

# КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

## КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Особливості динаміки психічного стану та стресостійкості цивільних осіб з  
психічними розладами в умовах війни**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-231 групи  
Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма  
Клінічна психологія

Широкова К.О.  
(прізвище та ініціали)

Керівники

к.психол.н.

Іванова Є.О.

к.психол.н., доц.

Карамушка Т.В.

(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту  
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 23 » червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

Д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П

підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.

підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ–2025**

**АНОТАЦІЯ**  
**ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ПСИХІЧНОГО СТАНУ**  
**ТА СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**  
**В УМОВАХ ВІЙНИ**

Представлене перше в Україні лонгітудне дослідження особливостей динаміки стресостійкості осіб з психічними розладами в умовах війни. Взяли участь 113 осіб, клінічна група складала 58 (51.3%) осіб, контрольна – 55 (48.7%). Протягом 4 раундів раз на півроку (2022-2024 рр.) учасникам були запропоновані опитувальники: шкала резильєнтності – CD-RISC-10; тест життєстійкості – Hardiness Survey; шкала задоволеності життям – SWLS; опитувальник психічного здоров'я – МНАІ; додаткові запитання методом монополярного семантичного диференціалу. Результати для клінічної групи показали стабільні показники без значущих змін за всіма методиками крім резильєнтності, де спостерігалось зростання між 1 та 2 раундами. Контрольна група мала більшу варіабельність та кількість змін в динаміці протягом дослідження. Самооцінка власної спроможності поратись з складними емоціями не показала різниці між групами. Подальших досліджень вимагають взаємозв'язки та розуміння клінічною групою досліджуваних конструктів.

**Ключові слова:** лонгітюд, життєстійкість, резильєнтність, задоволеність життям, психічні розлади, психічне здоров'я, війна.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОНЯТТЯ</b>	
<b>СТРЕСОСТІЙКОСТІ.....</b>	<b>8</b>
1.1 Стресостійкість як психологічне явище.....	8
1.2 Особливості стресостійкості в контексті війни.....	16
1.3 Зв'язок стресостійкості та психічних розладів.....	20
Висновки до розділу 1.....	27
<b>РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ</b>	
<b>ЛЮДЕЙ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....</b>	<b>28</b>
2.1. Дизайн дослідження.....	28
2.2. Характеристика вибірки.....	29
2.3. Обґрунтування методів емпіричного дослідження.....	33
Висновки до розділу 2.....	37
<b>РОЗДІЛ III. ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОВЕДЕНОГО</b>	
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ТА РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ</b>	
<b>НАВИЧОК СТРЕСОСТІЙКОСТІ.....</b>	<b>38</b>
3.1. Огляд отриманих результатів.....	38
3.2. Аналіз динаміки стресостійкості та супутніх показників.....	47
3.3. Інтерпретація отриманих результатів та визначення особливостей динаміки стресостійкості осіб з психічними розладами.....	66
3.4. Рекомендації по зміцненню та розвитку стресостійкості.....	71
Висновки до розділу 3.....	82
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>84</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>87</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>94</b>

## ВСТУП

**Актуальність:** Феномен стресостійкості з'явився у 1970-х роках та активно вивчається останні кілька десятиліть як закордонними (Кемерон Г. А., Лоуфорд Дж., Василікі Г.-Ш., Келлі Д., Коннор К. М., Девідсон Дж. Р. Т., Кобаса С. К., Мадді С., Лі Д., Чої Дж. та ін.), так і вітчизняними вченими (Кокун О. М., Бардин Н. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І., Титаренко Т. М., Мороз Л. І. та ін.). Існує чимало теорій щодо складових та чинників стресостійкості, проте досі не існує чіткого консенсусу щодо цього поняття і уніфікованого підходу до вивчення. Вивчення динаміки розвитку та змін стресостійкості представлене відносно невеликою кількістю публікацій, які мають розрізнені підходи та методологію. Тож дослідження тривають, розробляються нові теорії та психодіагностичний інструментарій.

Незадовго після залучення цього поняття до наукової психології деякі вчені почали пов'язувати стресостійкість з психічним здоров'ям та вивчати детальніше це явище у людей з різними психічними розладами. В першу чергу увагу дослідників привертає посттравматичний стресовий розлад, який, власне, виникає як відповідь на надмірний стрес, з яким не змогла впоратись психіка особистості. Низка досліджень також показує здебільшого знижені рівні стресостійкості у людей з іншими розладами незалежно від типу патології. При цьому деякі науковці вважають стресостійкість фундаментальною ознакою спроможності протистояти розвитку психічних захворювань навіть за наявності схильностей. Лонгітюдні дослідження стресостійкості осіб з наявними психіатричними діагнозами здебільшого проводились у формі навчального експерименту, де пацієнтів навчали стресостійкості в процесі психотерапії і збирали дані перед, після та через якийсь час після терапії. Проте ці явища ще недостатньо вивчені і є дискусійними, а в Україні дуже мало досліджень стресостійкості людей з ПТСР, депресії та тривожних розладів, і не знайдено публікацій про зв'язок з будь-якими іншими діагнозами.

У 2022 році Україну спіткала одна з найгірших можливих криз для нашої держави та суспільства – повномасштабне вторгнення країни-агресора. Війна.

Кожний українець відчув цілий спектр різних емоцій та станів починаючи з ранку 24 лютого. З тих пір весь світ пильно спостерігає за подіями в нашій країні, більшість намагаються допомогти та підтримати. Проблеми переживання війни та її психоемоційних наслідків для населення та військових досить активно вивчалися протягом останнього століття різними вченими та авторами (Дж. Андерсон, Р. Мерфі, Е. Гловер, Б. Т. Джонсон, Г. Р. Дубровинський, К. Островська, Д. О. Александров та ін.). Виникнення різноманітних психологічних симптомів і розладів у суспільстві у конфліктних ситуаціях широко задокументовано великою кількістю досліджень, хоча серед них майже відсутні лонгітюдні праці. Проте також існують докази стійкості більш ніж половини населення перед обличчям війни (Murthy et. al., 2006). Війна в Україні – перша війна подібного масштабу в Європі за останні 80 років, ще й з ризиком переходу у Третю світову. При тому важливим фактором є надзвичайний розвиток технологій і можливість як бути в курсі актуальних подій, фактично, свідками людям з усього світу, так і можливість проводити дослідження під час війни з розкиданими по країні та світі респондентами.

Досліджень особливостей стресостійкості та переживання війни людей з розладами у сучасній науці бракує, оскільки вони складають лише невелику частину суспільства і зазвичай увага приділялася вивченню військових та цивільних загалом. До того ж, враховуючи мінімальне придеставлення лонгітюдних досліджень в українській психології, актуальність обраної теми полягає в її вузькопрофільності, унікальності умов дослідження та загальному недостатньому теоретичному та емпіричному вивченні зазначених тем.

**Об'єкт:** психічний стан та стресостійкість осіб з психічними розладами.

**Предмет:** динаміка психічного стану та стресостійкості осіб з психічними розладами в умовах війни.

**Мета:** виявити особливості динаміки психічного стану та стресостійкості цивільних осіб з психічними розладами в умовах війни.

**Завдання дослідження:**

1. Розглянути наявні теоретичні знання щодо особливостей та динаміки психічного стану та стресостійкості, зокрема осіб з психічними розладами.
2. Розробити дизайн та провести емпіричне дослідження динаміки психічного стану та стресостійкості осіб з психічними розладами в умовах війни.
3. Використовуючи методи статистичного аналізу даних обробити результати проведеного дослідження, визначити особливості динаміки змін психічного стану та стресостійкості осіб з психічними розладами в умовах війни та порівняти з показниками контрольної групи.
4. Отримані результати інтерпретувати та порівняти з попередніми роботами вітчизняних та зарубіжних вчених, розробити рекомендації для практичної діяльності та виявити потенційні напрямки подальшого дослідження теми.

**Методи:** 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, MHA1, 2021; монополярний семантичний диференціал (5 конструктів); статистичний аналіз даних за допомогою методів описової статистики, перевірки внутрішньої узгодженості, дисперсійного аналізу для повторюваних вимірювань (ANOVA).

**Характеристика вибірки:** у дослідженні взяли участь 113 осіб, клінічна група осіб з психіатричними діагнозами склала 58 (51.3%) осіб, контрольна – 55 (48.7%). Всі респонденти надали інформовану згоду та проходили дослідження в форматі онлайн за допомогою сервісу Google Forms.

**Дослідницькі питання:**

– Які є відмінності між показниками резильєнтності, життєстійкості та психічного здоров'я між групою осіб з психічними діагнозами та без них протягом 4 раундів дослідження?

– Які особливості динаміки цих показників для клінічної вибірки?

– Чи є відмінності у динаміці між клінічною та контрольною групами?

**Гіпотези:**

– Показники резильєнтності та життєстійкості виявляться значно вищими у контрольної групи проти клінічної, а симптоми депресії, ПТСР, тривоги, зловживання алкоголем та суїцидальних намірів нижчими.

