

## ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89 + 159.923

Титиевский С.В.<sup>1</sup>, Воеводина В.С.<sup>2</sup>, Гостюк И.М.<sup>2</sup>, Черепков В.Н.<sup>1</sup>, Побережная Н.В.<sup>1</sup>

### ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗИЛЕНТНОСТЬ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР, Российская Федерация

<sup>2</sup>Республиканская клиническая психоневрологическая больница–медико-психологический центр МЗ ДНР, Донецк, ДНР, Российская Федерация

В настоящее время внимание психиатров стал привлекать тот факт, что у большинства людей, переживших стихийные бедствия или другие травмирующие события, не развивается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) либо другое продолжительное психическое расстройство, хотя у них могут в течение определенного периода возникать «временные волнения на поверхности эмоциональной жизни» и субклинические симптомы [1].

В связи с природными катастрофами, войнами, политическими конфликтами повышается интерес к резилентности человека, определение которой менялось по мере того, как формировалось понятие о развивающихся системах [2]. В настоящее время резилентность в широком смысле определяется как способность системы благополучно адаптироваться к факторам, угрожающим её жизнеспособности, функционированию и развитию [3]. Это определение применимо к самым разным системам, включая обособленного индивида или целую семью, предприятие, сообщество, экономику или экосистему, что представляется особенно важным в рамках интеграции концепций и знаний о резилентности человека, полученных разными дисциплинами на разных уровнях [2].

В психиатрии и психологии резилентность определяется как положительная адаптация человека к жизненным задачам в стрессовых и неблагоприятных социальных ситуациях либо как позитивный рост, влияющий на скорость восстановления после каких-либо нарушений [4, 5, 6]. Указанная концепция описывает дина-

мическую способность к копингу в отношении факторов риска (например, стрессовых жизненных событий, таких как болезнь, потеря социальной поддержки, финансовые трудности) [7]. На психологическую резилентность может влиять взаимодействие внутренних факторов (например, когнитивных способностей, личности, физического здоровья) и внешних ресурсов (например, социального статуса, финансовой стабильности) [8]. Их можно использовать – наряду с биологическими, психологическими, социальными и экологическими защитными и стимулирующими факторами – для перевода человека с пути невзгод и разрушений к адаптации, выздоровлению, благополучию и даже росту [9].

Обнаружена обратная корреляция между резилентностью и тяжестью психических расстройств, например, тревожных расстройств [10], депрессии [11] и ПТСР [12]. Лица с более высоким уровнем тяжести симптомов более склонны к демонстрации более низкого уровня резилентности [13].

Некоторые исследования показали, что показатель наследуемости резилентности колеблется в пределах от 33% до 52% [1].

Как следует из указанного выше, резилентность индивида определяется резилентностью связанных с ним систем. При этом, их взаимозависимость обращает на себя внимание особенно в периоды крупных катастроф, когда одновременно нарушается несколько систем [2].

В связи с необходимостью создания специализированного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий при связанных с

участием в военных действиях психических расстройств у участников спецоперации по освобождению Донбасса изучение их резилентности мы сочли особенно актуальным.

Цель исследования – изучение психологической резилентности при психических расстройствах у участников боевых действий.

#### **Материал и методы исследования**

С помощью русскоязычной версии краткой шкалы резилентности (BRS) [14] нами обследованы 46 участников боевых действий, госпитализированных в связи с наличием непсихотических психических расстройств в Республиканскую клиническую психоневрологическую больницу–медико-психологический центр МЗ ДНР в период проведения спецоперации по освобождению Донбасса.

Также использовался разработанный нами краткий опросник для исследования ряда факторов, по данным литературы связанных с формированием резилентности.

