный инструмент для снижения вины (Norman et al., 2022)
ИОК	КБТ с элементами экзистенциального и межличностного подхода. Мишень: дистресс, связанный с актом убийства	Дестигматизация, когнитивная работа, самопрощение, восстановление ценностного поведения	Развивающийся. Пилотное РКИ + текущее РКИ. N = 33 ветерана США; контроль — лист ожидания	Умеренный (d ≈ 0,59) для ПТСР, связанного с убийством; ω ² = 0,20 для общих психиатрических симптомов	Эффективное специфическое вмешательство, доказательная база растет (Maguen et al., 2017; Burkman et al., 2022)
BSS	Гуманистическая, экзистенциальная, духовно-интегрированная. Мишень: духовный кризис, самоосуждение, разрыв с сообществом	Обретение смысла, групповая поддержка, духовное раскрытие, прощение	Развивающийся. РКИ, N = 138 ветеранов США с ПТСР+МТ; контроль: PCGT	Равный эффект по ПТСР (68—70% улучшение, d ≈ 1,0); превосходство в редукции духовного дистресса (F = 10,48; p = 0,001)	Перспективный духовно-интегрированный подход, реализуемый капелланами; снижает стигму (Harris et al., 2018)
R&R	«Третья волна» (элементы АСТ, CFT) и реет-led. Мишень: моральное страдание и социальная изоляция	Когнитивное разделение, самосострадание, самопрощение; реет-led группа (клиницист и ветеран-равный)	Развивающийся. Пилотное исследование осуществимости; многоцентровое РКИ в процессе. N = 20 ветеранов Великобритании	Большие эффекты на ПТСР (d ≈ 2,3), МТ-дистресс (−9,05 балла; p = 0,001), депрессию (d ≈ 2,3). Интерпретация осторожная — нет контроля	Перспективный протокол с превосходной приемлемостью (100% завершение); требует РКИ с контролем (Williamson et al., 2023, 2024)
MBIs (MMFT, MMMI)	«Третья волна», mindfulness. Мишень: руминации, низкая толерантность к дистрессу	Развитие метакогнитивной осведомленности, безоценочного принятия	MMFT: высокий для превенции МТ (РКИ, N = 203 морпеха). MMMI: развивающийся (пилотное РКИ, N = 56 ветеранов США)	MMFT: когнитивная производительность g = 0,87; снижение кортизола. MMMI: значимое превосходство над активным контролем (d = 0,66); большие снижения МТ, вины, негибкости	MMFT — превенция МТ; MMMI — высокая осуществимость, нужны масштабные РКИ (Jensen et al., 2020; Kelley et al., 2025)
АСТ-МИ	Функциональный контекстуализм. Мишень: психологическая ригидность, избегание моральной боли	Развитие психологической гибкости через принятие, разделение, ценности, проактивность	Очень ранняя стадия. 2 пилотных открытых исследования без контроля (N = 13 и N = 5 ветеранов США); РКИ в процессе	Очень большие эффекты на процессы АСТ — гибкость (g = 1,44), децентрацию (g = 1,39), ценностное поведение (g = 1,06—1,30)	Основано на функциональной модели МТ; требует проверки в РКИ с контролем (Walser et al., 2024)
CFT	Эволюционная психология, теория привязанности, нейронаука. Мишень: стыд и беспощадная самокритика	Активация системы успокоения через культивирование трех потоков сострадания	Развивающийся. Групповая терапия (элементы CFT) у немецких военных; N = 85 (45 — эксперимент, 40 — лист ожидания)	Средние эффекты: атака на себя (f = 0,27), уход (f = 0,32); близкий к высокому — атака на других (f = 0,36)	Значимая эффективность; снижает стыд-ориентированные копинги (Diekmann et al., 2023; Morgan et al., 2025; Brown, Ashcroft, 2025)
DBT (+PE)	Диалектическая философия, биосоциальная теория. Мишень: эмоциональная и поведенческая дисрегуляция	Обучение навыкам (стабилизация) и экспозиция травмы	Развивающийся для ПТСР. Пилотное нерандомизированное КИ, N = 35 пациентов клиники (16 DBT+PE vs 19 DBT)	DBT+PE (все, кто начал): g = 1,1; завершившие: g = 1,4; DBT: g = 0,5. Протокол безопасен у пациентов с суицидальным риском	Перспективный подход для тяжелых последствий травмы с коморбидной дисрегуляцией; на военных выборках с МТ не проверен (Harned et al., 2021)

