

Широкова Ксенія  
Іванова Євгенія

## ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ В УМОВАХ ВІЙНИ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА БЕЗ НИХ

### Анотація

**Мета дослідження.** Брак досліджень теми стресостійкості у осіб з психічними розладами, а також в умовах війни, зумовив вибір наступної мети: вивчити особливості психічного стану та стресостійкості цивільних осіб з психічними розладами в умовах війни у порівнянні з неклінічною вибіркою.

**Методи дослідження.** Загальна вибірка склала 101 особу, з яких мали психічні розлади 49 осіб. Респонденти заповнили соціо-демографічну анкету та батарею методик для розгорнутого вивчення стресостійкості: Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона, Тест життєстійкості, Шкала задоволеності життям, Опитувальник психічного здоров'я, Шкала інтолерантності до невизначеності. Був проведений аналіз порівняння даних двох незалежних вибірок, кореляційний аналіз та порівняння кореляцій.

**Результати та висновки.** Обидві групи показали схожі рівні показників за більшістю методик, але різні кореляційні зв'язки. Припущення про те, що особи з психічними розладами можуть інакше розуміти та оцінювати досліджувані конструкти, вимагає подальших досліджень.

*Ключові слова:* резильєнтність, життєстійкість, стресотійкість, задоволеність життям, інтолерантність до невизначеності, пацієнт, стрес, тривога, депресія, психодіагностика, адаптація, психічне здоров'я, психічні розлади, російсько-українська війна.

Shyrokova Kseniia  
Ivanova Yevheniia

### RESILIENCE DURING WARTIME: A COMPARATIVE STUDY OF CLINICAL AND NON-CLINICAL POPULATIONS

#### Abstract

**Objective.** The lack of research on resilience in individuals with mental disorders, particularly in the context of war, led to the current study. The objective was to examine mental health and resilience of civilians with

mental disorders during wartime, in comparison to a non-clinical sample.

**Methods.** Total sample of 101 people contained 49 participants diagnosed with mental disorders. In addition to the Sociodemographic questionnaire a list of diagnostic scales was offered in order to comprehensively assess resilience: CD-RISC-10, Hardiness Survey, SWLS, MHAI, IUS-12. Statistical analyses included independent sample comparison, correlation analysis, and comparison of correlations between groups.

**Conclusions.** Both groups showed relatively similar scores across most scales, however, the associations between measured items varies between groups. Further research is required to check the assumption that individuals with mental disorders may conceptualize and self-assess the given constructs differently.

*Keywords: resilience, resilience, stress tolerance, life satisfaction, intolerance to uncertainty, patient, stress, anxiety, depression, psychodiagnostics, adaptation, mental health, mental disorders, Russian-Ukrainian war.*

## **Вступ**

Тема стресостійкості чимало вивчалась протягом останніх десятиріч науковцями різних країн, але набула особливої актуальності через російсько-українську війну. З 2022 року багато досліджень українських науковців присвячені стресостійкості військових та цивільних осіб, зв'язків з рівнями вираженості симптомів ПТСР, первинних тривожних та депресивних розладів (Кокун, 2022; Вадзюк & Сас, 2023; Марців, 2023; Фомич та ін., 2024), проте майже не приділяється уваги людям з хронічними психічними розладами, що були наявні до початку повномасштабного вторгнення.

Результати попередніх досліджень закордоном вказують на здебільшого знижений рівень стресостійкості у осіб з психічними розладами у порівнянні з неклінічною вибіркою (Hu et al., 2015). Особливо вразливими є пацієнти з діагнозами, які пов'язані з високою експозицією до стресу, тривожною та афективною симптоматикою, як-от: тривожні, депресивні, біполярні афективні розлади, межовий розлад особистості (Min et al., 2012; Lee et al., 2017). Деякі дослідники вважають, що виникнення психічних розладів в різних випадках може бути як предиктором, так і наслідком зниженої стійкості (Seok et al., 2012; Lara-Cabrera et al., 2021). Не дивлячись на це, так само як і в людей без встановлених діагнозів, стресостійкість осіб з психічними розладами вважається динамічною та такою, яку можна розвинути (Guillén et al., 2021).

Вищий рівень стресостійкості часто пов'язують з кращим психічним здоров'ям (Hu et al., 2015), вищою задоволеністю життям (Eschleman et al., 2010; Chuang et al., 2023), навичками емоційної регуляції (Polizzi & Lynn, 2021), розвиненими адаптивними копінг-стратегіями (Folkman & Moskowitz, 2000; Chen, 2016), нижчою інтолерантністю до невизначеності (Tang, 2019) та ін. Відповідно, результати осіб з психічними розладами показують протилежні тенденції, хоча психотерапевтичне втручання, спрямоване на розвиток стресостійкості, може покращити зазначені показники (Guillén et al., 2021). Проте угорські дослідники

у своїй роботі 2017 року зауважують, що важливою є не лише поведінка людини з розладами чи без у стресових обставинах, а й те, як вона сприймає ці ситуації та оцінює власні дії, тобто самооцінка стресостійкості може не відповідати поведінковій складовій (Fonagy et al., 2017).

Враховуючи описану проблематику та брак досліджень на зазначені теми в ситуації російсько-української війни, було запропоновано наступну мету **дослідження**: виявити особливості психічного стану та стресостійкості цивільних осіб з психічними розладами в умовах війни у порівнянні з неклінічною вибіркою.

### **Дизайн та методи дослідження**

Ця робота представляє частину результатів лонгітюдного дослідження, описані матеріали ґрунтуються на першому зрізі кількісних даних, зібраних прогятом липня-серпня 2022 року. Поставлена мета вимагала кросс-секційного кореляційного дослідження, де вибірковою сукупністю виступили респонденти з вже встановленими психіатричними діагнозами, а контрольною – без. Критеріями включення для всіх учасників стали: вік більше 18 років, українське громадянство, цивільний статус. Цільовими діагнозами були обрані тривожні, депресивні та біполярні афективні розлади, межовий розлад особистості, як пов'язані з високою експозицією до стресу. Для комплексного дослідження особливостей стресостійкості та пов'язаних з нею психологічних конструктів, було обрано наступні **Методи та методики**: Соціо-демографічна анкета; Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона, CD-RISC-10, 2007; Тест життєстійкості, Hardiness Survey, 1984; Шкала задоволеності життям, SWLS, 1985; Опитувальник психічного здоров'я, МНАІ, 2021; Шкала інтолерантності до невизначеності, IUS-12, 2007.