– Динаміка показників буде позитивною та прямолінійною для контрольної групи. Якщо на початку спостерігався перетин скринінгового порогу, то буде повернення до норми або наближення до неї.

– Для клінічної групи динаміка покаже значущу відмінність від контрольної або в бік негативних тенденцій, або вирабельності/хаотичності результатів у різних раундах.

– Самооцінка за авторськими питаннями буде показувати більш хаотичну динаміку та більшу дисперсію даних з гіршими показниками для клінічної групи.

**Теоретична та практична значущість роботи:** дослідження особливостей динаміки осіб з психічними розладами в умовах війни є першим подібним дослідженням в Україні. Робота стосується розробки актуальної теми стресостійкості, яка потребує додаткової інформації для уточнення її фундаментальних понять та структури. Окремим важливим внеском є вивчення стресостійкості саме осіб з тривалою історією психічних розладів, оскільки даних на цю тему бракує в світовій науці.

Дані, отримані завдяки цьому дослідженню, можуть бути використані для подальшого вивчення особливостей уявлення про стресостійкість особами з психічними розладами, розробки схем психотерапевтичних інтервенцій, а також відповідного психодіагностичного інструментарію.

**Апробація результатів дослідження** відбувалась шляхом участі у науково-практичній конференції «Війна, мир, людина: сучасний погляд та переосмислення» (12–13 квітня 2025 року, м. Київ) з виступом «Дослідження стресостійкості осіб із психічними розладами у період війни» та публікації статті на тему «Психологічна стійкість в умовах війни: порівняльний аналіз осіб з психічними розладами та без них» у періодичному науковому виданні «Київський журнал сучасної психології та психотерапії».

## РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОНЯТТЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ

### 1.1. Стресостійкість як психологічне явище.

Перш ніж підійти до поняття стресостійкості варто розглянути термін «стрес». У науковому полі він існує у тому чи іншому вигляді близько ста років. Спочатку «стрес» (англ. stress – тиск, напруження, зусилля) виник у механіці і означав «напругу» як зміну характеристик матеріалу у відповідь на зовнішній вплив. З 1930-х років термін з’являється у біології для позначення фізіологічних або зовнішніх впливів, які могли викликати фізіологічне та психічне «напруження», перешкоди для гомеостазу. Популярності у сучасному психологічному значенні цей термін завдячує видатному канадському вченому Гансу Сельє. У 1974 році він запропонував визначення, яке було прийняте досі здебільшого залишається актуальним: **стрес** – сформована організмом неспецифічна відповідь, що виникає за умов будь-якого навантаження (Сабо, 2019). Під «неспецифічною» відповіддю Сельє мав на увазі спільні елементи відповіді організму, незалежно від характеру причинного фактора. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров’я від 2023 року: **стрес** – це стан занепокоєння або психічної напруги, викликаний складною ситуацією. Він є природною реакцією людини, яка спонукає нас відповідати на виклики та загрози у нашому житті (World Health Organisation, 2023). У сучасній науковій літературі термін «стрес» вживається в трьох основних значеннях:

- зовнішні фактори, що спричиняють напруження або збудження, їх називають «стресорами»;
- внутрішня реакція людини, що відображає психічний стан напруження та емоційні процеси подолання – психологічний вимір поняття;
- фізіологічна реакція організму на зовнішні вимоги або шкідливі впливи – біологічний вимір. Власне, саме у цьому значенні Сельє досліджував поняття стресу, оскільки в першу чергу був лікарем (Бардин та ін., 2021).

Насправді два останні виміри співіснують та перегукуються. Біологічні концепції наразі розглядають стрес як усвідомлену або неусвідомлену загрозу гомеостазу, де реакція організму має певний ступінь специфічності. Це залежить, з-поміж іншого, від виду стресора, його сприйняття організмом та оцінки власних можливостей впоратися. А мозок є основним місцем, де відчуються впливи стресорів і ініціюються відповідні координовані поведінкові та нейроендокринні реакції. Тож, якщо розглядати гомеостаз як психологічний добробут людини, то можна сказати, що визначення подібні в своїй сутності (Goldstein & Kopin, 2007). Стан стресу фактично виникає у відповідь на загрозу організму та захищає від фізичних та психічних наслідків. Тобто, якщо людина перебуває у стресі – це означає, що вона протистоїть небезпеці, і це є нормальною реакцією здорового організму, його захисний механізм.

Можна зробити висновок, що ця реакція може мати як негативні, так і позитивні наслідки. Сельє запропонував класифікацію стресу за цією ознакою на «дистрес» та «еустрес» – так звані «поганий» та «хороший» стрес. У даному випадку еустрес означає адаптивну реакцію, що допомагає підлаштуватись до існуючого середовища та навчитись поратись з його викликами. Еустрес є помірним стресом, який є достатнім, щоб змусити організм реагувати та вчитись, але не є надмірним щоб не нашкодити здоров'ю. Межа між цими поняттями вважається суто індивідуальною, адже оптимальний рівень стресу визначається особливостями кожного організму, як його фізіологічних, так і психічних процесів (Siyu et al., 2021). Сельє запропонував три універсальні стадії подолання стресу: «Загальний адаптаційний синдром»: початкова «реакція тривоги», аналогічна реакції Кеннона «бий або біжи», стадія адаптації, пов'язана зі стійкістю до стресора, і, зрештою, стадія виснаження та смерті. Якщо врахувати концепцію трьох універсальних стадій протікання стресу (Goldstein & Kopin, 2007), еустрес має бути таким, щоб викликати першу стадію – реакцію тривоги, і не дійти до третьої – стадії виснаження, яка може призвести до серйозної шкоди організму або навіть загибелі. Друга стадія – власне, адаптація, на якій ми будемо фокусуватися у нашому дослідженні.

Хоча ефективна адаптація дійсно запобігає шкідливим наслідкам для організму в конкретних ситуаціях, тривала експозиція до стресу, накопичений або хронічний стрес можуть викликати як фізичні захворювання, так і психічні розлади. Таким чином, адаптація у випадках частої повторюваності або хронічного стресу вимагає стратегій та навичок з більш пролонгованим впливом: прогнозування, планування, передбачення небезпеки тощо. Здатність гнучко адаптувати реакції на стрес до мінливого середовища є критично важливою для здатності відновлюватися після викликів або стресорів, яку називають стресостійкістю (Cameron & Schoenfeld, 2018). У психології стресостійкість розглядають як здатність людини підтримувати нормальну продуктивність, адаптуючись до дії екстремальних факторів довкілля та професійної діяльності. Вона також визначається як навичка соціальної адаптації, що сприяє ефективній самореалізації, досягненню життєвих цілей, збереженню працездатності й фізичного здоров'я. Формування стресостійкості передбачає пошук та мобілізацію ресурсів, які допомагають особистості долати негативні наслідки стресових подій. Людина з високим рівнем стресостійкості демонструє здатність активно протидіяти стресорам різного характеру, що сприяє її психологічному та фізичному благополуччю, соціальному визнанню, а також успішності у професійній та поведінковій сферах (Бардин та ін., 2021).

Єдиного загальноприйнятого погляду на стресостійкість та її структуру в сучасній науці не існує, і, незважаючи на зростаючу кількість досліджень резильєнтності, існує значна методологічна неоднорідність в концептуалізації цього конструкту (Cosco et al., 2017). Різноманітність методів призводять до того, що під одним конструктом «стресостійкості/резильєнтності» можуть вимірюватися різні аспекти адаптації, що спричиняє труднощі для дослідницької та практичної діяльності. В психологічному вимірі це явище присутнє під різними термінами у складі різних теорій: «стресостійкість», «життєстійкість», «життєздатність», «стійкість до травми», «адаптивність до стресу», «психологічна пружність», «психологічна стійкість», «резилієнс», «резильєнтність», «резистентність» тощо (Кокун, 2024). Окремо варто

зазначити, що «резилієнс» – це прямий переклад слова «стресостійкість» або просто «стійкість» англійською. Тож термінологічна база української та європейської науки мають певні відмінності, а інколи навіть плутанину через мовні особливості. В межах нашого дослідження стресостійкістю ми будемо називати узагальнююче поняття, а детально розглядати дві з теорій: резильєнтність (резилієнс) та життєстійкість.