Примечание: d (d Коэна), g (g Хеджеса) — стандартизированные показатели размера эффекта: ~0,2 — малый, ~0,5 — средний, ~0,8 — большой; ω² (Omega-squared) — ~0,01 — малый, ~0,06 — средний, ~0,14 — большой (предпочтителен для малых выборок); f (f Коэна) для сравнения нескольких групп в ANOVA: ~0,10 — малый, ~0,25 — средний, ~0,40 — большой.

Table

Comparative analysis of therapeutic approaches to moral injury: theoretical foundations, targets, mechanisms, and evidence base.

Approach	Theoretical basis and target	Mechanism of change	Evidence status, sample, and control	Effect size	Conclusion and source
PE / CPT	Fear model; rationalism, behaviorism. Target: maladaptive cognitions, conditioned fear response.	Exposure (PE), cognitive restructuring (CPT).	For PTSD — very high (large RCT). For MI — debatable. PE vs CPT: N = 916 veterans.	PE marginally outperforms CPT on PTSD (SMD 0.99 vs 0.71, $p = 0.01$); the difference is not clinically significant. Both effective for PTSD.	Effective for PTSD but limited in addressing the core of MI; RCTs targeting shame and guilt are needed (Schnurr et al., 2022; Evans et al., 2021).
AD / AD-E	Integrative (exposure and dialogue). Target: complex experience — grief, guilt, betrayal.	Exposure and imaginal dialogue with a moral authority; in AD-E — integration of mindfulness and self-compassion.	Moderate, emerging. RCT of AD-E vs PCT, N = 174 U.S. veterans with PTSD and MI.	Short-term superiority of AD-E over active control ($d = 0.39$); effects not maintained at 3—6 months.	Effective integrative approach for PTSD with MI; requires stabilization of effects (Litz et al., 2024; Walker, O'Donnell, Litz, 2024).
TrIGR	Second-wave CBT. Target: irrational, maladaptive guilt.	Analysis of “stuck points,” responsibility attribution, work on self-forgiveness.	Very high for guilt, high for PTSD. RCT of TrIGR vs SCT, N = 145 U.S. veterans.	Guilt: $d = 0.92$ (post + FU); PTSD: $d = 0.81$; depression: $d = 0.43$. PTSD treatment response: 67% vs 40% in control.	Effective highly specialized tool for reducing guilt (Norman et al., 2022).
IOK	CBT with existential and interpersonal elements. Target: distress related to the act of killing.	Destigmatization, cognitive work, self-forgiveness, restoration of values-based behavior.	Emerging. Pilot RCT + ongoing RCT. N = 33 U.S. veterans; control — waitlist.	Moderate ($d \approx 0.59$) for killing-related PTSD; $\omega^2 = 0.20$ for general psychiatric symptoms.	Effective specific intervention; evidence base is growing (Maguen et al., 2017; Burkman et al., 2022).
BSS	Humanistic, existential, spiritually integrated. Target: spiritual crisis, self-condemnation, disconnection from community.	Meaning-making, group support, spiritual disclosure, forgiveness.	Emerging. RCT, N = 138 U.S. veterans with PTSD + MI; control: PCGT.	Equal effect on PTSD (68—70% improvement, $d \approx 1.0$); superiority in reducing spiritual distress ($F = 10.48$; $p = 0.001$).	Promising spiritually integrated approach delivered by chaplains; reduces stigma (Harris et al., 2018).