Додатково респондентам було запропоновано за Шкалою Лайкерта дати відповіді на 5 запитань, що стосуються переживань, пов'язаних з досвідом війни:

1. Я заздалегідь приготувався та мав чіткий план дій на випадок війни, і цей план спрацював.
2. Я одразу повірив, що це все насправді відбувається.
3. В мене добре виходило поратися зі складними емоціями.
4. Ми з партнером/сім'єю стали набагато більше конфліктувати.
5. Я взагалі не боюсь своєї смерті.

Дані були зібрані за допомогою сервіса Google Forms. Всі респонденти надали інформовану згоду. Статистичний аналіз даних був здійснений у Jamovi (версія 2.5.3.0) та R (версія 2024.12.1+563), був проведений кореляційний аналіз, порівняння результатів незалежних вибірок та порівняння кореляцій.

### **Характеристика вибірки**

Загальна кількість респондентів склала 101 людину. Серед учасників 84 жінки (83.2%) та 17 чоловіків (16.8%) віком від 20 до 50 років, середній вік - 29 років (SD = 5.34). На момент проходження дослідження не мали партнера 49 респондентів (48.5%), перебували у стосунках – 17 (16.8%), у шлюбі – 35 (34.7%). Більшість учасників не мали дітей – 80 (79.2%), решта мали хоча б одну дитину –

21 (20.8%). Вибіркова сукупність респондентів з встановленими психіатричними діагнозами з визначеного діапазону склала 49 осіб (48.5%), контрольна група – 52 (51.5%). Більшість респондентів мала досвід психотерапії – 76 (75.2%).

### **Результати дослідження**

Отримані показники за Шкалою резильєнтності в клінічній групі були дещо нижчими ( $23.59 \pm 6.65$ ), ніж у контрольній ( $25.94 \pm 6.77$ ), і обидві показали значення на межі низького та середнього рівня. Аналогічна тенденція спостерігається за результатами Тесту життєстійкості (клінічна:  $62.71 \pm 22.97$ ; контрольна:  $73.08 \pm 20.09$ ; діапазон 0-135), рівнем задоволеності життям (клінічна:  $18.69 \pm 6.91$ ; контрольна:  $21.06 \pm 6.76$ ; діапазон 5-35), та зворотна з прогностичною тривогою (клінічна:  $24.88 \pm 6.19$ ; контрольна:  $22.02 \pm 5.92$ ; діапазон 7-35) та гнітючою тривогою (клінічна:  $16.88 \pm 4.68$ ; контрольна:  $15.37 \pm 4.09$ ; діапазон 5-25). Обидві групи перетнули скринінговий поріг за підшкалами вираженості депресивних симптомів (клінічна група:  $10.2 \pm 4.24$ ; контрольна:  $9.08 \pm 4.74$ ; поріг  $\geq 7$ ) та симптомів ПТСР (клінічна група:  $16.37 \pm 7.51$ ; контрольна:  $14.81 \pm 8.37$ ; поріг  $\geq 9$ ). Обидві групи опинилися в межах норми за двома іншими підшкалами МНАІ – симптомів тривоги (клінічна група:  $4.94 \pm 2.88$ ; контрольна:  $3.96 \pm 2.40$ ; поріг  $\geq 6$ ) та зловживання алкоголем (клінічна група:  $5.10 \pm 4.04$ ; контрольна:  $5.96 \pm 3.23$ ; поріг  $\geq 7$ ), проте клінічна вибірка демонструвала вищий рівень тривоги та нижчий рівень зловживання алкоголем.

Порівняння результатів двох груп, представлені у Таблиці 1, виявили наявність статистично значущих відмінностей із середнім розміром ефекту за такими підшкалами, як залученість ( $d = .567$ ,  $p = .005$ ), прийняття ризику ( $d = .642$ ,  $p = .002$ ), загальна життєстійкість ( $r_{rb} = .294$ ,  $p = .011$ ) та прогностична тривога ( $r_{rb} = .268$ ,  $p = .020$ ). Водночас за більшістю показників – підшкали контролю, резильєнтності, задоволеності життям, вираженості симптомів депресії, ПТСР, зловживання алкоголем, тривоги (МНАІ) та гнітючої тривоги, – різниця між групами не досягла рівня статистичної значущості.

**Таблиця 1.**  
**Порівняння результатів за опитувальниками**  
**для двох незалежних вибірок**

	Є діагноз		Немає діагнозу		Статистика	df	p	Розмір ефекту		
	M	SD	M	SD						
Залученість	26.16	10	31.54	8.96	t-Стюдента	2.848	99	.005	d Коена	.567
Контроль	22.35	9.62	24.31	8.34	t-Стюдента	1.096	99	.276	d Коена	.218
Прийняття ризику	14.2	5.01	17.23	4.42	t-Стюдента	3.224	99	.002	d Коена	.642
Життєстійкість	62.71	22.97	73.08	20.09	U Манна-Уїтні	899.5	NA	.011	Коефіцієнт кореляції рангу	.294
Резильентність	23.59	6.65	25.94	6.77	U Манна-Уїтні	1056	NA	.139	Коефіцієнт кореляції рангу	.171
Задоволеність життям	18.69	6.91	21.06	6.76	U Манна-Уїтні	1001	NA	.064	Коефіцієнт кореляції рангу	.214
Депресія	10.2	4.24	9.08	4.74	t-Стюдента	1.256	99	.212	d Коена	.250
ПТСР	16.37	7.51	14.81	8.37	U Манна-Уїтні	1405.5	NA	.373	Коефіцієнт кореляції рангу	.103
Зловживання алкоголем	5.10	4.04	5.96	3.23	U Манна-Уїтні	1116.5	NA	.283	Коефіцієнт кореляції рангу	-.124
Тривога	4.94	2.88	3.96	2.40	U Манна-Уїтні	1498	NA	.125	Коефіцієнт кореляції рангу	.176
Прогностична тривога	24.88	6.19	22.02	5.92	U Манна-Уїтні	1615.5	NA	.020	Коефіцієнт кореляції рангу	.268
Гнітюча тривога	16.88	4.68	15.37	4.09	t-Стюдента	1.731	99	.087	d Коена	.345

На додаткові запитання у вигляді монополярного диференціалу респонденти двох груп не мали значущої різниці у відповідях крім п'ятого пункту, що стосувався рівня страху перед власною смертю: учасники неклінічної вибірки показали вищий рівень цього страху, хоча сила ефекту є слабкою ( $r_{rb} = .254$ ,  $p < .05$ ), що відображено в Таблиці 2.