Термін «**резилієнс**» увійшов у наукову літературу з 1970-х років, коли лонгітюдне дослідження з дітьми, які мали важке дитинство – частина з них протягом життя виявилися спроможними подолати психотравмівні наслідки та вирости психічно здоровими, соціалізованими членами суспільства, як і ті, хто не мав подібних труднощів (Бардин та ін., 2021). З тих пір численні дослідження показали, що резильєнтність є багатовимірною характеристикою, яка формується індивідуально, в залежності від часу, віку, статі, культурного походження, а також від обставин, у яких зростає та живе людина (Гармезі, 1985; Раттер та ін., 1985; Селігман та Чіксентміхайі, 2000; Вернер і Сміт, 1992, Бонанно, 2004; Лютар, Чікетті та Беккер, 2000) і, хоча досі тривають дискусії щодо пошуку уніфікованого визначення та теорії, існує багато погоджених факторів, що зробили його своєрідним узагальнюючим терміном в англійській літературі. Наприклад, Американська психологічна асоціація наступне визначення:

**Резильєнтність** – це процес і результат успішної адаптації до складних або небезпечних життєвих ситуацій, що забезпечується гнучкістю мислення, емоцій та поведінки, а також здатністю пристосовуватися до зовнішніх і внутрішніх вимог. На здатність людини долати труднощі впливає низка чинників, серед яких найважливішими є: (а) спосіб, у який люди сприймають і взаємодіють із навколишнім світом, (б) доступність і якість соціальних ресурсів, та (в) конкретні стратегії подолання труднощів. Психологічні дослідження свідчать, що ресурси й навички, пов'язані з позитивною адаптацією, можна розвивати й удосконалювати через практику. Також відома як психологічна стійкість (American Psychological Association, 2024).

Деякі дослідники розглядають резильєнтність як процеси поведінкової, когнітивної та емоційної реакції на стресові життєві події, які сприяють стійкості перед стресорами великої інтенсивності: позитивна оцінка, духовність, активне подолання, самоефективність, формування сенсу та навчання і прийняття обмежень (Georgoulas Sherry & Kelly, 2019). Важливим аспектом, який відзначають більшість вчених є варіативність резильєнтності, тобто її показник є несталим та може змінюватись в залежності від ситуації, попереднього досвіду, психологічного та фізіологічного стану тощо. Наприклад, Річардсон запропонував теорію резильєнтності як біопсиходуховної рівноваги, що перегукується з поняттям гомеостазу, де людина починає з точки балансу і адаптується до поточних життєвих обставин і таким чином навчається. На думку дослідника в житті завжди присутні певні стресори, а здатність поратись з ними залежить від попереднього досвіду, як успішного так і невдалого, який значно порушує баланс. В залежності від ситуації, можливий один з чотирьох варіантів розвитку подій:

1. Порушення стає можливістю для зростання та підвищення резильєнтності, що призводить до нового, вищого рівня гомеостазу.
2. Повернення до початкового рівня гомеостазу без змін.
3. Відновлення з втратою, що формує нижчий рівень гомеостазу.
4. Дисфункціональний стан, коли для подолання стресорів використовуються неадаптивні стратегії та рівень гомеостазу значно знижується (Connor & Davidson, 2003).

Поняття **життєстійкості** вперше було введене в науковий обіг приблизно в той самий час, у 1970-х роках, американським психологом Сьюзен Кобаса. Вона вивчала психологічний вплив стресу на здоров'я та виявила, що люди з високим рівнем життєвої міцності мають більшу стійкість до стресу та менше схильні до фізичних та психічних захворювань, пов'язаних зі стресом (Kobasa, 1979). В українських психологічних дослідженнях існує три підходи до трактування поняття життєстійкості. Перший підхід вважає, що життєстійкість є внутрішнім ресурсом людини, який допомагає їй у подоланні стресу. Другий стверджує, що

життєстійкість є комплексною психологічною властивістю, що розвивається через особистий досвід у подоланні стресу. Третій описує життєстійкість як здібності людини до соціально-психологічного пристосування, які базуються на динаміці саморегуляції з використанням смислових ресурсів (Титаренко, 2009).

Життєстійкість може бути розглянута у широкому контексті як бажання людини вижити та за будь-яких умов зберегти свою індивідуальність, сенсожиттєві установки, розвиватися та жити повноцінно. Тобто, не лише вміння, а і бажання перетворювати стресові ситуації на можливості для прояву особистих можливостей та підвищення ефективності у пристосуванні до змін. Для цього необхідно мати певні ресурси: фізичні – стан фізичного здоров'я та психічної працездатності, а також відсутність обмежень, пов'язаних з захворюваннями; психологічні – інтелектуальні здібності та емоційно-вольову частину особистості; особистісні – внутрішню гідність, самооцінку, самоповагу тощо; соціальні – визнання близькими та знайомими, роботу, підтримку сім'ї, друзів та соціальний статус (Кокун, 2020).

Салваторе Р. Мадді визначив життєстійкість як поєднання психологічних установок людини, що надають їй сміливості та мотивації для важкої стратегічної роботи – перетворення стресових обставин з потенційних катастроф на можливості зростання. В певному сенсі це установки, що створюють умови для так званого посттравматичного зростання, а не посттравматичного дистресу (Maddi, 2006). За його теорією життєстійкість складається з трьох компонентів:

1. Залученість – ставлення людини до себе, світу та характеру взаємодії з ним, яка надає мотивацію для самореалізації, лідерства та здорового способу мислення і поведінки, здатність бути більш відкритим та відчувати дотичність до світу та суспільства.
2. Контроль над обставинами – відчуття, що є можливість вплинути на ситуацію та стресогенні зміни, що є протилежним безпорадності та пасивності.
3. Прийняття ризику – здатність розглядати життєві події та проблеми як можливість особистісного зростання та розвитку.

За Мадді, для збереження здоров'я та досягнення оптимальної працездатності в стресових ситуаціях важливо, щоб у людини були розвинені всі три компоненти (Maddi, 1996).

Розглянуті теорії не вичерпують поглядів на стресостійкість в сучасній науці. Існує чимало психодіагностичного інструментарію, розробленого на базі різних підходів, та останні дослідження в цій темі нерідко присвячені порівнянню різних поглядів, їхніх відмінностей та спільних моментів з метою оптимізації та спроби віднайти цілісний та сталий уніфікований теоретичний та, відповідно, діагностичний підхід. При тому навіть не дивлячись на теоретичні відмінності зазначених теорій резильєнтності та життєстійкості – вони виявляються дуже схожими за результатами багатьох досліджень, проте одна зі складових життєстійкості – прийняття ризику – виявляється відмінною та не корелює з резильєнтністю (Georgoulas Sherry & Kelly, 2019). Схожість можна частково пояснити тим, що один з найбільш використовуваних інструментів дослідження резильєнтності – Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона, CD-RISC – була побудована на аналізі робіт кількох дослідників, в тому числі теорії життєстійкості Кобаси. В той же час деякі вчені зазначають, що стресостійкість особистості може мати різні рівні в залежності від сфери, що тому вже існують окремі опитувальники, наприклад, щодо професійної життєстійкості. Тривають дискусії, чи можна вважати резильєнтною людину, яка має, наприклад, високі показники у робочій сфері, але низькі у контексті особистих стосунків та взаємодії з іншими (Connor & Davidson, 2003).

У дослідженнях стресостійкості на базі будь-якої теорії залучаються певні інші психологічні явища, що вважаються супутніми для цього поняття або такими, що впливають/піддаються впливу рівня стресостійкості. Наприклад, низка робіт підтверджує прямий зв'язок між стресостійкістю та рівнем якості та задоволеності життям (Lawford & Eiser, 2001; Beutel et al., 2009). Також особистісні та анамнестичні аспекти вважаються перспективними сферами для структуризації уявлення про місце стресостійкості в психіці: психічне здоров'я, наявність раннього травматичного досвіду, несприятливих умов дитинства,

сприйнятий стрес, добробут, відчуття цілісності, самоспівчуття, емоційний інтелект та ін.

Окремої уваги заслуговують роботи, що спрямовані на вивчення генетичних чинників, тобто, попередньої визначеності стресостійкості у особи на основі її фенотипу. У статті 2016 року представлені результати кількох хвиль опитування 7500 дорослих близнюків і було виявлено, що існують певні передумови для більш стійкої стресостійкості, що зумовлена генетичним набором людини. Також, що у чоловіків та жінок різні гени впливають на цю властивість. Проте все ж підтверджено, що фенотип є лише базою, але не єдиним фактором для розвитку чи ослаблення стресостійкості – не меншу роль грає середовище та обставини життя особи від народження, які можуть як зміцнити закладену стресостійкість, так і розхитати (Amstadter et al., 2014).

З огляду на лонгітюдні дослідження даної теми можна зазначити, що ця ніша є мало розкритою, хоча останнім часом з'являється все більше комплексних досліджень різної тривалості, що дає можливість розглянути ширше стресостійкість як динамічну властивість. Такі дослідження дають змогу виявляти траєкторії розвитку цих якостей, ідентифікувати довгострокові фактори ризику та захисні фактори, а також оцінювати віддалені наслідки терапевтичних втручань. Більшість лонгітюдних досліджень спрямовані на вивчення впливу травматичних подій або відслідковування короткотривалих наслідків терапевтичних інтервенцій, спрямованих на зміцнення стресостійкості. Зокрема, чимало досліджень присвячені стресостійкості у зв'язку з пандемією COVID-19. У Сингапурському дослідженні 2023 року робили 3 хвили опитувань, де виявилось, що з роками рівень стресостійкості у респондентів статистично значуще знижувався від початкового у 2020 році (Sumner et al., 2023).