Изученным больным, наряду с комплексным клиническим обследованием, проводилось экспериментально-психологическое исследование, включавшее оценку памяти (метод запоминания 10 слов), внимания (таблицы Шульте), эмоциональной сферы (метод цветочных выборов Люшера, тест Зунга, тест Спилбергера-Ханина), личностных особенностей (тест СМИЛ). Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ STATISTICA.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Все обследованные – мужчины, их средний возраст составил 39,4 лет ( $SD=9,9$ ). Распределение пациентов в соответствии с диагностическими категориями МКБ-10 было следующим. У 1 чел. (2,2%) диагностировано рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести с соматическими симптомами (F33.11), у 9 чел. (19,7%) – реактивная депрессия (умеренный депрессивный эпизод, F32.1) как изолированный диагноз, у 6 чел. (13,0%) – ПТСР (F43.1) как изолированный диагноз, у 1 чел. (2,2%) – соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3). В 18 (39,1%) случаях отмечен клинически отчетливый церебрастенический синдром (F06.8) в подростковом периоде сотрясения головного мозга в результате минно-взрывной травмы. При этом, у 9 чел. (19,6%) выявлены, а у 2 чел.

(4,3%) отсутствовали проявления боевого посттравматического стресса доклинического уровня. Коморбидный с церебрастеническим синдромом диагноз ПТСР существовал в 1 случае (2,2%), а диагноз реактивной депрессии – в 6 случаях (13,0%). В 13 случаях (28,3%) на фоне энцефалопатии небоевого характера проявлялись признаки посттравматического стресса различной степени выраженности (у 5 чел. (10,8%) диагностировано депрессивное расстройство органической природы (F06.32), у 4 чел. (8,7%) – тревожное расстройство органической природы (F06.4) и у 2 чел. (4,3%) – органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6)). Результаты экспериментально-психологического изучения обследованных представлены в таблице.

Результаты применения шкалы BRS свидетельствуют о широком варьировании показателя резилентности у обследованных (при максимальном его значении, равном 30 баллам). Наиболее низкий уровень резилентности (6 баллов) отмечен при реактивной депрессии, как диагностированной изолированно, так и коморбидной с церебрастеническим синдромом при сотрясении головного мозга.

Корреляционный анализ по Спирмену позволил установить следующие взаимосвязи показателя резилентности теста BRS с другими характеристиками обследованных участников боевых действий.

Следует отметить, что достоверные непосредственные корреляции данного показателя с наличием (отсутствием) какого-либо диагноза не выявлены. Определена недостоверная слабая положительная связь резилентности с наличием церебрастенического синдрома без проявлений и с проявлениями боевого посттравматического стресса доклинического уровня ( $p=0,30$ ) и отрицательная связь – с наличием как церебрастенического синдрома в сочетании с реактивной депрессией ( $p=-0,34$ ), так и депрессивного расстройства органической природы ( $p=-0,26$ ).

Достоверно отрицательно показатель BRS коррелировал с возрастом обследованных ( $p=-0,36$ ,  $p<0,05$ ).

Обнаружена достоверная отрицательная корреляционная связь показателя BRS с результатами экспериментально-психологического исследования: временем отыскивания чисел в таблицах Шульте (таблица 1:  $p=-0,54$ ,  $p<0,05$ ; таблица 2:  $p=-0,49$ ,  $p<0,05$ ), снижении

## Результаты экспериментально-психологического изучения обследованных

Показатель	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)	
Краткая шкала резилентности (BRS) (баллы)	13,0	6,0	26,0	3,8	
1	4,4	1,0	7,0	1,3	
Воспроизведения теста 10 слов (количество слов)	2	5,4	2,0	9,0	1,7
3	6,2	2,0	10,0	1,9	
4	6,3	1,0	10,0	1,8	
5	6,6	3,0	9,0	1,6	
Количество слов, воспроизведенных через час после повторения (тест 10 слов)	4,4	0,0	9,0	2,1	
1	70,1	34,0	180,0	29,4	
2	66,4	31,0	140,0	27,6	
Таблицы теста Шульце (с)	3	65,4	31,0	126,0	27,6
4	65,5	30,0	138,0	28,0	
5	67,4	33,0	147,0	29,2	
Уровень достоверности профиля теста СМИЛ (F-K) (баллы)	5,1	-15,0	20,0	9,0	
1	89,5	59,0	114,0	10,0	
2	90,7	61,0	131,0	14,1	
3	77,0	53,0	101,0	10,0	
4	72,0	38,0	98,0	13,3	
Шкалы теста СМИЛ (баллы)	5	55,5	11,0	71,0	12,9
6	68,0	41,0	100,0	15,5	
7	81,0	52,0	112,0	13,9	
8	89,4	52,0	128,0	17,1	
9	66,4	43,0	99,0	12,7	
0	67,9	45,0	85,0	10,0	
Выборы теста Люшера (уровень тревоги, баллы)	1	3,8	0,0	11,0	3,3
2	3,5	0,0	11,0	3,1	
Тест Спилбергера-Ханина (баллы)	Реактивная тревожность	47,3	25,0	65,0	9,1
	Личностная тревожность	58,2	34,0	78,0	10,4
Уровень депрессии (тест Зунга) (баллы)	52,9	29,0	74,0	9,7	