**Таблиця 2.**  
**Порівняння результатів за додатковими запитаннями**  
**для двох незалежних вибірок**

Запитання	Статистика		p	Розмір ефекту
1. Я заздалегідь приготувався та мав чіткий план дій на випадок війни, і цей план спрацював	U Манна-Уїтні	1157	0.410	Коефіцієнт кореляції рангу 0.092
2. Я одразу повірив, що це все насправді відбувається	U Манна-Уїтні	1224	0.721	Коефіцієнт кореляції рангу 0.040
3. В мене добре виходило поратися зі складними емоціями	U Манна-Уїтні	1177	0.496	Коефіцієнт кореляції рангу 0.077
4. Ми з партнером/сім'єю стали набагато більше конфліктувати	U Манна-Уїтні	1034	0.090	Коефіцієнт кореляції рангу 0.188
5. Я взагалі не боюсь своєї смерті	U Манна-Уїтні	950	0.025	Коефіцієнт кореляції рангу 0.254

З метою оцінки характеру асоціацій між відповідями на опитувальники та додаткові питання обох досліджуваних груп було проведено кореляційний аналіз. Як видно з Таблиці 3, в обох групах спостерігаються виражені та статистично значущі позитивні кореляції між показниками за шкалою задоволеності життям та усіма шкалами життестійкості – залученістю (клінічна група:  $\rho = .561$ ,  $p < .001$ ; контрольна:  $\rho = .699$ ,  $p < .001$ ), контролем (клінічна група:  $\rho = .604$ ,  $p < .001$ ; контрольна:  $\rho = .647$ ,  $p < .001$ ), прийняттям ризику (клінічна група:  $\rho = .707$ ,  $p < .001$ ; контрольна:  $\rho = .654$ ,  $p < .001$ ), загальною життестійкістю (клінічна група:  $\rho = .634$ ,  $p < .001$ ; контрольна:  $\rho = .731$ ,  $p < .001$ ). Незважаючи на те, що задоволеність життям пов'язана з резильєнтністю в обох групах, ця асоціація є помітно слабшою серед осіб з діагнозом ( $\rho = .321$ ,  $p = .025$ ), ніж у неклінічній вибірці ( $\rho = .600$ ,  $p < .001$ ). Подібна тенденція, але вже з негативним кореляційним зв'язком, простежується і між задоволеністю життям та рівнем вираженості депресивних симптомів: респонденти з діагнозами показують слабшу кореляцію ( $\rho = -.364$ ,  $p = .010$ ), ніж учасники без ( $\rho = -.610$ ,  $p < .001$ ).

**Таблиця 3.**  
**Кореляційний аналіз задоволеності життям по двох групах**

			Залученість	Контроль	Прийняття ризику	Життестійкість	Резильєнтність	Задоволеність життям
Задоволеність життям	Є діагноз	$\rho$ -Спірмена	.561 ***	0.604 ***	0.707 ***	0.634 ***	0.321 *	—
		df	47	47	47	47	47	—
		p	< .001	< .001	< .001	< .001	0.025	—
	Немає діагнозу	$\rho$ -Спірмена	0.699 ***	0.647 ***	0.654 ***	0.731 ***	0.600 ***	—
		df	50	50	50	50	50	—
		p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—
Депресія	Є діагноз	$\rho$ -Спірмена	-0.513 ***	-0.419 **	-0.373 **	-0.490 ***	-0.399 **	-0.364 *
		df	47	47	47	47	47	47
		p	< .001	0.003	0.008	< .001	0.004	0.01
	Немає діагнозу	$\rho$ -Спірмена	-0.510 ***	-0.642 ***	-0.561 ***	-0.620 ***	-0.501 ***	-0.610 ***
		df	50	50	50	50	50	50
		p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

У Таблиці 4 представлено асоціації між субшкалою тривоги (МНАІ) та іншими конструктами, що суттєво відрізняються між вибірками. Так, у групі без діагнозів спостерігається сильна та статистично значуща негативна кореляція між тривогою (МНАІ) та загальною життестійкістю ( $\rho = -.506$ ,  $p < .001$ ), її субшкалами контролю ( $\rho = -.572$ ,  $p < .001$ ) та прийняття ризику ( $\rho = -.457$ ,  $p < .001$ ), а також з задоволеністю життям ( $\rho = -.568$ ,  $p < .001$ ), на відміну від групи з діагнозами, де значущі зв'язки між цими конструктами відсутні: загальна життестійкість ( $\rho = -.266$ ,  $p = .065$ ), субшкала контролю ( $\rho = -.226$ ,  $p = .119$ ), прийняття ризику ( $\rho = -.141$ ,  $p = .334$ ), задоволеність життям ( $\rho = -.250$ ,  $p = .083$ ). Щодо конструкту прогностичної тривоги (IUS-12) наявні схожі зв'язки: у неклінічній вибірці

виявлено значущі кореляції з усіма показниками опитувальника життестійкості – залученістю ( $\rho = -.325$ ,  $p = .019$ ), контролем ( $\rho = -.322$ ,  $p = .020$ ), прийняттям ризику ( $\rho = -.532$ ,  $p < .001$ ), загальною життестійкістю ( $\rho = -.385$ ,  $p = .005$ ), тоді як у групі з діагнозами ці зв'язки або відсутні, або є слабшими – залученість ( $\rho = -.045$ ,  $p = .759$ ), контроль ( $\rho = -.102$ ,  $p = .484$ ), прийняття ризику ( $\rho = -.303$ ,  $p = .034$ ), загальна життестійкість ( $\rho = -.136$ ,  $p = .352$ ). Кореляція між гнітючою тривогою (IUS-12) та задоволеністю життям у групі без діагнозів ( $\rho = -.431$ ,  $p = .001$ ) є дещо нижчою, ніж у клінічній вибірці ( $\rho = -.555$ ,  $p < .001$ ). Важливо відзначити, що в контрольній групі існує статистично значущий зв'язок між загальною тривогою (MHA1) та гнітючою тривогою (IUS-12) ( $\rho = .476$ ,  $p < .001$ ), який не спостерігається у групі з діагнозами ( $\rho = .183$ ,  $p = 0.207$ ).