R&R	Third wave (elements of ACT, CFT) and peer-led. Target: moral suffering and social isolation.	Cognitive defusion, self-compassion, self-forgiveness; peer-led group (clinician and veteran peer).	Emerging. Pilot feasibility study; multisite RCT in progress. N = 20 UK veterans.	Large effects on PTSD ($d \approx 2.3$), MI distress (−9.05 points; $p = 0.001$), depression ($d \approx 2.3$). Cautious interpretation — no control.	Promising protocol with excellent acceptability (100% completion); requires a controlled RCT (Williamson et al., 2023, 2024).
MBIs (MMFT, MMMI)	Third wave, mindfulness. Target: rumination, low distress tolerance.	Development of meta-cognitive awareness and nonjudgmental acceptance.	MMFT: high for MI prevention (RCT, N = 203 Marines). MMMI: emerging (pilot RCT, N = 56 U.S. veterans).	MMFT: cognitive performance $g = 0.87$; reduction in cortisol. MMMI: significant superiority over active control ($d = 0.66$); large reductions in MI, guilt, inflexibility.	MMFT — MI prevention; MMMI — high feasibility, large-scale RCTs needed (Jensen et al., 2020; Kelley et al., 2025).
ACT-MI	Functional contextualism. Target: psychological rigidity, avoidance of moral pain.	Development of psychological flexibility through acceptance, defusion, values, committed action.	Very early stage. 2 uncontrolled open pilot studies (N = 13 and N = 5 U.S. veterans); RCT in progress.	Very large effects on ACT processes — flexibility ($g = 1.44$), decentering ($g = 1.39$), values-based behavior ($g = 1.06$ —1.30).	Grounded in a functional model of MI; requires testing in a controlled RCT (Walser et al., 2024).
CFT	Evolutionary psychology, attachment theory, neuroscience. Target: shame and relentless self-criticism.	Activation of the soothing system through cultivation of the three flows of compassion.	Emerging. Group therapy (CFT elements) in German service members; N = 85 (45 — experimental, 40 — waitlist).	Medium effects: self-attack ($f = 0.27$), withdrawal ($f = 0.32$); near-large — attack-other ($f = 0.36$).	Significant efficacy; reduces shame-oriented coping (Diekmann et al., 2023; Morgan et al., 2025; Brown, Ashcroft, 2025).
DBT (+PE)	Dialectical philosophy, biosocial theory. Target: emotional and behavioral dysregulation.	Skills training (stabilization) and trauma exposure.	Emerging for PTSD. Pilot nonrandomized trial, N = 35 clinic patients (16 DBT+PE vs 19 DBT).	DBT+PE (all who started): $g = 1.1$; completers: $g = 1.4$; DBT: $g = 0.5$. Protocol is safe in patients at suicidal risk.	Promising approach for severe trauma sequelae with comorbid dysregulation; not yet tested in military MI samples (Harned et al., 2021).

Note. d (Cohen's d), g (Hedges's g) — standardized effect-size measures: ~ 0.2 — small, ~ 0.5 — medium, ~ 0.8 — large; ω^2 (omega-squared) — ~ 0.01 — small, ~ 0.06 — medium, ~ 0.14 — large (preferred for small samples); f (Cohen's f) for comparing several groups in ANOVA: ~ 0.10 — small, ~ 0.25 — medium, ~ 0.40 — large.

Исторически прослеживается последовательное движение от стратегий привыкания и когнитивной переработки дисфункциональных убеждений (РЕ, СРТ) — через целенаправленную работу с комплексным опытом потерь и моральными эмоциями вины и стыда (AD, IOK) — к процессам когнитивного разделения, развитию самосострадания, диалектическому балансу и активации ценностного поведения (ACT, CFT, DBT).