За останнє десятиліття з'явилась низка праць, що вивчають стресостійкість без експериментальних впливів. Наприклад, у одному німецькому дослідженні, що тривало 4,5 років і досі продовжується, було використано як психологічні, так і біологічні та нейропсихологічні фактори: 1191 респондент без зафіксованих психіатричних діагнозів проходить комплексну діагностику – батарея

психодіагностичних методик та інтерв'ювання для оцінки стану психічного здоров'я, врахування соціально-демографічних даних та способу життя, факторів пов'язаних із стресостійкістю, життєвого анамнезу, нейропсихологічна оцінка та біоматеріал (кров для генетичного та епігенетичного аналізу, кал для мікробіому та волосся для аналізу кортизолу) (Chmitorz et al., 2021). Діапазон даних та можливість мати до них доступ, яку автори надають іншим, дозволяє дослідникам аналізувати явище з різних аспектів та вибудовувати новітні моделі стресостійкості (Ahrens et al., 2024), а також розробляти психодіагностичні методики (Petri-Romão et al., 2024). Тож в темі стресостійкості як психологічного феномену досі лишається чимало дискусійних питань та напрямків для подальших досліджень.

## **1.2. Особливості стресостійкості в контексті війни.**

В кожній людини є індивідуальні теми або ситуації, де вона може почуватися більш чутливою та мати більший ризик обтяжуючих наслідків впливу стресорів. Але є ситуації, які самі по собі визначаються, як психотравмуючі – насильство, природні катастрофи, війна. Вони становлять значне випробування для організму та його внутрішнього балансу, оскільки можуть не лише спричинити дистрес, але і закарбуватися в пам'яті та впливати на подальшу поведінку та якість життя людини. В першу чергу йдеться про загрозу життю людини, порушене базове почуття безпеки, яке в сучасному цивілізованому світі є звичним і тим, що здебільшого непомітно існує, є першоосновою буття. Сучасне суспільство, якщо не йдеться про криміногенні країни або території з високим рівнем загрози стихійних лих, здебільшого не стикається з екзистенційною необхідністю зберігати фізичне життя себе та своїх близьких. Світ стає ворожим та викликає базову тривогу, необхідність змін. Тож виникнення подібних ситуацій змінює звичне бачення світу та свого життя, змушує передивитись цінності та світогляд, уявлення про себе. Ця трансформація може відбутись без надмірних зусиль та наслідків для психічного здоров'я особистості, а може не опрацюватися вчасно та кристалізуватися у

вигляді травматичного досвіду та навіть психічного розладу. Якщо говорити про чинники, які впливають на здатність людини пережити подібні події без серйозних наслідків, варто звернутись до поняття стресостійкості, як того, яке визначає здатність адаптуватись до стресових подій, навіть такого масштабу. Проте більшість людей у випадку вищезазначених катастроф зазнає незвичного рівня стресу та не має навичок адаптації до них (Мороз & Березюк, 2023).

Варто зазначити, що до безпосередньої загрози життю як стресогенного чинника у часи війни треба додати велику кількість додаткових труднощів, з якими стикається будь-яка особа, яка навіть не знаходиться в епіцентрі або не бере безпосередньої участі у бойових діях: тривога про або втрата близьких або майна, брак товарів/ресурсів, питання еміграції, адаптації до нових умов життя у випадку переїзду, надмірна кількість суперечливої інформації, соціальний тиск як на цивільних, так і військових тощо. Психологічно напад росії на Україну переживається як колективна психологічна травма, яка не обмежена в просторі, розтягнута в часі й охоплює як прямих, так і непрямих учасників, що об'єднані єдиною територією, культурою та ментальністю. Війна триває вже 3 роки, кількість постраждалих зростає, населення та військові відчувають втому і це є частиною динаміки та різноплановості переживання довготривалої війни, яку чимало досліджують сучасні вчені (Беднарчик та ін., 2023). Особливістю сучасної війни є масштабність її інформаційного фронту, який є потужним інструментом маніпуляції свідомістю людей всіх прошарків населення. Зазначається, що для протистояння цьому впливу необхідно розвивати в собі такі якості як критичне мислення, довіру до себе та стресостійкість. На думку науковців саме вони допоможуть зберегти психічне здоров'я та ефективно адаптуватись до нових реалій (Гурлева & Журавльова, 2022).

Ще Євген Краснушкін (1885-1951) досліджував психологічні реакції людей на тривалі військові конфлікти та помітив, що постійна загроза життю призводить до своєрідного «звикання» до страху. Спочатку сильні емоції згодом переходять у більш спокійне ставлення до небезпеки. Однак, така адаптація не проходить безслідно. Постійне напруження через очікування загрози виснажує

нервову систему і може призвести до розвитку хронічної втоми, безсоння та депресії. Люди часто розробляють захисні механізми, наприклад, стають більш сонливими під час тривоги або занурюються в роботу, щоб відволіктися. Ці механізми допомагають вижити, але можуть мати довготривалі негативні наслідки (Беднарчик та ін., 2023).

Психотравмуючі впливи війни порушують злагоджену роботу системи саморегуляції людини, що логічно призводить до зниження стресостійкості. Це може призвести до виникнення тривожних розладів та посттравматичного стресового розладу. Наукові дослідження, зокрема роботи Костишина, Яковець та інших, підтверджують, що саме стійкість до стресу є основною мішенню для психотравматичних впливів (Костишин & Яковець, 2022).

В середині 2022 року, через кілька місяців після початку вторгнення, було проведено Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни», в якому взяли участь 1257 респондентів. Отримані результати свідчать про значне зниження резильєнтності серед досліджуваної групи порівняно з довоєнними показниками. Лише невелика частина респондентів продемонструвала рівень стійкості характерний для здорових людей. Це підсилюється високим рівнем симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у вибірці, що суттєво перевищує показники військовослужбовців, які брали безпосередню участь у бойових діях. Незважаючи на загальне зниження стійкості, спостерігається зростання цінування життя серед респондентів, що, на думку автора, може свідчити про певний процес адаптації до нових, стресових умов. Однак, паралельно з цим, виявлено переважання стратегії «прийняття виклику» над іншими компонентами професійної життєстійкості, що може свідчити про підвищену напругу та виснаження. Аналіз результатів за підгрупами показав, що особи, які брали активну участь у воєнних діях, демонструють вищу психологічну стійкість та професійну життєстійкість порівняно з тими, хто перебував у пасивній ролі, тож активна участь у подоланні наслідків війни може бути одним із факторів, що сприяє збереженню психічного здоров'я (Кокур, 2022).

Цікаво, що молоді особи з високою психологічною стійкістю, як правило, задоволені своїм життям навіть в умовах війни. Вони позитивно налаштовані, відчують більше щастя та мають міцніші соціальні зв'язки. Статистичні дані підтверджують, що в молодих людей стійкість тісно пов'язана з загальним психічним здоров'ям, задоволеністю життям та певними особистісними рисами, такими як дружелюбність, відповідальність та емоційна рівновага (Kostruba & Liashko, 2023).

Дослідження професійної життестійкості показало, що особистісна резильєнтність допомагає фахівцям успішно долати професійні та життєві виклики. Чоловіки, як правило, демонструють вищу стійкість, що може бути пов'язано з різними факторами, включаючи соціокультурні очікування, біологічні особливості та особливості виховання. Також результати вказують на те, що професійна включеність та орієнтація на кар'єру позитивно корелюють з психологічною стійкістю, тобто фахівці, які відчувають себе залученими до своєї роботи і бачать в ній сенс, краще справляються зі стресом і труднощами (Панасенко, 2024).

Порівняльний аналіз результатів показників стійкості, тривоги, депресії та ПТСР у студентів з інвалідністю та без інвалідності продемонстрував схожий рівень психологічної стійкості в умовах тривалої війни. Незважаючи на різні фізичні можливості, обидві групи успішно долали виклики, пов'язані з бойовими діями, та адаптувалися до нових умов життя. Дослідники припустили, що фактори, які сприяють такій адаптації, можуть бути пов'язані з особистісними ресурсами, соціальною підтримкою, а також тим, що дослідження проведене після одного року від початку подій, а не в гострій фазі бойових дій (Овчаренко, 2023).

Існує певна кількість досліджень стресостійкості, в тому числі лонгітюдних, в умовах інших військових конфліктів. Наприклад, після початку повномасштабної війни в Україні, у 2023 році розгорнулася масштабна війна між Ізраїлем та Газою, яка одразу привернула увагу науковців. І, хоча ізраїльське суспільство має особливі обставини, оскільки знаходиться в стані періодичних

військових дій, обстрілів та конфліктів вже багато десятиліть, результати їхніх досліджень дають цінну інформацію для розуміння стресостійкості в умовах війни. Наприклад, група вчених зібрала дані через 5 днів після розгортання конфлікту та за місяць і виявилось, що сильним прогностичним фактором стресостійкості було відчуття суспільної єдності та згуртованості, що частково може перегукуватись з концептом “Залученості” у теорії життєстійкості. (Kaím et al., 2024). Новітні дослідження з біженцями та внутрішньо-переміщеними особами (Lane et al., 2025) зазвичай свідчать, що вищий рівень стресостійкості зумовлює сприятливіші психологічні наслідки в умовах війни, менший ризик виникнення або посилення симптомів. Хоча здебільшого йдеться про вивчення симптомів ПТСР або депресії.