ем концентрации внимания ( $p = -0,40$ ,  $p < 0,05$ ); и, при этом, положительная связь с нормальной концентрацией внимания:  $r = 0,40$ ,  $p < 0,05$ ), уровнем депрессии теста Зунга ( $p = -0,42$ ,  $p < 0,05$ ), реактивной ( $p = -0,59$ ,  $p < 0,01$ ) и личностной ( $p = -0,57$ ,  $p < 0,01$ ) тревожностью теста Спилбергера-Ханина, а также данными теста СМИЛ: показателями шкал пессими-

стичности (2) ( $p = -0,46$ ,  $p < 0,05$ ), импульсивности (4) ( $p = -0,64$ ,  $p < 0,001$ ), тревожности (7) ( $p = -0,45$ ,  $p < 0,05$ ), интроверсии (0) ( $p = -0,44$ ,  $p < 0,05$ ) и наличием шизофренических (шизофреноподобных) расстройств ( $p = -0,43$ ,  $p < 0,05$ ). Особо можно упомянуть положительную корреляционную связь показателя BRS с высоким уровнем эмоционального стресса

(метод Люшера), повышающимся во втором выборе ( $p = 0,38$ ,  $p < 0,05$ ), и отрицательную связь с аггравационными тенденциями (F-К теста СМЛ) ( $p = -0,45$ ,  $p < 0,01$ ).

При этом, наличие церебрастенического синдрома в сочетании с реактивной депрессией достоверно положительно коррелировало со временем отыскивания чисел (таблица 1:  $p = 0,50$ ,  $p < 0,05$ ; таблица 2:  $p = 0,56$ ,  $p < 0,05$ ; таблица 3:  $p = 0,53$ ,  $p < 0,05$ ; таблица 4:  $p = 0,59$ ,  $p < 0,05$ ), а также с наличием истощаемости внимания ( $p = 0,54$ ,  $p < 0,05$ ). Можно, таким образом, констатировать достоверную положительную корреляционную связь наличия церебрастенического синдрома в сочетании с реактивной депрессией с рядом показателей (свидетельствующих об ухудшении внимания), в свою очередь, отрицательно коррелирующих с уровнем резилентности, что косвенно подтверждает положительную связь данной «наиболее тяжелой» патологии при травмах головного мозга у обследуемых с их более низкой резилентностью.

Интересной представляется корреляция уровня депрессии теста Зунга и личностной тревожности теста Спилбергера-Ханина с нарушениями памяти и внимания у обследованных. Так, уровень депрессии обнаружил отрицательную связь с количеством слов, воспроизведенных через час после повторения ( $p = -0,51$ ,  $p < 0,05$ ), и положительную связь – с наличием долговременной памяти ниже среднего уровня ( $p = 0,56$ ,  $p < 0,05$ ), временем отыскивания чисел (таблица 1:  $p = 0,61$ ,  $p < 0,01$ ; таблица 2:  $p = 0,63$ ,  $p < 0,01$ ; таблица 3:  $p = 0,62$ ,  $p < 0,01$ ; таблица 4:  $p = 0,63$ ,  $p < 0,01$ ; таблица 5:  $p = 0,57$ ,  $p < 0,05$ ), а также с наличием определяемого при помощи таблиц Шульте снижения концентрации внимания ( $p = 0,64$ ,  $p < 0,01$ ). Личностная тревожность продемонстрировала положительную корреляцию со временем отыскивания чисел (таблица 1:  $p = 0,56$ ,  $p < 0,05$ ; таблица 2:  $p = 0,68$ ,  $p < 0,01$ ; таблица 3:  $p = 0,58$ ,  $p < 0,05$ ; таблица 4:  $p = 0,50$ ,  $p < 0,05$ ; таблица 5:  $p = 0,51$ ,  $p < 0,05$ ), а также с наличием определяемых при помощи таблиц Шульте снижения концентрации ( $p = 0,50$ ,  $p < 0,05$ ) и истощаемости ( $p = 0,35$ ,  $p < 0,05$ ) внимания. Это позволяет предположить связь когнитивных нарушений у обследованных в большей степени с выраженностью у них тревоги и депрессии (в свою очередь, связанных с низкой резилентностью).