Вслед за сменой мишеней трансформируется и роль терапевта — от экспертно-технической позиции, предполагающей проведение структурированных процедур по протоколу, к роли морального свидетеля и соучастника экзистенциального переосмысления. Наиболее принципиален фундаментальный сдвиг в отношении к самому переживанию МТ — от трактовки вины, стыда и нравственного отчаяния как симптомов, подлежащих устранению, к пониманию их как важнейших сигналов ценностной системы личности, требующих не редукции, а интеграции в обновленный образ себя.

Связь МТ с поведенческими рисками — суицидом, зависимостями, импульсивной агрессией — нередко остается ведущей клинической мишенью даже при редукции симптомов ПТСР, что указывает на продуктивность диалога между синдромным и функциональным подходами. В нелинейной динамической модели антивиталяного и суицидального поведения (Сагалакова, Труевцев, Сагалаков, 2016) показана роль социальных эмоций и моральных переживаний. Диссоциация и повторяющееся негативное мышление выступают опосредующими звеньями нелинейного перехода от травматического опыта к суициду, в том числе в контексте «эффекта Аякса» при боевом стрессе. Это требует интеграции работы со стыдом, виной и ценностями с мониторингом диссоциации, руминативных процессов и поведенческих рисков на всех этапах терапии МТ (Сагалакова, Труевцев, Жирнова, 2025a; 2025b).

Перспективы интеграции с культурно-историческим подходом

Переход к функциональным моделям «третьей волны» открывает органичные перспективы для интеграции с культурно-исторической психологией (КИП) Л.С. Выготского. Обе традиции разделяют немеханистический, диалектический взгляд на психику — развитие понимается не как линейное накопление, а как преодоление кризиса через качественную перестройку системы. МТ в этом контексте — не дефицит, подлежащий устранению, а острый экзистенциальный кризис, который, по Выготскому, является необходимым моментом развития.

Центральное понятие АСТ — психологическая гибкость — созвучно представлению о зрелой личности в КИП, способной сознательно перестраивать смысловые системы в ответ на кризисы. Метакогнитивные техники «третьей волны» реализуют принцип опосредствования: когнитивное разделение («у меня есть мысль, что я плохой» вместо «я плохой») — акт введения знака-посредни-

ка, создающий дистанцию между человеком и его опытом. Процесс терапии разворачивается по логике интериоризации и перекликается с психотерапией переживания, разработанной Ф.Е. Василюком. Эта рамка созвучна категории поступка, по М.М. Бахтину, и понятию личностного смысла, по А.Н. Леонтьеву, — психотерапия МТ выступает не как устранение симптома, а как работа по восстановлению смыслового отношения субъекта к пережитому. Синтез КБТ «третьей волны» и КИП уже становится предметом исследований (Холмогорова, Зарецкий, 2011) и может служить фундаментом культурно-сенситивных отечественных моделей помощи при МТ.

Заключение

Проведенный анализ выявляет смену парадигмы в психотерапии МТ, реализующуюся через три концептуальные волны — от попыток прямого применения «золотых стандартов» ПТСР через создание узкоспециализированных протоколов для ядра МТ (вины, стыда) к функционально-контекстуальным подходам, знаменующим переход от трактовки морального страдания как патологии к его экзистенциальному осмыслению.

Институциональная логика развития психотерапии в зарубежной клинической практике способствует оформлению новых доказательных моделей в формате синдромного «золотого стандарта». Функционально-контекстуальные подходы могут в будущем быть частично ассимилированы в рамки «стандарта терапии МТ». Значимость функциональной парадигмы состоит не в противопоставлении синдромной модели, а в расширении концептуальной рамки, позволяющей учитывать ценностно-смысловое и экзистенциальное измерение МТ вне зависимости от текущей диагностической конфигурации.