Попри зростаючий перелік досліджень, наразі залишаються відкритими багато питань, що стосуються безпосередньо проживання активної фази війни різними групами населення. Сучасна війна між Україною та росією є трагічною, але унікальною можливістю для вивчення різних психологічних аспектів проживання масштабного військового конфлікту вперше за 80 років на території Європи завдяки розвитку технологій та появі інструментів для прямого контакту з респондентами з різних регіонів з різним рівнем активності бойових дій, безпосередньо в процесі проживання ними стресових ситуацій, на відміну від попередніх широкомасштабних війн, коли досліджувалися більшістю лише наслідки для обмеженої простором вибірки.

### **1.3. Зв’язок стресостійкості та психічних розладів.**

Більшість людей протягом життя набувають певного травматичного досвіду, який може бути фактором ризику для розвитку різних психічних розладів, але не у всіх вони виникають. Здебільшого люди здатні адаптуватися та пережити складні події із незначними порушеннями або повернутися до попереднього рівня функціонування після короткотривалого періоду реактивних симптомів. Мадді та Хошаба першими висунули теорію про стресостійкість як індикатор психічного здоров’я у 1994 році, яка з того моменту активно

досліджувалась (Maddi & Khoshaba, 1994). Початково дослідники розглядали стресостійкість як захисний механізм проти розвитку розладів, однак згодом виявилось, що вона не завжди може повністю запобігти психопатології. Можна виокремити два умовних види досліджень в зазначеній сфері: вивчення стійкості до розвитку розладів та стресостійкості осіб, в яких розлади вже наявні.

Чимало досліджень науковців з різних країн світу (Віско та ін., 2022; Бонанно, 2021; Фіно та ін., 2020; Вольф та ін., 2018; Хорн та ін., 2016; Веалін та ін., 2013; Мін та ін., 2013) присвячені резильєнтності осіб з ПТСР, тривожними та депресивними розладами: виявлено, що високий рівень стресостійкості пов'язується з нижчим ризиком розвитку цих розладів. Дослідження резильєнтності та психозів показали аналогічний зв'язок – у пацієнтів з довгою історією шизофренії, тих, хто нещодавно отримав цей діагноз та осіб з високим ризиком розвитку психозу рівень резильєнтності був значно нижчий, ніж у неклінічної вибірки (Vozikas et al., 2016). Важливо зазначити, що стресостійкість людей з психічними розладами також вважається динамічною та такою, яку можна та треба розвивати. Так само, як в здоровій популяції, рівень стресостійкості вважається значним предиктором якості та задоволеності життям (Guillén et al., 2021). Розглянемо детальніше наукові висновки щодо зв'язків між стресостійкістю та наявністю певних діагнозів, які пов'язані з високою експозицією до стресу, тривожною та афективною симптоматикою.

Біполярний афективний розлад (БАР) характеризується двома або більше епізодами суттєвими порушеннями настрою та рівню активності пацієнта у вигляді підйому настрою та підвищення енергії та активності (гіпоманія або манія) та/або зниження настрою, енергії та активності (депресія) (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2019). Не дивлячись на сильний спадковий компонент, вважається, що стрес також відіграє важливу роль у виникненні розладу та рецидивах обох станів. Крім того, наявність БАР пов'язана з підвищеною частотою виникнення ПТСР, а психотравматизація в дитинстві пов'язана з раннім початком та частішими рецидивами, які легко провокуються навіть низьким рівнем стресу. Виходячи з

цього можна припустити, що пацієнти з БАР мають низьку толерантність до стресу та життєвих труднощів, однак існує небагато досліджень стресостійкості подібних осіб.

Вивчення взаємозв'язку між резильєнтністю та якістю життя у пацієнтів з БАР продемонструвало позитивну кореляцію, при тому сильнішу, ніж у контрольній групі. Оскільки особи з високим рівнем резильєнтності використовують активні стратегії подолання, а не уникнення, дослідники припустили, що пацієнти з БАР, які мають високий рівень резильєнтності, можуть частіше звертатися по професійну допомогу та відновлювати енергію через дозвілля (Lee et al., 2017).

У дослідженні 2015 року в Кореї було виявлено, що рівень імпульсивності і кількість депресивних епізодів у пацієнтів з БАР мали незалежні значущі зв'язки з резильєнтністю, а нижчий рівень резильєнтності мав позитивну кореляцію зі схильністю до імпульсивної поведінки в стресових ситуаціях. Крім того, група з БАР мала нижчий рівень резильєнтності та вищий рівень імпульсивності порівняно з контрольною групою. Був зроблений висновок, що резильєнтність є важливим прогностичним фактором, пов'язаним із перебігом БАР (Choi et al., 2015).

Депресія та тривожні розлади мають особливу клінічну важливість через їхню поширеність, супутню інвалідизацію та високу частоту рецидивів. При депресії людина страждає від зниження настрою, зниження енергії та активності. До частих симптомів відносять: зниження відчуття задоволення, інтересу, концентрації, лібідо, самооцінки та впевненості в собі, порушення сну та апетиту, втомлюваність від найменших зусиль та інше. В залежності від кількості та тяжкості симптомів депресивний епізод може визначатись як легкий, помірний або важкий. В тривожних розладах основним симптомом є тривога, яка виникає або переважно в певних чітко визначених ситуаціях, які наразі не є небезпечними, або не обмежується будь-якою конкретною ситуацією навколишнього середовища. Також можуть бути присутні депресивні та

обсесивні симптоми як вторинні (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2019).

Обидва типи розладів пов'язуються з низьким рівнем стресостійкості як предиктором та супутником симптомів, а її розвиток вважається одним з напрямків зменшення інтенсивності проявів (Seok et al., 2012). В дослідженнях останнього десятиріччя розглядаються додаткові фактори та можливі зв'язки між ними та низькою стресостійкістю у людей з депресивними та/або тривожними розладами. Наприклад, в одному з них низька духовність та тривожність як риса особистості виявилися ключовими незалежними предикторами низької стресостійкості у пацієнтів з цими діагнозами (Min et al., 2012).

В іншому дослідженні вивчали вплив психічного розладу та травматизації протягом життя на резильєнтність у вибірці жінок із групи високого ризику і отримали неочікувані результати: рівень резильєнтності був зворотно пов'язаний з наявністю поточного психічного розладу, але незалежно позитивно пов'язаний з попереднім травматичним досвідом. При тому вчені зазначають, що на самооцінку стійкості впливають як поточний розлад, так і історія травми. Відомо, що травматичні події можуть мати як негативний, так і позитивний вплив на психічне здоров'я в залежності від природи травми та попередній досвід, а в даному дослідженні виявилось, що люди з певним – не надмірним або недостатнім – попереднім травматичним досвідом були найменш схильні до впливу недавніх негативних подій. Це відкриття дослідники пов'язують з концепцією посттравматичного зростання, коли процес подолання труднощів призводить до підвищення рівня психологічного функціонування і благополуччя, та назвали подібним до ефекту «вакцинації» (Scali et al., 2012).

Також лонгітюдне дослідження з пацієнтами з тяжкими психіатричними розладами або з тяжкою депресією без психозу показало, що пацієнти мали стабільно вищий дистрес і нижчу резильєнтність порівняно з контрольною групою і різниця зберігалась протягом всіх хвиль дворічного дослідження. При

цьому серед пацієнтів з тяжкою депресією рівень дистресу був найвищим, а резилієнтності – найнижчим (Post et al., 2024).

Емоційно-нестабільний або межовий розлад особистості (МРО), як частково виходить з назви, розвивається з дитинства або підліткового віку та може проявлятися у всіх або переважній частині наступних симптомів: дисрегуляція та вибуховість емоцій, нестабільність у міжособистісних стосунках, патологічний страх покинутості, імпульсивність, агресивність, порушення самоідентифікації, самоушкоджуюча поведінка та суїцидальність, хронічне відчуття внутрішньої порожнечі, транзиторні стресогенні параноїдальні думки та дисоціація. Вони проявляються в усіх або майже всіх сферах життя та серйозно заважають повноцінному життю людини (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2019). Через широкий спектр симптоматики та її наближеність до клінічної картини інших діагнозів, МРО асоціюється з високим рівнем коморбідності (співіснування кількох розладів).