Из факторов, предположительно связанных с формированием резилентности, поло-

жительную корреляцию с ней обнаружило наличие (с точки зрения обследуемого) способности справляться со стрессом («Можно ли сказать, что Вы справлялись с перенесенными стрессовыми событиями?») ( $p = 0,62$ ,  $p < 0,01$ ). При этом, нужно отметить, что наличие стрессовых ситуаций в возрасте до 7 лет отрицательно коррелировало с материальным благополучием семьи ( $p = -0,43$ ,  $p < 0,05$ ) и поддержкой со стороны окружающих (вне семьи) ( $p = -0,54$ ,  $p < 0,05$ ), и материальное благополучие семьи отрицательно коррелировало как с наличием стрессовых ситуаций в возрасте от 7 до 10 лет ( $p = -0,62$ ,  $p < 0,01$ ), так и с их количеством ( $p = -0,53$ ,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, можно сделать следующие выводы в отношении психологической резилентности при психических расстройствах у участников боевых действий.

1. В процессе исследования выявлены косвенные признаки обратной корреляции между резилентностью и тяжестью психических расстройств у обследованных нами участников боевых действий: положительная связь коморбидных церебрастенического синдрома и реактивной депрессии («наиболее тяжелой» патологии) с показателями, отрицательно коррелирующими с резилентностью.

2. Резилентность обследованных достоверно обратно пропорциональна их возрасту, выявленным у них временем отыскивания чисел в таблицах Шульте, уровнями депрессии (тест Зунга, шкала пессимистичности (2) СМЛ) и тревоги (тест Спилбергера-Ханина (реактивная и личностная тревожность), шкала тревожности (7) СМЛ), а также выраженности таких личностных качеств как импульсивность (шкала 4 СМЛ) и интроверсия (шкала 0 СМЛ) и наличию шизофренических (шизофреноподобных) расстройств по данным СМЛ. Показатель BRS прямо пропорционален высокому уровню эмоционального стресса с его повышением во втором выборе (метод Люшера) и обратно пропорционален аггравационным тенденциям (F-К теста СМЛ).

3. Отмечена достоверная отрицательная корреляционная связь уровня депрессии (тест Зунга) с отсроченным воспроизведением и положительная – с долговременной памятью ниже среднего уровня, временем отыскивания чисел и снижением концентрации внимания. Личностная тревожность теста Спилбергера-Ханина положительно коррелировала со

временем отыскивания чисел, снижением концентрации и истощаемостью внимания. Можно предположить связь когнитивных нарушений у обследованных в большей степени с выраженностью у них тревоги и депрессии (в свою очередь, связанных с низкой резилентностью).

5. Из факторов, предположительно связанных с формированием резилентности, положительную корреляцию с ней обнаружило наличие способности справляться со стрессом.

6. Наличие стрессовых ситуаций в возрас-

те до 7 лет отрицательно коррелировало с материальным благополучием семьи и поддержкой вне семьи.

7. Материальное благополучие семьи отрицательно коррелировало как с наличием стрессовых ситуаций в возрасте от 7 до 10 лет, так и с их количеством.

8. Необходимо дальнейшее углубленное исследование проблемы резилентности при психических расстройствах у участников спецоперации по освобождению Донбасса с целью разработки на данной основе эффективных лечебно-реабилитационных программ.