Перспективным вектором развития представляется дополнение синдромной логики функциональной концептуализацией, смещающей акцент с редукции симптомов на восстановление осмысленной, ценностно-ориентированной жизни. Разработка интегративных персонализированных моделей, сочетающих доказательные практики «третьей волны» с теоретической базой КИП, является приоритетным направлением дальнейшего развития психологической помощи при МТ.

Ограничения. Настоящий обзор имеет ряд ограничений: доказательная база большинства вмешательств при МТ остается предварительной — преобладают пилотные исследования на малых выборках при дефиците сравнительных РКИ; выборки культурно и гендерно однородны (преимущественно мужчины-ветераны западных армий), что ограничивает обобщаемость и указывает на необходимость кросс-культурной адаптации протоколов.

Limitations. The evidence base for moral injury interventions remains nascent, with most studies being small-sample pilot trials and comparative RCTs largely absent; samples are predominantly male veterans of Western militaries, limiting generalizability.

Список источников / References

1. Сагалакова, О.А., Труевцев, Д.В., Сагалаков, А.М. (2016). *Нарушение когнитивной регуляции социальной тревоги при антивитальном поведении*. Томск: Томский государственный университет.
Sagalakova, O.A., Truetsev, D.V., Sagalakov, A.M. (2016). *Impaired cognitive regulation of social anxiety in antivital behavior*. Tomsk: Tomsk State University. (In Russ.).
2. Сагалакова, О.А., Труевцев, Д.В., Жирнова, О.В. (2025а). «Эффект Аякса»: роль диссоциации, связанной с моральной травмой, в формировании суицидального поведения при боевом стрессе. *Психология и право*, 15(4), 275—297. <https://doi.org/10.17759/psylaw.2025150415>
Sagalakova, O.A., Truetsev, D.V., Zhirnova, O.V. (2025a). “The Ajax Effect”: The role of moral injury-related dissociation in the formation of suicidal behavior under combat stress. *Psychology and Law*, 15(4), 275—297. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/psylaw.2025150415>
3. Сагалакова, О.А., Труевцев, Д.В., Жирнова, О.В. (2025б). Психологическая роль диссоциации и негативного повторяющегося мышления в динамике суицидального поведения при посттравматическом стрессовом расстройстве. *Неврологический вестник*, 57(2), 180—193. <https://doi.org/10.17816/nb642098>
Sagalakova, O.A., Truetsev, D.V., Zhirnova, O.V. (2025b). The psychological role of dissociation and repetitive negative thinking in the development of suicidal behavior in posttraumatic stress disorder. *Neurology Bulletin*, 57(2), 180—193. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/nb642098>
4. Холмогорова, А.Б., Зарецкий, В.К. (2011). Может ли культурно-историческая концепция Л.С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? *Культурно-историческая психология*, 7(1), 108—118. URL: https://psyjournals.ru/journals/chp/archive/2011_n1/39686 (дата обращения: 03.06.2026).
Kholmogorova, A.B., Zaretsky, V.K. (2011). Can Vygotsky’s cultural-historical concept help us to better understand what we do as therapists? *Cultural-Historical Psychology*, 7(1), 108—118. (In Russ.). URL: https://psyjournals.ru/journals/chp/archive/2011_n1/39686 (viewed: 03.06.2026).
5. American Psychological Association. (2025). *APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults: Guideline Update Panel for the Treatment of PTSD in Adults Approved by APA Council of Representatives, February 2025*. Washington: American Psychological Association. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline> (viewed: 03.06.2026).
6. Bonson, A., Murphy, D., Aldridge, V., Greenberg, N., Williamson, V. (2024). Veterans’ experiences of moral injury, treatment and recommendations for future support. *BMJ Military Health*, 170(e2), e104—e109. <https://doi.org/10.1136/military-2022-002332>
7. Borges, L.M., Barnes, S.M., Farnsworth, J.K., Drescher, K.D., Walser, R.D. (2022). Case conceptualizing in acceptance and commitment therapy for moral injury: An active and ongoing approach to understanding and intervening on moral injury. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 910414. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.910414>
8. Brown, N., Ashcroft, K. (2025). The effectiveness of compassion focused therapy for the three flows of compassion, self-criticism, and shame in clinical populations: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 15(8), Article 1031. <https://doi.org/10.3390/bs15081031>
9. Burkman, K., Gloria, R., Mehlman, H., Maguen, S. (2022). Treatment for moral injury: Impact of killing in war. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 9, 101—114. <https://doi.org/10.1007/s40501-022-00262-6>
10. Diekmann, C., Issels, L., Alliger-Horn, C., Rau, H., Fischer, K., Thiel, M., Willmund, G.D., Zimmermann, P. (2023). Traumatized German soldiers with moral injury — value-based cognitive-behavioral group therapy to treat war-related shame. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1173466. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1173466>
11. Donahue, M.L., Fruge, J.E., Andresen, F.J., Twohig, M.P. (2024). Acceptance and commitment therapy (ACT) among U.S. veterans: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, Article 100731. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100731>
12. Evans, W.R., Russell, L.H., Hall-Clark, B.N., Fina, B.A., Brown, L.A., Foa, E.B., Peterson, A.L. (2021). Moral injury and moral healing in prolonged exposure for combat-related PTSD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(2), 210—223. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.12.006>
13. Farnsworth, J.K., Drescher, K.D., Evans, W., Walser, R.D. (2017). A functional approach to understanding and treating military-related moral injury. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 391—397. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.003>
14. Gloster, A.T., Walder, N., Levin, M.E., Twohig, M.P., Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181—192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
15. Gray, M.J., Nash, W.P., Litz, B.T. (2017). When self-blame is rational and appropriate: The limited utility of Socratic questioning in the context of moral injury: Commentary on Wachen et al. (2016). *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(4), 383—387. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.03.001>