Досліджень щодо резильєнтності та МРО бракує, проте так само як і з попередніми розглянутими діагнозами, наявні результати демонструють значно нижчі показники резильєнтності МРО ніж у неклінічної популяції. Схожі спостереження також у показниках якості та задоволеності життям, чинником чого може виступати більша кількість негативних життєвих подій та низька резильєнтність. Наприклад, дослідження з сиблінгами свідчать про те, що у ситуації жорстокого поводження з дитиною або нехтування, резильєнтність включає розвиток здорових та продуктивних навичок подолання, які дозволяють жертві переживати травму зменшуючи потенційні негативні наслідки у вигляді розладу (Rybarcuk, 2019).

Заслугує окремої уваги робота П. Фонагь та колег з критикою сучасної психодіагностичної практики. Вони вважають, що традиційні симптомоцентричні та категоріальні моделі не здатні адекватно відобразити динаміку психічних розладів. Клінічний стан часто змінюється, а чіткі межі між «симптомними» та особистісними розладами стираються через високу

коморбідність. Спираючись на подібні дослідження інших вчених автори пропонують введення так званого загального фактору психопатології (р-фактор), який об'єднує схильність до всіх форм психічних розладів, як фундаментальну вразливість до психічних розладів, що може пояснити високу коморбідність і труднощі в діагностиці та лікуванні. В центр своєї концепції вони ставлять відносини між соціальним середовищем та особистістю з її індивідуальною здатністю до соціального пізнання і стверджують, що наявність або відсутність резильєнтності є результатом динаміки цих відносин. Вони розглядають відсутність резильєнтності як ядро розладів особистості, тобто пропонують розуміти р-фактор як індикатор слабкості резильєнтності. До того ж автори приводять аналіз, який свідчить про те, що люди з високим р-фактором мають труднощі з регуляцією/контролем у взаємодії з іншими, середовищем і собою, що відображає основні риси МРО — емоційну дисрегуляцію, імпульсивність і соціальну дисфункцію — і, таким чином, доходять висновку, що МРО може відображати ядро патології особистості та бути найбільш репрезентативним серед усіх розладів особистості. Важливо зазначити, що, на думку авторів, резильєнтність також визначається не лише зовнішніми обставинами та поведінкою людини у стресових ситуацій, а й тим, як людина їх сприймає та оцінює, тобто самооцінка резильєнтності може не відповідати поведінковій складовій (Fonagy et al., 2017). Ці фактори були згадані в українській статті, де результати дослідження осіб з психічними розладами в умовах воєнних дій показали очікувано менші показники психічного здоров'я та стресостійкості у осіб з розладами порівняно з контрольною групою, проте більшість цих відмінностей була незначуща, а кореляційні зв'язки вказували на можливе різне розуміння та самооцінювання наданих конструктів респондентами різних груп (Широкова & Іванова, 2025).

Результати іспанського дослідження 2021 року виявили, що особи з МРО мали значно нижчі показники резильєнтності та якості життя ніж неклінічна вибірка, при цьому резильєнтність виступала предиктором якості життя лише в

клінічної популяції (Guillén et al., 2021), що підтвердило гіпотезу Фонагь про відсутність резильєнтності як ключового фактора МРО.

## Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз наукових джерел щодо заявленої теми дозволяє зробити висновок, що поняття стресостійкості є відносно новим для наукової психології, але попри велику кількість досліджень досі немає консенсусу щодо визначення та складників цього поняття, що створює певні труднощі у вивченні цього феномену. Одними з найвідоміших підходів є теорії резильєнтності та життєстійкості, які з'явилися в 1970-х роках та мають найбільшу представленість у вигляді використання опитувальників у дослідженнях в різних частинах світу. Лонгітюдні дослідження стресостійкості представлені низкою закордонних робіт, що дають важливі дані для розуміння цього феномену, але поки що не дають вичерпної інформації про динаміку стресостійкості. Водночас стресостійкість є одним з важливих показників у вивченні стійкості та відновлення від впливу війни. Наукові праці в цьому напрямку існують в різні часи та обставини, втім війна України з росією має виняткове значення, оскільки це перший військовий конфлікт подібного масштабу на теренах Європи з часів Другої світової війни, коли дослідницькі можливості були вкрай обмежені та мали інші стандарти порівняно з сьогоденням. Існує чимало праць останніх років, що присвячені стресостійкості українців різних прошарків населення, спеціальностей та інших факторів, проте не знайдено жодної, яка б стосувалася стресостійкості людей з розладами в цих умовах, в тому числі майже не представлені лонгітюдні дослідження. Єдині дві категорії психічних порушень, наявні в науковому просторі сучасної України в стані війни, є ПТСР та депресивно-тривожні розлади, хоча останніх набагато менше. Оскільки світовій спільноті також бракує даних про особливості стресостійкості пацієнтів психіатрії, лонгітюдне дослідження в цьому напрямку може зробити вагомий внесок у розуміння зазначених психологічних явищ та їхніх зв'язків.

## РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЛЮДЕЙ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ

### 2.1. Дизайн дослідження

Для досягнення мети дослідження було набрано дві групи осіб – з вже встановленими психіатричними діагнозами та контрольну групу без них. Кожна з груп мала бути чисельністю як мінімум 35 учасників. Критеріями включення в загальну вибірку були визначені наступні: вік більше 18 років, українське громадянство, цивільний статус. Для включення у вибіркoву сукупність в особи мав бути вже встановлений лікарем-психіатром психіатричний діагноз, який пов'язаний з високою експозицією до стресу, тривожною та афективною симптоматикою. Цільовими діагнозами були обрані тривожні та депресивні розлади, біполярні афективні розлади та межовий розлад особистості.

Дослідження динаміки відбувалось за рахунок повторюваних вимірювань раз на півроку протягом 2 років. Загалом – 4 раунди, з липня 2022 року до квітня 2024. В кожному раунді респондентам пропонувався однаковий перелік методик та питань в однаковому порядку. Для ідентифікації учасників між раундами було застосовано унікальні кодові ідентифікатори.

Дослідження має певні обмеження: вибірка неоднорідна за тим, який вплив війни зазнали учасники, виїхали за кордон чи ні; об'єднання людей з діагнозами у одну сукупність може впливати на точність результатів відносно конкретних категорій розладів; не враховано інтенсивність симптоматики, історію хвороби з часом, який минув з моменту постановки діагнозу та успішність фармако- та психотерапії; коморбідність також виступає ускладнюючим чинником; можливе спотворення відповідей через прояви розладів та історію самооцінки особистістю своїх здатностей до адаптації, задоволеності життям та ін.; неможливість перевірити схильність або наявність недіагностованих розладів у контрольної групи крім змін, зафіксованих протягом 2 років проведення дослідження.

## 2.2. Характеристика вибірки

Загальна вибірка склала 113 респондентів, проте лише 78 з них пройшли повністю всі опитувальники у всіх раундах. В межах даної роботи було вирішено не виключати осіб з неповним проходженням, а враховувати відсутні дані відповідно до вимог кожного окремого методу аналізу даних, тож кількість відповідей може коливатися. Всі учасники надали інформовану згоду на участь в дослідженні та обробку даних. Збір даних відбувався онлайн за допомогою Google Forms. До вибіркової сукупності респондентів, які на момент проходження дослідження мали встановлені психіатричні діагнози, увійшло 58 (51.3%) осіб – розподіл був здійснений за останніми наявними даними про діагноз особи, що проходила дослідження. Тобто, якщо на початку дослідження особа не мала встановленого діагнозу, але його встановили перед другим раундом, а потім вона не проходила дослідження – така особа зарахована у вибірку за фактом останніх даних про наявність діагнозу на етапі другого раунду. Оскільки кількість людей, в яких протягом 4 раундів діагноз було знято або поставлено, незначна – 5 (4.4%), було вирішено цей параметр не враховувати. На основі аналізу теоретичного матеріалу розподіл за основними встановленими діагнозами виглядає наступним чином: тривожні та/або депресивні розлади – 28 (коморбідність у 2), МРО – 16 (коморбідність у 4), БАП – 14 (коморбідність у 4), інші діагнози – 8. Контрольна група складає 55 (48.7%) людини, які не мали встановленого психіатричного діагнозу.

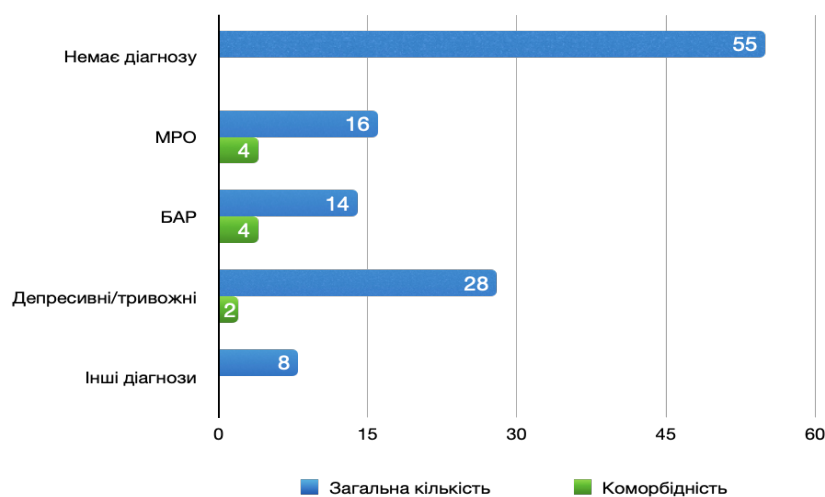


Рис.2.2.1. Розподіл досліджуваних за наявністю діагнозів

Серед респондентів 94 (83.2%) жінки та 19 (16.8%) чоловіків, віком від 20 до 50 років на момент початку проходження дослідження. Середній вік - 29.2 років ( $SD = 5.38$ ). На момент початку проходження дослідження не мали партнера 54 респондентів (47.8%), перебували у стосунках – 23 (20.4%), у шлюбі – 36 (31.9%). При цьому більшість учасників не мала дітей – 93 (82.3%), решта мали хоча б одну дитину – 20 (17.7%).