*Титиевский С.В.<sup>1</sup>, Воеводина В.С.<sup>2</sup>, Гостюк И.М.<sup>2</sup>, Черепков В.Н.<sup>1</sup>, Побережная Н.В.<sup>1</sup>*  
**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗИЛЕНТНОСТЬ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ  
У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,  
Донецк, ДНР, Российская Федерация

<sup>2</sup>Республиканская клиническая психоневрологическая больница –  
медико-психологический центр МЗ ДНР,  
Донецк, ДНР, Российская Федерация

В психиатрии и психологии резилентность определяется как положительная адаптация человека к жизненным задачам в стрессовых и неблагоприятных социальных ситуациях либо как позитивный рост, влияющий на скорость восстановления после каких-либо нарушений. Резилентность индивида определяется резилентностью связанных с ним систем, и их взаимозависимость обращает на себя внимание особенно в периоды крупных катастроф. В связи с необходимостью создания специализированного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий при связанных с участием в военных действиях психических расстройствах у участников спецоперации по освобождению Донбасса изучение их резилентности особенно актуально.

**Цель** нашего исследования заключалась в изучении психологической резилентности при психических расстройствах у участников боевых действий.

**Материал и методы исследования.** С помощью русскоязычной версии краткой шкалы резилентности (BRS) нами обследованы 46 участников боевых действий, госпитализированных в связи с наличием непсихотических психических расстройств в Республиканскую клиническую психоневрологическую больницу–медико-психологический центр МЗ ДНР в период проведения спецоперации по освобождению Донбасса. Также использовался разработанный нами краткий опросник для исследования ряда факторов, по данным литературы связанных с формированием резилентности. Всем больным, наряду с комплексным клиническим обследованием, проводилось экспериментально-психологическое исследование, включавшее оценку памяти (метод запоминания 10 слов), внимания (таблицы Шульте), эмоциональной сферы (метод цветочных выборов Люшера, тест Зунга, тест Спилберга-Ханина), личностных особенностей (тест СМИЛ). Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ STATISTICA.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Выявлены косвенные признаки обратной корреляции резилентности и тяжести психических расстройств у участников боевых действий: положительная связь коморбидных церебрально-аффективного синдрома и реактивной депрессии («наиболее тяжелой» патологии) с показателями, отрицательно коррелирующими с резилентностью. Отрицательно резилентность коррелировала с возрастом обследованных, временем отыскивания чисел, уровнями депрессии, реактивной и личностной тревожности, шкалами 2, 4, 7 и 0 СМИЛ, наличием шизофренических (шизофреноподобных) расстройств по данным СМИЛ. Показатель BRS прямо пропорционален высокому уровню эмоционального стресса с его повышением во втором выборе (метод Люшера) и обратно пропорционален аггравационным тенденциям (F-K теста СМИЛ). Установлена достоверная отрицательная связь уровня депрессии с отсроченным

воспроизведением и положительная – с долговременной памятью ниже среднего уровня, временем отыскивания чисел и снижением концентрации внимания. Личностная тревожность положительно коррелировала со временем отыскивания чисел, снижением концентрации и истощаемостью внимания. Можно предположить связь когнитивных нарушений у обследованных в большей степени с выраженностью у них тревоги и депрессии (в свою очередь, связанных с низкой резилентностью). Из факторов, предположительно связанных с формированием резилентности, положительную корреляцию с ней обнаружило наличие способности справляться со стрессом. Наличие стрессовых ситуаций в возрасте до 7 лет отрицательно коррелировало с материальным благополучием семьи и поддержкой вне семьи, и материальное благополучие семьи отрицательно коррелировало как с наличием стрессовых ситуаций в возрасте от 7 до 10 лет, так и с их количеством.

**Выводы.** Необходимо дальнейшее углубленное исследование проблемы резилентности при психических расстройствах у участников спецоперации по освобождению Донбасса с целью разработки на данной основе эффективных лечебно-реабилитационных программ.