**Таблиця 4.**  
**Кореляційний аналіз конструктів тривоги по двох групах**

		Залученість	Контроль	Прийняття ризику	Життестійкість	Резильєнтність	Задоволеність життям	Депресія	ПТСР	Тривога	
<b>Тривога</b>	Є діагноз	$\rho$ -Спірмена	-0.278	-0.226	-0.141	-0.266	-0.283 *	-0.250	0.651 ***	0.698 ***	—
		df	47	47	47	47	47	47	47	47	—
		p	0.053	0.119	0.334	0.065	0.049	0.083	< .001	< .001	—
	Немає діагнозу	$\rho$ -Спірмена	-0.383 **	-0.572 ***	-0.457 ***	-0.506 ***	-0.352 *	-0.568 ***	0.734 ***	0.762 ***	—
		df	50	50	50	50	50	50	50	50	—
		p	0.005	< .001	< .001	< .001	0.01	< .001	< .001	< .001	—
<b>Прогнозна тривога</b>	Є діагноз	$\rho$ -Спірмена	-0.045	-0.102	-0.303 *	-0.136	-0.156	-0.077	0.238	0.236	-0.061
		df	47	47	47	47	47	47	47	47	47
		p	0.759	0.484	0.034	0.352	0.285	0.597	0.099	0.102	0.675
	Немає діагнозу	$\rho$ -Спірмена	-0.325 *	-0.322 *	-0.532 ***	-0.385 **	-0.144	-0.24	0.214	0.226	0.218
		df	50	50	50	50	50	50	50	50	50
		p	0.019	0.02	< .001	0.005	0.31	0.087	0.127	0.107	0.121
<b>Гнітюча тривога</b>	Є діагноз	$\rho$ -Спірмена	-0.496 ***	-0.585 ***	-0.643 ***	-0.599 ***	-0.351 *	-0.555 ***	0.494 ***	0.507 ***	0.183
		df	47	47	47	47	47	47	47	47	47
		p	< .001	< .001	< .001	< .001	0.013	< .001	< .001	< .001	0.207
	Немає діагнозу	$\rho$ -Спірмена	-0.561 ***	-0.649 ***	-0.609 ***	-0.634 ***	-0.372 **	-0.431 **	0.571 ***	0.632 ***	0.476 ***
		df	50	50	50	50	50	50	50	50	50
		p	< .001	< .001	< .001	< .001	0.007	0.001	< .001	< .001	< .001

Аналіз взаємозв'язків між відповідями на додаткові запитання та результатами опитувальників наданий у Таблиці 5 та включає лише перші три пункти, оскільки

інші два не показали значущих кореляцій з жодним з конструктів. Перше питання, яке стосується підготовки до ймовірного початку повномасштабної війни, продемонструвало статистично значущу кореляцію середньої сили з показником залученості у клінічній групі ( $\rho = .387, p = .006$ ), проте відсутність значущих зв'язків у контрольній ( $\rho = .236, p = .092$ ). Також суттєва різниця між групами спостерігається у зв'язках, пов'язаних з відповіддю на друге запитання про те, чи одразу людина повірила у початок війни: у клінічній вибірці наявний значущий зв'язок між відповіддю на це запитання та усіма конструктами життестійкості – залученістю ( $\rho = .507, p < .001$ ), контролем ( $\rho = .366, p = .01$ ), прийняттям ризику ( $\rho = .359, p = .011$ ), загальною життестійкістю ( $\rho = .460, p < .001$ ), – а також задоволеністю життям ( $\rho = .291, p = .043$ ), вираженістю симптомів депресії ( $\rho = -.384, p = .007$ ) та гнітючої тривоги ( $\rho = -.287, p = .045$ ), тоді як у неклінічній вибірці сила кореляцій є слабкою та статистично незначущою. Третій пункт, де респонденти оцінювали свою здатність справлятися зі складними емоціями, виявив значущі зв'язки з усіма шкалами життестійкості, резильєнтністю, задоволеністю життям та депресією в обох групах, хоча сила кореляцій різнилась: у клінічній вибірці спостерігаються сильніші зв'язки з конструктами життестійкості: залученістю (клінічна група:  $\rho = .426, p = .002$ ; контрольна:  $\rho = .340, p = .014$ ), контролем (клінічна група:  $\rho = .417, p = .003$ ; контрольна:  $\rho = .329, p = .017$ ), прийняттям ризику (клінічна група:  $\rho = .420, p = .003$ ; контрольна:  $\rho = .322, p = .020$ ), загальною життестійкістю (клінічна група:  $\rho = .426, p = .002$ ; контрольна:  $\rho = .368, p = .007$ ), – та слабші із задоволеністю життям (клінічна група:  $\rho = .290, p = .043$ ; контрольна:  $\rho = .477, p < .001$ ) та підшкалою депресії (клінічна група:  $\rho = -.359, p = .011$ ; контрольна:  $\rho = -.541, p < .001$ ). Зв'язок відповіді на це запитання з гнітючою тривогою є значущим із середньою силою лише у клінічній вибірці (клінічна група:  $\rho = -.406, p = .004$ ; контрольна:  $\rho = -.230, p < .001$ ).