16. Gray, M.J., Schorr, Y., Nash, W., Lebowitz, L., Amidon, A., Lansing, A., Maglione, M., Lang, A.J., Litz, B.T. (2012). Adaptive disclosure: An open trial of a novel exposure-based intervention for service members with combat-related psychological stress injuries. *Behavior Therapy*, 43(2), 407—415. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.09.001>
17. Harned, M.S., Schmidt, S.C., Korslund, K.E., Gallop, R.J. (2021). Does adding the dialectical behavior therapy prolonged exposure (DBT PE) protocol for PTSD to DBT improve outcomes in public mental health settings? A pilot nonrandomized effectiveness trial with benchmarking. *Behavior Therapy*, 52(3), 639—655. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.003>
18. Harris, J.I., Usset, T., Voecks, C., Thuras, P., Currier, J., Erbes, C. (2018). Spiritually integrated care for PTSD: A randomized controlled trial of «Building Spiritual Strength». *Psychiatry Research*, 267, 420—428. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.045>
19. Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
20. Held, P., Klassen, B.J., Brennan, M.B., Zalta, A.K. (2018). Using prolonged exposure and cognitive processing therapy to treat veterans with moral injury-based PTSD: Two case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(3), 377—390. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.09.003>
21. Hurley, E.C. (2021). *A clinician's guide for treating active military and veteran populations with EMDR therapy*. New York: Springer Publishing Company.
22. Jensen, A.E., Bernards, J.R., Jameson, J.T., Johnson, D.C., Kelly, K.R. (2020). The benefit of mental skills training on performance and stress response in military personnel. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 2964. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02964>
23. Kelley, M.L., Bravo, A.J., Burgin, E.E., Gaylord, S.A., Vinci, C., Strowger, M., Gabelmann, J.M., Currier, J.M. (2025). Using mindfulness to manage moral injury in veterans: Feasibility and satisfaction of a pilot randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 81(6), 425—433. <https://doi.org/10.1002/jclp.23778>
24. King, H.A., Perry, K.R., Ferguson, S., Hicken, B.L., Jackson, G.L., Lynch, C., Woolson, S.L., Wortmann, J.H., Nieuwsma, J.A., Parry, K.J. (2023). Identifying potentially morally injurious events from the Veteran perspective: A qualitative descriptive study. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 9(2), 27—39. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2022-0049>
25. Levi-Belz, Y., Blank, C., Groweiss, Y., Neria, Y. (2024). The impact of PTSD symptoms on suicide ideation in time of terror and war: A nationwide prospective study on the moderating role of loneliness. *Psychiatry Research*, 338, Article 115996. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115996>
26. Levinstein, Y., Zerach, G., Levi-Belz, Y., Bonanno, G.A. (2024). Trajectories of moral injury and their associations with posttraumatic stress symptoms among recently discharged Israeli veterans. *Journal of Psychiatric Research*, 177, 321—329. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.07.025>
27. Litz, B.T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W.P., Silva, C., Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695—706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
28. Litz, B.T., Yeterian, J., Berke, D., Lang, A.J., Gray, M.J., Nienow, T., Frankfurt, S., Harris, J.I., Maguen, S., Rusowicz-Orazem, L. (2024). A controlled trial of adaptive disclosure—enhanced to improve functioning and treat posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92(3), 150—164. <https://doi.org/10.1037/ccp0000873>
29. Maguen, S., Burkman, K., Madden, E., Dinh, J., Bosch, J., Keyser, J., Schmitz, M., Neylan, T.C. (2017). Impact of killing in war: A randomized, controlled pilot trial. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 997—1012. <https://doi.org/10.1002/jclp.22471>
30. Morgan, L., Beattie, D., Irons, C., Ononaiye, M. (2025). The role of compassion in moral injury among military veterans: Implications for treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 17(4), 805—812. <https://doi.org/10.1037/tra0001646>
31. Murray, H., Ehlers, A. (2021). Cognitive therapy for moral injury in post-traumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapist*, 14, Article e8. <https://doi.org/10.1017/S1754470X21000040>
32. Norman, S.B., Capone, C., Panza, K.E., Haller, M., Davis, B.C., Schnurr, P.P., Shea, M.T., Browne, K., Norman, G.J., Lang, A.J., Kline, A.C., Golshan, S., Allard, C.B., Angkaw, A. (2022). A clinical trial comparing trauma-informed guilt reduction therapy (TriGR), a brief intervention for trauma-related guilt, to supportive care therapy. *Depression and Anxiety*, 39(4), 262—273. <https://doi.org/10.1002/da.23244>
33. Resick, P.A., Monson, C.M., Chard, K.M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. New York: The Guilford Press.
34. Schnurr, P.P., Chard, K.M., Ruzek, J.I., Chow, B.K., Resick, P.A., Foa, E.B., Marx, B.P., Friedman, M.J., Bovin, M.J., Caudle, K.L., Castillo, D., Curry, K.T., Hollifield, M., Huang, G.D., Chee, C.L., Astin, M.C., Dickstein, B., Renner, K., Clancy, C.P., ... Shih, M.C. (2022). Comparison of prolonged exposure vs cognitive processing therapy for