Ключевые слова: психологическая резилентность, непсихотические психические расстройства, участники боевых действий, посттравматический стресс

*Titievsky S.V.<sup>1</sup>, Voyevodina V.S.<sup>2</sup>, Gostyuk I.M.<sup>2</sup>, Cherepkov V.N.<sup>1</sup>, Poberezhnaya N.V.<sup>1</sup>*  
PSYCHOLOGICAL RESILIENCE IN MENTAL DISORDERS IN COMBAT PARTICIPANTS

State educational institution of higher professional education

<sup>1</sup>«М. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR, Russian Federation

<sup>2</sup>Republican Clinical Psychoneurological Hospital – Medical-Psychological Center of the Ministry of Health of the DPR, Donetsk, DPR, Russian Federation

In psychiatry and psychology, resilience is defined as a person's positive adaptation to life tasks in stressful and adverse social situations, or as a positive growth that affects the speed of recovery after any violations. The resilience of an individual is determined by the resilience of the systems associated with him (her), and their interdependence attracts attention especially during periods of major catastrophes. In connection with the need to create a specialized complex of treatment and rehabilitation measures for mental disorders associated with participation in hostilities among participants of the special operation to liberate Donbass, the study of their resilience is especially relevant.

**The aim** of our study was to study the psychological resilience in case of mental disorders among combatants.

**Material and methods.** Using the Russian version of the Brief Resilience Scale (BRS), we examined 46 combatants hospitalized due to the presence of non-psychotic mental disorders in the Republican Clinical Psychoneurological Hospital – Medical-Psychological Center of the Ministry of Health of the DPR during the special operation to liberate Donbass. We also used a short questionnaire developed by us to study a number of factors, according to the literature, associated with the formation of resilience. All patients, along with a comprehensive clinical examination, underwent an experimental psychological study, which included an assessment of memory (method of memorizing 10 words), attention (Schulte tables), emotional sphere (Lüscher color test, Zung test, Spielberger-Khanin test), personality traits (SMIL test). The obtained research data were processed using the STATISTICA computer statistical software package.

**Results and discussion.** Indirect signs of an inverse correlation between resilience and the severity of mental disorders in combatants were revealed: a positive relationship between the comorbid cerebroasthenic syndrome and reactive depression (“the most severe” pathology) with indicators negatively correlated with resilience. Resilience negatively correlated with the age of the examined persons, the number lookup time (Schulte tables), the levels of depression, reactive and personal anxiety, scales 2, 4, 7 and 0 of the SMIL, the presence of schizophrenic (schizophrenia-like) disorders according to the SMIL. The BRS index is directly proportional to the high level of emotional stress with its increase in the second choice (Lüscher method) and inversely proportional to aggravation tendencies (F-K of SMIL test). A significant negative relationship was established between the level of depression and delayed recall (method of memorizing 10 words) and a positive relationship – between the level of depression and long-term memory below the average level, the number lookup time, and a decreased concentration. Personal anxiety was positively correlated with the number lookup time, decreased concentration, and exhaustion of attention. It can be assumed that the cognitive impairments in the

surveyed persons are associated to a greater extent with the severity of their anxiety and depression (in turn, associated with low resilience). Of the factors presumably associated with the formation of resilience, a positive correlation with it was found by the presence of the ability to cope with stress. The presence of stressful situations before the age of 7 years was negatively correlated with the material well-being of the family and the support outside the family, and the material well-being of the family was negatively correlated with both the presence of stressful situations between the ages of 7 and 10 years and their number.

**Findings.** Further in-depth study of the problem of resilience in case of mental disorders among the participants of the special operation to liberate Donbass is necessary in order to develop effective treatment and rehabilitation programs on this basis.

Keywords: psychological resilience, non-psychotic mental disorders, combatants, post-traumatic stress