**Таблиця 5.**  
**Кореляційний аналіз додаткових запитань по двох групах**

			Залучені	Контроль	Прийняття ризику	Життєстійкість	Резильєнтність	Задоволеність життям	Депресія	Гнітюча тривога
<b>1. Я заздалегідь приготував я та мав чіткий план дій на випадок війни, і цей план спрацював</b>	Є діагноз	ρ-Спірмена	0.387 **	0.239	0.132	0.273	0.057	0.231	-0.157	-0.141
		df	47	47	47	47	47	47	47	47
		p	0.006	0.098	0.367	0.058	0.697	0.11	0.28	0.332
	Немає діагнозу	ρ-Спірмена	0.236	0.174	0.210	0.245	0.122	0.271	-0.146	-0.117
		df	50	50	50	50	50	50	50	50
		p	0.092	0.217	0.134	0.080	0.388	0.052	0.301	0.409
<b>2. Я одразу повірив, що це все насправді відбувається</b>	Є діагноз	ρ-Спірмена	0.507 ***	0.366 **	0.359 *	0.460 ***	0.206	0.291 *	-0.384 **	-0.287 *
		df	47	47	47	47	47	47	47	47
		p	<.001	0.01	0.011	<.001	0.156	0.043	0.007	0.045
	Немає діагнозу	ρ-Спірмена	0.242	0.14	0.074	0.187	0.15	0.257	-0.229	-0.201
		df	50	50	50	50	50	50	50	50
		p	0.084	0.322	0.601	0.184	0.288	0.065	0.102	0.154
<b>3. В мене добре виходило поратися зі складними емоціями</b>	Є діагноз	ρ-Спірмена	0.426 **	0.417 **	0.420 **	0.426 **	0.540 ***	0.290 *	-0.359 *	-0.406 **
		df	47	47	47	47	47	47	47	47
		p	0.002	0.003	0.003	0.002	<.001	0.043	0.011	0.004
	Немає діагнозу	ρ-Спірмена	0.340 *	0.329 *	0.322 *	0.368 **	0.578 ***	0.477 ***	-0.541 ***	-0.230
		df	50	50	50	50	50	50	50	50
		p	0.014	0.017	0.02	0.007	<.001	<.001	<.001	0.101

З метою статистичного порівняння кореляцій між групами був використаний z-перетворення Фішера для коефіцієнтів кореляцій, результати якого можна побачити у Таблиці 6. Значуща різниця у силі кореляцій між двома групами респондентів з усіх зазначених попередньо пар конструктів виявилась лише між тривогою (МНАІ) та контролем (тест Життєстійкості) ( $z = 2.050$ ,  $p < 0.05$ ). Пара тривога (МНАІ) - задоволеність життям ( $z = 1.893$ ,  $p = 0.058$ ) має наближене до порогового значення  $p$ , але не перетинає його. За силою кореляцій між відповідями на 3 додаткові запитання та шкали методик тест не показав значущої різниці в жодній з пар конструктів.

**Таблиця 6.**  
**Порівняння кореляцій між групами**

<b>Конструкт 1</b>	<b>Конструкт 2</b>	<b>z-Фішера</b>	<b>p</b>
Задоволеність життям	Резильєнтність	-1.757	0.079
Задоволеність життям	Депресія	1.597	0.110
Тривога (МНАІ)	Контроль	2.050	0.040*
Тривога (МНАІ)	Прийняття ризику	1.715	0.086
Тривога (МНАІ)	Загальна життєстійкість	1.388	0.165
Тривога (МНАІ)	Задоволеність життям	1.893	0.058
Прогностична тривога	Залученість	1.422	0.155
Прогностична тривога	Контроль	1.128	0.259
Прогностична тривога	Прийняття ризику	1.361	0.174
Прогностична тривога	Загальна життєстійкість	1.312	0.190
Гнітюча тривога	Задоволеність життям	-0.803	0.422
Гнітюча тривога	Тривога (МНАІ)	-1.619	0.105
1. Я заздалегідь приготувався та мав чіткий план дій на випадок війни, і цей план спрацював	Залученість	0.815	0.415
	Залученість	1.519	0.129
	Контроль	1.176	0.239
	Прийняття ризику	1.467	0.142
	Життєстійкість	1.496	0.135
2. Я одразу повірив, що це все насправді відбувається	Депресія	-0.834	0.404
	Гнітюча тривога	-0.458	0.647
	Залученість	0.493	0.622
	Контроль	0.500	0.617
	Прийняття ризику	0.556	0.578
3. В мене добре виходило поратися зі складними емоціями	Життєстійкість	0.341	0.733
	Резильєнтність	-0.273	0.785
	Задоволеність життям	-1.080	0.280
	Депресія	1.122	0.262
	Гнітюча тривога	-0.956	0.339

### **Обговорення результатів дослідження**

Аналіз результатів проведеного дослідження дозволяє описати певні особливості психічного стану та стресостійкості цивільних осіб з психічними розладами в умовах війни у порівнянні з неклінічною вибіркою. Згідно з іншими дослідженнями (Hu et al., 2015), люди з психічними розладами загалом мають нижчі рівні стресостійкості і нижчі показники пов'язаних з нею феноменів, тож можна було очікувати подібну тенденцію так само в умовах війни, тож відсутність суттєвої різниці між показниками обох груп за більшістю методик стала неочікуваним результатом. Варто зазначити, що в умовах стресу воєнних дій показники неклінічної вибірки могли виявитись зниженими, але відповідно

до інших досліджень, вони мали все одно бути суттєво вищі, ніж в клінічній групі. Тим не менш, обидві групи отримали дуже близькі результати не лише за резильєнтністю, а і за супутніми явищами: задоволеністю життям, рівнями симптомів депресії, ПТСР, зловживання алкоголем, тривоги (МНАІ) та гнітючої тривоги (IUS-12). Значущі відмінності між показниками прогностичної тривоги та загальної життєстійкості мають слабкий ефект. Але варто зауважити, що значуща різниця з середнім ефектом у залученості та прийнятті ризику між групами свідчить про те, що, по-перше, клінічна вибірка відчуває значно меншу дотичність до світу та суспільства, а також здатність побачити у стресових подіях можливість особистісного зростання, що є логічним, адже люди з розладами часто мають складний досвід соціалізації та травматизації і менший оптимізм (Rius-Ottenheim et al., 2012; Zarse et al., 2019). По-друге, за підшкалою контролю результати є близькими, тобто обидві групи відчують однакову спроможність впливати на ситуацію, здатність діяти, що суперечить висновкам інших досліджень (Ayed et al., 2018).