- treatment of posttraumatic stress disorder among US veterans: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 5(1), Article e2136921. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.36921>
35. Schnurr, P.P., Hamblen, J.L., Wolf, J., Collier, R., Collie, C., Fuller, M.A., Holtzheimer, P.E., Kelly, U., Lang, A.J., McGraw, K., Morganstein, J.C., Norman, S.B., Papke, K., Petrakis, I., Riggs, D., Sall, J.A., Shiner, B., Wiechers, I., Kelber, M.S. (2024). The management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 177(3), 363—374. <https://doi.org/10.7326/M23-2757>
36. Walker, H.E., O'Donnell, K.P., Litz, B.T. (2024). Past, present, and future of cognitive behavioral-based psychotherapies for moral injury. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 11, 288—299. <https://doi.org/10.1007/s40501-024-00330-z>
37. Walser, R.D., Evans, W.R., Farnsworth, J.K., Drescher, K.D. (2024). Initial steps in developing acceptance and commitment therapy for moral injury among combat veterans: Two pilot studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, Article 100733. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100733>
38. Williamson, V., Murphy, D., Bonson, A., Aldridge, V., Serfioti, D., Greenberg, N. (2023). Restore and Rebuild (R&R) — a feasibility pilot study of a co-designed intervention for moral injury-related mental health difficulties. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), Article 2256204. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2256204>
39. Williamson, V., Murphy, D., Bonson, A., Biscoe, N., Leightley, D., Aldridge, V., Greenberg, N. (2024). Restore and Rebuild (R&R): A protocol for a phase 2, randomised control trial to compare R&R as a treatment for moral injury-related mental health difficulties in UK military veterans to treatment as usual. *BMJ Open*, 14(5), Article e082562. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-082562>
40. Williamson, V., Stevelink, S.A.M., Greenberg, N. (2018). Occupational moral injury and mental health: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 212(6), 339—346. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.55>