### *Литература*

1. Tucker Ph. Exploring resiliency. What Is Resilience? *PsychiatricTimes*. 2021; 38(7): 9-10.
2. Masten A.S. Resilience from a developmental systems perspective. *World Psychiatry*. 2019 Feb; 18(1): 101-102. doi: 10.1002/wps.20591.
3. Masten A.S. Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Dev*. 2014 Jan-Feb; 85(1): 6-20. doi: 10.1111/cdev.12205.
4. Pecillo M. The concept of resilience in OSH management: a review of approaches. *Int J Occup Saf Ergon*. 2016; 22(2): 291-300.
5. Haddidi P., Ali Besharat M. Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 639-642.
6. Richardson G.E. Resilience and resiliency. In: U. Kumar (Ed.), *The Routledge International Handbook of Psychosocial Resilience*. Routledge; 2017: 124-135.
7. Angeler D.G., Allen C.R., Persson M.-L. Resilience concepts in psychiatry demonstrated with bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord*. 2018; 6(1): 2.
8. Laird K.T., Krause B., Funes C., Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry*. 2019; 9(1): 88.
9. Ungar M., Theron L., Murphy K., Jefferies P. Researching multisystemic resilience: a sample methodology. *Front Psychol*. 2021; 11: 607994. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.607994/full> (дата обращения 7.05.2023) doi: 10.3389/fpsyg.2020.607994
10. Uzunova G., Pallanti S., Hollander E. Presentation and management of anxiety in individuals with acute symptomatic or asymptomatic COVID-19 infection, and in the post-COVID-19 recovery phase. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2021 Jun; 25(2): 115-131. doi: 10.1080/13651501.2021.1887264.
11. Verdolini N., Amoretti S., Montejo L. et al. Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2021; 283: 156-164.
12. Zheng P., Gray M.J., Duan W.-J., et al. An exploration of the relationship between culture and resilience capacity in trauma survivors. *J Cross-Cultural Psychology*. 2020; 51(6): 475-489.
13. Acar Sivri G., Ezgi Unal F., Gulec H. Resilience and personality in psychiatric inpatients. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2019; 29(4): 650-655.
14. Маркова В.И., Александрова Л.А., Золотарева А.А. Русскоязычная версия краткой шкалы резилентности: психометрический анализ на примере выборок студентов, многодетных родителей и родителей детей с инвалидностью. *Национальный психологический журнал*. 2022; 1: 65-75 doi: 10.11621/npj.2022.0106

### *References*

1. Tucker Ph. Exploring resiliency. What Is Resilience? *PsychiatricTimes*. 2021; 38(7): 9-10.
2. Masten A.S. Resilience from a developmental systems perspective. *World Psychiatry*. 2019 Feb; 18(1): 101-102. doi: 10.1002/wps.20591.
3. Masten A.S. Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Dev*. 2014 Jan-Feb; 85(1): 6-20. doi: 10.1111/cdev.12205.

4. Pecillo M. The concept of resilience in OSH management: a review of approaches. *Int J Occup Saf Ergon.* 2016; 22(2): 291-300.
5. Haddidi P., Ali Besharat M. Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia – Social and Behavioral Sciences.* 2010; 5: 639-642.
6. Richardson G.E. Resilience and resiliency. In: U. Kumar (Ed.), *The Routledge International Handbook of Psychosocial Resilience.* Routledge; 2017: 124-135.
7. Angeler D.G., Allen C.R., Persson M.-L. Resilience concepts in psychiatry demonstrated with bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2018; 6(1): 2.
8. Laird K.T., Krause B., Funes C., Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry.* 2019; 9(1): 88.
9. Ungar M., Theron L., Murphy K., Jefferies P. Researching multisystemic resilience: a sample methodology. *Front Psychol.* 2021; 11: 607994. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.607994/full> (accessed: 7.05.2023) doi: 10.3389/fpsyg.2020.607994
10. Uzunova G., Pallanti S., Hollander E. Presentation and management of anxiety in individuals with acute symptomatic or asymptomatic COVID-19 infection, and in the post-COVID-19 recovery phase. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2021 Jun; 25(2): 115-131. doi: 10.1080/13651501.2021.1887264.
11. Verdolini N., Amoretti S., Montejo L. et al. Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 2021; 283: 156-164.
12. Zheng P., Gray M.J., Duan W.-J., et al. An exploration of the relationship between culture and resilience capacity in trauma survivors. *J Cross-Cultural Psychology.* 2020; 51(6): 475-489.
13. Acar Sivri G., Ezgi Unal F., Gulec H. Resilience and personality in psychiatric inpatients. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2019; 29(4): 650-655.
14. Markova V.I., Aleksandrova L.A., Zolotareva A.A. Russkoyazychnaya versiya kratkoi shkaly rezilientnosti: psikhometricheskii analiz na primere vyborok studentov, mnogodetnykh roditelei i roditelei detei s invalidnost'yu [Russian version of the brief scale of resilience: psychometric analysis on samples of students, parents with many children and parents of children with disabilities]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal [National Psychological Journal].* 2022; 1: 65-75 (in Russian). doi: 10.11621/npj.2022.0106

Поступила в редакцию 24.01.2023