Порівняння відповідей на додаткові запитання продемонструвало менший рівень страху власної смерті у клінічній вибірці, проте з слабкою силою ефекту. Це потенційно може бути пов'язано з симптомами наявних розладів, які часто супроводжуються темою смерті, суїцидальною поведінкою та тривогою (Gili et al., 2018; Fu et al., 2023), тоді як респонденти без розладів, можливо, вперше зіткнулися з подібним переживанням та ризиком. При цьому, виходячи з результатів інших питань, групи не показують значущих відмінностей за пунктами саморегуляції складних емоцій, підготовки плану перед початком вторгнення, спроможності повірити у реальність війни та збільшення конфліктів з близькими, а середні результати за цими пунктами дуже близькі.

Особливої уваги також заслуговує кореляційний аналіз різних пар конструктів між групами. Як було зазначено в теоретичній частині, в багатьох наукових працях резильєнтність показала позитивну кореляцію і часто була предиктором психологічного добробуту людини за різними показниками. Контрольна група в нашому дослідженні також виявила подібні результати, тоді як у клінічній групі вони відрізнялись як у значущості, так і у силі. Відповідно, розуміння та сприйняття досліджуваних психологічних феноменів нашими респондентами з діагнозами не збігається з результатами більшості наукових робіт (Hu et al., 2015; Ayed et al., 2018). Найбільша узгодженість у значущості та силі зв'язків між групами зафіксовані для підшкал інтолерантності до невизначеності: прогностична тривога в обох вибірках не корелювала з резильєнтністю, задоволеністю життям, симптомами депресії та ПТСР та тривогою (МНАІ). При цьому, з загальною життєстійкістю та її складовими – залученістю та контролем – наявні середні зворотні зв'язки, а сильні – з прийняттям ризику – лише у контрольній групі. Гнітюча тривога, навпаки, показала однаково значущі сильні зв'язки майже з усіма іншими шкалами – залученість, контроль, прийняття ризику, загальна життєстійкість, задоволеність життям, симптоми депресії та ПТСР – для обох груп. Однак те, що шкала тривоги (МНАІ) показала різницю

між кореляціями в групах, особливо з конструктором гнітючої тривоги (IUS-12), де лише контрольна група мала зв'язки, ставить під питання те, наскільки особи з діагнозами можуть інакше сприймати ці, в певній мірі, схожі поняття. На додачу клінічна група виявила слабші, порівняно з контрольною групою, кореляції між задоволеністю життям та резильєнтністю, задоволеністю життям і вираженістю симптомів депресії, тобто самооцінка якості свого життя може не так узгоджуватись з рівнем резильєнтності та наявністю депресивного стану (Lee et al., 2013).

Порівняння кореляцій між додатковими запитаннями та результатами опитувальників також виявило цікаві знахідки. Так підготовка до потенційного початку війни позитивно корелювала з залученістю лише у клінічній групі. До того ж пункт про те, наскільки швидко людина повірила, що війна дійсно почалась, корелював з всіма шкалами життестійкості, задоволеністю життям та зворотно з симптомами депресії. Можна припустити, що такий зв'язок пояснюється більшою схильністю до негативного мислення у осіб з діагнозами, і, коли негативний прогноз початку повномасштабного вторгнення справдився, з'явилося більше відчуття відповідності реальності та тривожних очікувань. При цьому самооцінка того, наскільки респонденти могли поратися зі складними емоціями, здебільшого показала узгодженість з шкалами життестійкості, резильєнтності, задоволеності життям, депресії між групами, але ці зв'язки різні за силою та значущістю.

Враховуючи всі наведені спостереження можна зробити припущення, що наші респонденти з діагнозами мають такі уявлення про своє ментальне здоров'я, стан та стресостійкість, які можуть не збігатися з результатами інших досліджень. Це може бути пояснено в першу чергу характером та вираженістю симптоматики їхніх захворювань на момент участі у дослідженні. Хоча не можна забувати, що феномен стресостійкості досі не є сталим у науковій спільноті і вимагає подальших досліджень та вдосконалення інструментарію вимірювання (Ayed et al., 2018; Ungar & Theron, 2019; Georgoulas-Sherry & Kelly, 2019). Водночас поглибленого вивчення вимагає роль війни, яка може інакше впливати на клінічну вибірку, ніж на людей без діагнозів. Також важливим фактором виступає досвід психотерапії неуточненої тривалості та ефективності – більшість осіб з психіатричними діагнозами отримують рекомендацію звернутись до психотерапевта, або протягом психотерапії усвідомлюють необхідність звернення до психіатра. Наявність деструктивного впливу симптомів, які погіршують якість життя і змушують звернутись по допомогу, може стати так само мотивацією до змін. У випадку успішної терапії такі люди часто розвивають нові копінг-стратегії, щоб поратись зі своїми труднощами, але при цьому вчать свідомо приймати наявність розладу та його проявів (Reichenberg & Seligman, 2016). Можна припустити, наприклад, що людина з тривожно-депресивним розладом може переживати депресивний епізод і за опитувальниками отримувати високі бали, але при цьому мати високий рівень задоволеності життям, оскільки процес переживання депресивних симптомів проходить з використанням нових

копінгів та когнітивних установок і для самої людини суттєво відрізняється від попереднього досвіду. В тому числі можливо, що особи з тривалим досвідом психічних розладів можуть мати поглиблені знання про власну стресостійкість, оскільки усвідомлюють власну вразливість, але мають свідомо розвинені навички подолання, що працює як своєрідний ефект “вакцинації” (Scali et al., 2012).

Однак причиною подібних результатів так само можуть бути обмеження представленої роботи. Зокрема, вибірка є неоднорідною щодо впливу воєнних дій на учасників: перебування в країні чи за кордоном, наявність близьких, які беруть участь у воєнних діях, які зазнали поранень, втрати чи пошкодження майна тощо. Оскільки клінічна група включала в себе осіб з декількома діагнозами, які мають різний перебіг та динаміку, неможливо з впевненістю сказати, що ці висновки надійні та репрезентативні. Не було враховано інтенсивність симптоматики, анамнез захворювання (тривалість, час встановлення діагнозу), ефективність фармакологічного лікування та психотерапії. Коморбідність також є потенційним ускладнюючим фактором. Можливе спотворення відповідей внаслідок проявів розладів та індивідуальних особливостей самооцінки здатності до адаптації, рівня задоволеності життям тощо. Крім того, не можна виключати можливість наявності недиагностованих розладів або схильності до них у контрольній групі.