Информация об авторах

Ольга Анатольевна Сагалакова, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории экспериментальной патопсихологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9975-1952>, e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Дмитрий Владимирович Труевцев, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории экспериментальной патопсихологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4246-2759>, e-mail: truevtsev@gmail.com

Ольга Владимировна Жирнова, младший научный сотрудник лаборатории экспериментальной патопсихологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Барнаул, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6680-8286>, e-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru

Information about the authors

Olga A. Sagalakova, Candidate of Science (Psychology), Associate Professor, Senior Researcher, Laboratory of Experimental Pathopsychology, Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9975-1952>, e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Dmitry V. Truettsev, Candidate of Science (Psychology) Associate Professor, Senior Researcher, Laboratory of Experimental Pathopsychology, Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4246-2759>, e-mail: truevtsev@gmail.com

Olga V. Zhirnova, Junior Researcher, Laboratory of Experimental Pathopsychology, Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6680-8286>, e-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru

Вклад авторов

Сагалакова О.А. — идея и концептуализация исследования; планирование исследования; методология; анализ литературы; аннотирование; написание рукописи; верификация данных; редактирование и подготовка финальной версии; финальная вычитка; руководство исследованием.

Труевцев Д.В. — идея и концептуализация исследования; планирование исследования; методология; анализ литературы; аннотирование; написание рукописи; верификация данных; редактирование и подготовка финальной версии; руководство исследованием.

Жирнова О.В. — поиск и отбор источников; курирование данных; написание отдельных разделов; оформление списка источников; корректура.

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

Contribution of the authors

Olga A. Sagalakova — conceptualization (ideas and research design); planning of the research; methodology; formal analysis; annotation; writing — original draft; validation; writing — review & editing; supervision.

Dmitry V. Truevtsev — conceptualization (ideas and research design); planning of the research; methodology; formal analysis; annotation; writing — original draft; validation; writing — review & editing; supervision.

Olga V. Zhirnova — investigation; data curation; writing — original draft (selected sections); writing — review.

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

Исследование рассмотрено и одобрено Этическим комитетом ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (МГППУ) на заседании этической комиссии учёного совета факультета «Экстремальная психология» (протокол № 15-21/13-ЭК 1 от 21.04.2026).

Ethics statement

The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE) at a meeting of the ethics commission of the Academic Council of the Faculty of Extreme Psychology (protocol No. 15-21/13-EC 1 of 21.04.2026).

Поступила в редакцию 01.11.2025

Поступила после рецензирования 20.04.2026

Принята к публикации 02.06.2026

Опубликована 30.06.2026

Received 2025.11.01.

Revised 2026.04.20

Accepted 2026.06.02

Published 2026.06.30