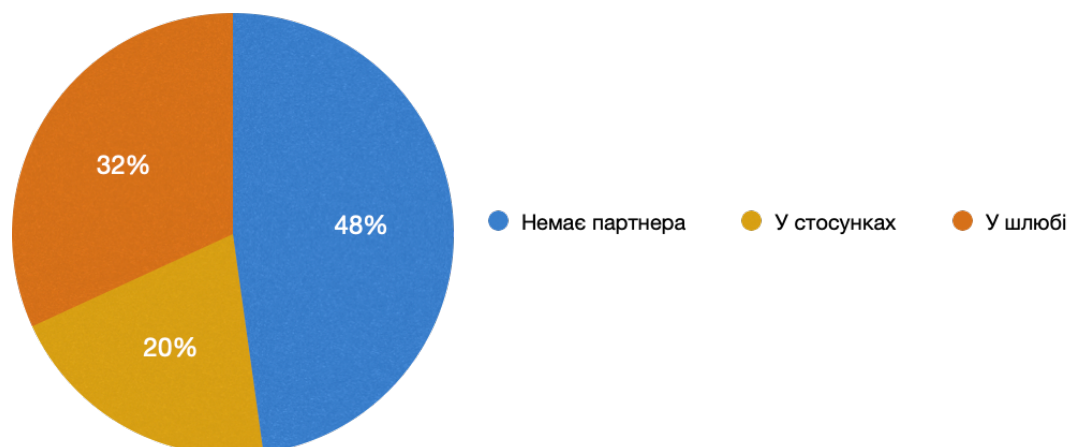


Рис.2.2.2. Розподіл досліджуваних за сімейним станом

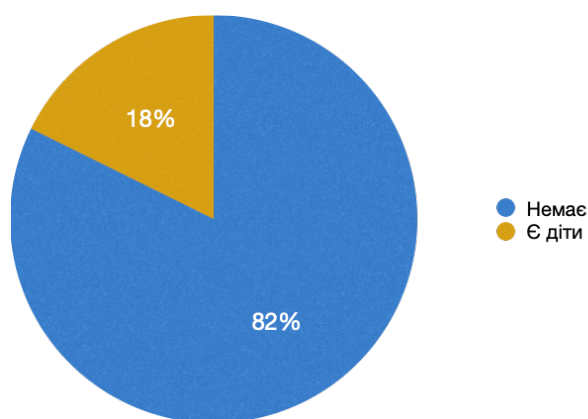


Рис.2.2.3. Розподіл досліджуваних за наявністю дітей

Важливим аспектом може виступати місце проживання респондентів, оскільки повномасштабне вторгнення спричинило хвилю вимушеного переміщення цивільних осіб і це також могло вплинути на показники, що вивчаються в даному дослідженні. До 24.02.2022 в Україні мешкали 106 (93.8%) респондентів, закордоном – 7 (6.2%). Після початку повномасштабного

вторгнення 38 (33.6%) виїхали закордон хоча б один раз. Протягом періоду проведення дослідження 12 (10.6%) повернулися назад в Україну. Станом на 4 раунд, з тих учасників, які в ньому взяли участь ( $n = 91$ ), в Україні проживало 64 (70.3%) респондентів, закордоном – 27 (29.7%).

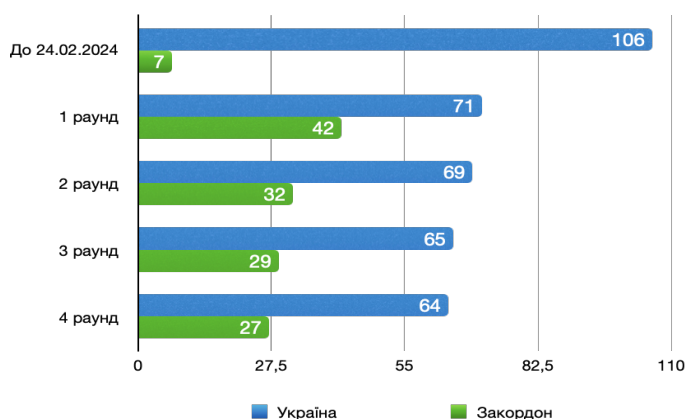


Рис.2.2.4. Розподіл досліджуваних за місцем проживання

Респонденти також надали відповіді на деякі додаткові запитання з авторської анкети, які розширюють інформацію щодо впливу війни та їхнього досвіду в психологічному консультуванні/психотерапії та психіатрії. На запитання “Хтось з Ваших знайомих знаходиться на фронті?” більше половини учасників відповіли негативно – 57 (50.4%), знайомі або далекі родичі на фронті у 16 (14.2%), близькі друзі або родичі у 40 (35.4%). Розподіл відповідей учасників, які взяли участь у останньому раунді ( $n = 91$ ), на це питання зазнав незначних змін: ні – 41 (45.1%), знайомі або далекі родичі на фронті – 15 (16.5%), близькі друзі або родичі – 35 (38.5%).

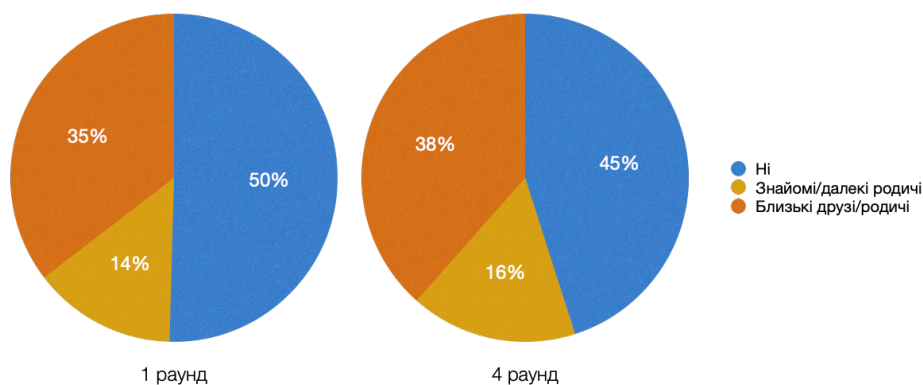


Рис.2.2.5. Розподіл досліджуваних за знаходженням знайомих учасникам осіб на фронті

Розподіл за тим, чи зазнали респонденти або їхні близькі фізичної або майнової шкоди від війни на момент проходження першого раунду, склався наступним чином: ніхто не постраждав у 62 (54.9%) осіб, хтось зазнав шкоди у 51 (45.1%). До четвертого раунду, серед учасників, що продовжували участь (n = 91), розподіл майже не змінився: ніхто не постраждав у 47 (51.6%) осіб, хтось зазнав шкоди у 44 (48.4%).

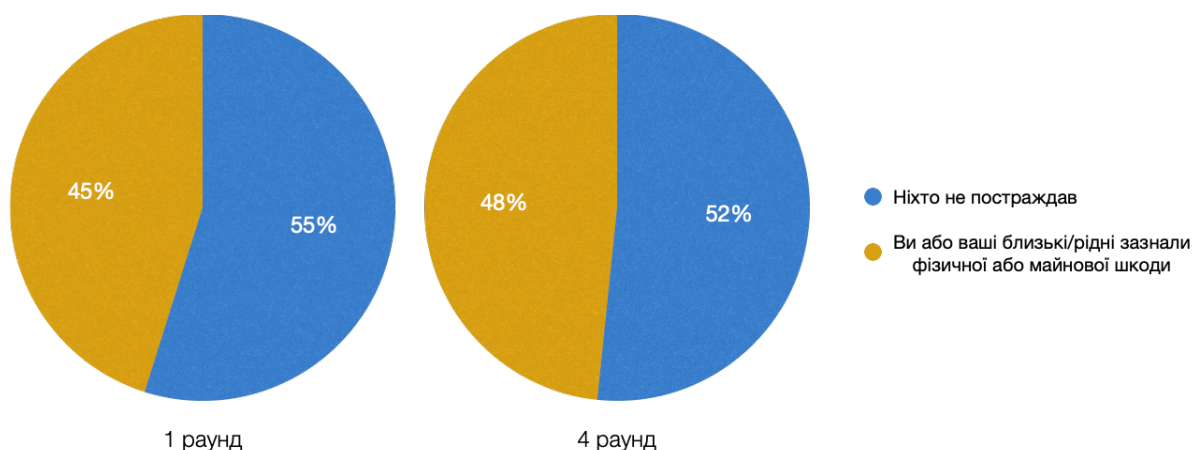


Рис.2.2.6. Розподіл досліджуваних за тим, чи через війну була заподіяна шкода їм або їхнім близьким

Щодо досвіду психотерапії виявилось, що на початку дослідження чверть учасників не мала досвіду взагалі – 26 (23.0%), мали попередній досвід, але на момент проходження дослідження не відвідували психолога чи психотерапевта – 55 (48.7%), відвідували під час участі в опитуванні – 32 (28.3%). Протягом 4 раундів ситуація дещо змінилась і, виключаючи відсутніх учасників (n = 91), наприкінці розподіл був наступним: не мали досвіду взагалі – 16 (17.6%), мали попередній досвід, але наразі не в терапії – 32 (35.2%), відвідували терапевта або психолога – 43 (47.3%).