## **В**ИСНОВКИ

Таким чином, цим дослідженням виявлено неочікувано близькі рівні стресостійкості, психічного здоров'я, задоволеності життям та інтолерантності до невизначеності респондентів з діагнозами та без, а також відмінні зв'язки між цими конструктами, які можуть означати різне розуміння та зміст досліджуваних понять клінічною та контрольною вибірками. Для уточнення виявлених спостережень пропонуються дослідження з більшою вибіркою, де клінічна група буде поділена за конкретними діагнозами, з зазначенням їх тривалості та важкості, досвіду психотерапії, врахуванням впливу війни, а також з залученням якісних даними для аналізу концептуальних уявлень про зазначені поняття.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Вадзюк, С. Н., & Сас, В. В. (2023). Стан депресії і тривоги у військових із різною стресостійкістю. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, (3), 46–55. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2023.v.i3.14074>
2. Кокун, О.М. (2022). Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни». Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України.
3. Фомич, М. В., Чистовська, Ю. Ю., Біла, О. Г., & Куліш, О. В. (2024). Психологічна резильєнтність особистості в умовах війни. ЧНУ імені Б. Хмельницького.
4. Ayed, N., Toner, S., & Priebe, S. (2018). Conceptualizing resilience in adult mental health literature: A systematic review and narrative synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(3), 299-341. <https://doi.org/10.1111/ppt.12345>

org/10.1111/papt.12185

5. Chen, C. (2016). The role of resilience and coping styles in subjective well-being among Chinese university students. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 25(3), 377–387. <https://doi.org/10.1007/s40299-016-0274-5>
6. Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., & Wang, C. S. (2023). Resilience and Quality of Life in People with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 19, 507–514. <https://doi.org/10.2147/NDT.S392332>
7. Eschleman, K. J., Bowling, N. A., & Alarcon, G. M. (2010). A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management*, 17(4), 277–307. <https://doi.org/10.1037/a0020476>
8. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *The American psychologist*, 55(6), 647–654. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.6.647>
9. Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
10. Fu, X.-L., Qian, Y., Jin, X.-H., Yu, H.-R., Wu, H., Du, L., Chen, H.-L., & Shi, Y.-Q. (2023). Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(2), 351–361. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001549>
11. Georgoulas Sherry, V., & Kelly, D. R. (2019). Resilience, Grit, and Hardiness: Determining the Relationships amongst These Constructs through Structural Equation Modeling Techniques. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*, 3, 165-178.
12. Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Pérez-Ara, A., Miranda-Mendizábal, A., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J., & Roca, M. (2018). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: a meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 245, 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
13. Guillén, V., Tormo, M.E., Fonseca-Baeza, S., Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., & Marco, J. H. (2021). Resilience as a predictor of quality of life in participants with borderline personality disorder before and after treatment. *BMC Psychiatry*, 21(305), 305. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03312-0>
14. Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
15. Lara-Cabrera, M. L., Betancort, M., Muñoz-Rubilar, C. A., Rodríguez Novo, N., & De las Cuevas, C. (2021). The Mediating Role of Resilience in the Relationship between Perceived Stress and Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9762. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189762>

16. Lee, D., Cha, B., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Lee, S. J., Seo, J. Y., Cho, Y. A., Ha, J. H., & Choi, J. W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 207, 434–441. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.075>
17. Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A.-R., Kim, B., Lee, M. Y., & Lee, S. M. (2013). Resilience: A Meta-Analytic Approach. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 269–279. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x>
18. Min, J. A., Jung, Y. E., Kim, D. J., Yim, H. W., Kim, J. J., Kim, T. S., Lee, C. U., Lee, C., & Chae, J. H. (2013). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 22(2), 231–241. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0153-3>
19. Polizzi, C. P., & Lynn, S. J. (2021). Regulating Emotionality to Manage Adversity: A Systematic Review of the Relation Between Emotion Regulation and Psychological Resilience. *Cognitive Therapy and Research*, 45(4), 577–597. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10186-1>
20. Reichenberg, L. W., & Seligman, L. (2016). *Selecting effective treatments: A comprehensive, systematic guide to treating mental disorders*. John Wiley & Sons.
21. Rius-Ottenheim, N., van der Mast, R.C., Zitman, F.G., Giltay, E.J. (2012). The Role of Dispositional Optimism in Physical and Mental Well-Being. In: Efklides, A., Moraitou, D. (eds) *A Positive Psychology Perspective on Quality of Life*. Social Indicators Research Series (pp. 149–173). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-4963-4\\_9](https://doi.org/10.1007/978-94-007-4963-4_9)
22. Seok, J. H., Lee, K. U., Kim, W., Lee, S. H., Kang, E. H., Ham, B. J., Yang, J. C., & Chae, J. H. (2012). Impact of early-life stress and resilience on patients with major depressive disorder. *Yonsei medical journal*, 53(6), 1093–1098. <https://doi.org/10.3349/ymj.2012.53.6.1093>
23. Scali, J., Gandubert, C., Ritchie, K., Soulier, M., Ancelin, M. L., & Chaudieu, I. (2012). Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PloS one*, 7(6), 0039879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039879>
24. Tang, W. K. (2019). Resilience and Self-Compassion Related with Achievement Emotions, Test Anxiety, Intolerance of Uncertainty, and Academic Achievement. *Psychological Studies*, 64, 92–102. <https://doi.org/10.1007/s12646-019-00482-6>
25. Ungar, M., & Theron, L. (2019). Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 441–448. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30434-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30434-1)
26. Zarse, E. M., Neff, M. R., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J. E., & Chambers, R. A. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Medicine*, 6(1), 1581447. <https://doi.org/10.1080/2331205x.2019.1581447>

## REFERENCES

1. Vadziuk, S. N., & Sas, V. V. (2023). Stan depresii i tryvohy u viys'kovykh iz riznoyu stresostiikistyuu [Depression and Anxiety in Military Personnel with Different Levels of Resilience]. *Zdobutky klinichnoi i eksperimentalnoi medytsyny*, (3), 46–55. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2023.v.i3.14074>
2. Kokun, O. (2022). Vseukrainske opytuvannya «Tvoya zhyttiistykist' v umovakh viyny» [Nationwide Survey «Your Resilience in Wartime Conditions»]. Instytut psykholohiyi imeni H.S. Kostiuka NAPN Ukrayiny.
3. Fomych, M. V., Chystovska, Yu. Yu., Bila, O. H., & Kulish, O. V. (2024). Psykholohichna rezylyentnist' osobystosti v umovakh viyny [Psychological Resilience of the Individual in the Conditions of War]. *ChNU imeni B. Khmel'nyts'koho*.
4. Ayed, N., Toner, S., & Priebe, S. (2018). Conceptualizing resilience in adult mental health literature: A systematic review and narrative synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(3), 299-341. <https://doi.org/10.1111/papt.12185>
5. Chen, C. (2016). The role of resilience and coping styles in subjective well-being among Chinese university students. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 25(3), 377–387. <https://doi.org/10.1007/s40299-016-0274-5>
6. Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., & Wang, C. S. (2023). Resilience and Quality of Life in People with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 19, 507–514. <https://doi.org/10.2147/NDT.S392332>
7. Eschleman, K. J., Bowling, N. A., & Alarcon, G. M. (2010). A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management*, 17(4), 277–307. <https://doi.org/10.1037/a0020476>
8. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *The American psychologist*, 55(6), 647–654. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.6.647>
9. Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
10. Fu, X.-L., Qian, Y., Jin, X.-H., Yu, H.-R., Wu, H., Du, L., Chen, H.-L., & Shi, Y.-Q. (2023). Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(2), 351–361. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001549>
11. Georgoulas Sherry, V., & Kelly, D. R. (2019). Resilience, Grit, and Hardiness: Determining the Relationships amongst These Constructs through Structural Equation Modeling Techniques. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*, 3, 165-178.
12. Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Pérez-Ara, A., Miranda-Mendizábal, A., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-

- Sanz, V., Alonso, J., & Roca, M. (2018). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: a meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 245, 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
13. Guillén, V., Tormo, M.E., Fonseca-Baeza, S., Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., & Marco, J. H. (2021). Resilience as a predictor of quality of life in participants with borderline personality disorder before and after treatment. *BMC Psychiatry*, 21(305), 305. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03312-0>
  14. Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
  15. Lara-Cabrera, M. L., Betancort, M., Muñoz-Rubilar, C. A., Rodríguez Novo, N., & De las Cuevas, C. (2021). The Mediating Role of Resilience in the Relationship between Perceived Stress and Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9762. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189762>
  16. Lee, D., Cha, B., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Lee, S. J., Seo, J. Y., Cho, Y. A., Ha, J. H., & Choi, J. W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 207, 434–441. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.075>
  17. Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A.-R., Kim, B., Lee, M. Y., & Lee, S. M. (2013). Resilience: A Meta-Analytic Approach. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 269–279. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x>
  18. Min, J. A., Jung, Y. E., Kim, D. J., Yim, H. W., Kim, J. J., Kim, T. S., Lee, C. U., Lee, C., & Chae, J. H. (2013). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 22(2), 231–241. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0153-3>
  19. Polizzi, C. P., & Lynn, S. J. (2021). Regulating Emotionality to Manage Adversity: A Systematic Review of the Relation Between Emotion Regulation and Psychological Resilience. *Cognitive Therapy and Research*, 45(4), 577–597. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10186-1>
  20. Reichenberg, L. W., & Seligman, L. (2016). *Selecting effective treatments: A comprehensive, systematic guide to treating mental disorders*. John Wiley & Sons.
  21. Rius-Ottenheim, N., van der Mast, R.C., Zitman, F.G., Giltay, E.J. (2012). The Role of Dispositional Optimism in Physical and Mental Well-Being. In: Efklides, A., Moraitou, D. (eds) *A Positive Psychology Perspective on Quality of Life*. Social Indicators Research Series (pp. 149–173). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-4963-4\\_9](https://doi.org/10.1007/978-94-007-4963-4_9)
  22. Seok, J. H., Lee, K. U., Kim, W., Lee, S. H., Kang, E. H., Ham, B. J., Yang, J. C., & Chae, J. H. (2012). Impact of early-life stress and resilience on patients with major depressive disorder. *Yonsei medical journal*, 53(6), 1093–1098. <https://doi.org/10.3349/ymj.2012.53.6.1093>
  23. Scali, J., Gandubert, C., Ritchie, K., Soulier, M., Ancelin, M. L., & Chaudieu, I.

- (2012). Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PloS one*, 7(6), 0039879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039879>
24. Tang, W. K. (2019). Resilience and Self-Compassion Related with Achievement Emotions, Test Anxiety, Intolerance of Uncertainty, and Academic Achievement. *Psychological Studies*, 64, 92–102. <https://doi.org/10.1007/s12646-019-00482-6>
25. Ungar, M., & Theron, L. (2019). Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 441–448. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30434-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30434-1)
26. Zarse, E. M., Neff, M. R., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J. E., & Chambers, R. A. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Medicine*, 6(1), 1581447. <https://doi.org/10.1080/2331205x.2019.1581447>

### **Відомості про авторів**

Ксенія ШИРОКОВА, здобувач ступеня «Магістр», КІСПП, Київ, Україна

*Kseniia Shyroкова, Student, KIMPP, Kyiv, Ukraine, corresponding author*

ORCID: 0009-0005-6244-1084

Email: shyrovaksenia@gmail.com

Євгенія ІВАНОВА, кандидат психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології КІСПП, Київ, Україна

*Yevheniia Ivanova, Candidate of Psychological Sciences, Assistant Professor of the Department of Clinical Psychology in Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy, Kyiv, Ukraine*

ORCID: 0009-0001-7956-2975

Email: burdiug.eo@gmail.com