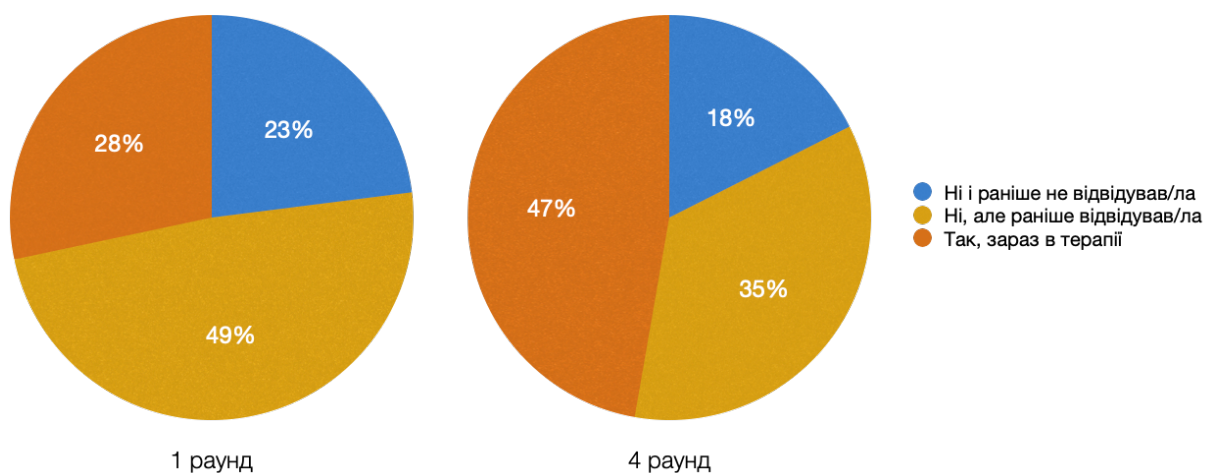


Рис.2.2.7. Розподіл досліджуваних за наявністю досвіду психотерапії

### 2.3. Обґрунтування методів емпіричного дослідження.

Як було зазначено у теоретичному розділі цієї роботи, дослідження стресостійкості осіб з психічними розладами в умовах війни вимагає багатовимірного вивчення. У нашому дослідженні були враховані найбільш часто пов'язувані з цими темами психологічні феномени та підібрані відповідні психодіагностичні методики:

1. Шкала резильєнтності – CD-RISC-10; K. Connor, J. Davidson, Campbell-Sills, L. and Stein, M.B., 2007.
2. Тест життєстійкості – Hardiness Survey; Maddi, 1984.
3. Шкала задоволеності життям – SWLS; Diener, Emmons, Larsen and Griffith, 1985.
4. Опитувальник психічного здоров'я – МНАІ, 2021.

Оригінальна **шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC-25)** була створена 2003 року на основі кількох теорій стресостійкості, що було детально розглянуто у теоретичному розділі. Вона містила 25 пунктів, проте у 2007 році дослідники Кемпбелл-Сіллс та Штейн розробили скорочену версію на 10 пунктів – CD-RISC-10. Кожне твердження оцінюється на основі того, як людина почувалася протягом останнього місяця, за п'ятибальною шкалою: від «Зовсім невірно» (0) до «Майже завжди вірно» (4). Загальний бал варіюється від

0 до 40, де вищі показники означають вищий рівень резильєнтності (Connor & Davidson, 2003).

**Тест життєстійкості** був розроблений американським психологом Сальваторе Мадді на основі авторської теорії життєстійкості, яку ми згадували у першому розділі. Цей опитувальник дозволяє вимірювати здатність людини витримувати стресові ситуації та зберігати внутрішню збалансованість, не знижуючи при цьому своєї ефективності. Опитувальник складається з 45 тверджень, прямих та зворотних, які в результаті утворюють три шкали: залученість, контроль та прийняття ризику, а також сума всіх балів показує загальний рівень життєстійкості, який може бути від 0 до 135.

**Шкала задоволеності життям (ШЗЖ)** була створена в 1985 році Дінером та співавторами (Diener et al., 1985) як інструмент для оцінки суб'єктивного благополуччя і стала одним з найвідоміших інструментів вимірювання цього конструкту. Складається з 5 запитань, які оцінюються за 7-бальною шкалою Лайкерта. Сума отриманих балів від 5 до 35 показує загальний рівень задоволеності життям респондентів (Олефір & Боснюк, 2024).

**Опитувальник психічного здоров'я** (англ. назва MHAІ – mental health assessment instrument) був розроблений на базі Національного університету «Києво-Могилянська академія» та Університету Джонса Гопкінса (США) для проекту ЮСЕЙД «Дослідження ефективності і процесу впровадження різних версій програм психічного здоров'я для ветеранів АТО і переселенців в Україні» та попередньо був призначений лише для використання організаціями та фахівцями, які перенаправлятимуть клієнтів на участь у програмі, проте згодом був адаптований для загального користування як скрінінг психічного здоров'я за декількома показниками. Створений на основі інших існуючих методик оцінки психічних розладів і функціонування з урахуванням якісного дослідження, проведеного у 2016 році серед ВПО, ветеранів АТО та фахівців психічного здоров'я, які працювали з їхніми запитами. В результаті був створений опитувальник з 19 прямих запитань, відповіді на які розподіляються по 4 шкалах:

депресія, посттравматичний стресовий розлад, тривожність та зловживання алкоголем (Doty et al., 2018).

Методом монополярного диференціалу за шкалою Лайкерта (оцінка від 0 до 4 балів) учасники мали оцінити декілька тверджень:

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.

Для перевірки на внутрішню узгодженість отриманих відповідей на опитувальники було використано коефіцієнт  $\alpha$ -Кронбаха. Аналіз був проведений для кожної шкали та підшкали кожного раунду окремо (див. Додаток А) і показав, що у більшості методик в усіх раундах задовільний рівень внутрішньої узгодженості ( $\alpha > 0.7$ ) або вище: CD-RISC-10 ( $\alpha = 0.828 - 0.860$ ), SWLS ( $\alpha = 0.789 - 0.856$ ), МНАІ-симптоми депресії ( $\alpha = 0.770 - 0.799$ ), МНАІ-симптоми ПТСР ( $\alpha = 0.847 - 0.887$ ), МНАІ-тривога ( $\alpha = 0.726 - 0.764$ ). Гірший показник має підшкала МНАІ-Зловживання алкоголем ( $\alpha = 0.566 - 0.701$ ), що є очікуваним, оскільки ця підшкала складається лише з двох питань, які хоч і стосуються однієї теми, але оцінюють різні її аспекти. Окремої уваги заслуговує результат тесту Життестійкості та його підшкал. Цей тест показує хорошу внутрішню узгодженість за підшкалами залученості ( $\alpha = 0.829 - 0.877$ ), контролю ( $\alpha = 0.841 - 0.878$ ) та високу за загальною життестійкістю ( $\alpha = 0.921 - 0.939$ ), відстає лише шкала прийняття ризику ( $\alpha = 0.704 - 0.750$ ), хоча вона все ж на нижній межі задовільних показників. Проте з перевіркою окремих елементів всередині опитувальника, виявилось, що два питання в деяких раундах показують результат, що негативно корелює з загальним показником, до якого вони мають входити. Питання 6 – “Я змінюю свої плани в залежності від обставин“, підшкала контролю – негативно корелювало з підшкалою контролю у 3 та 4 раунді, а також з загальною життестійкістю у 1,3 та 4 раундах. Питання 12 – “Я намагаюсь бути

в курсі всього, що відбувається довкола мене“, підшкала залученості, – негативно корелювало в усіх раундах як з відповідною підшкалою, так і з загальною життєстійкістю (див. табл. 2.3.1).

Табл. 2.3.1.

### Перевірка внутрішньої узгодженості тесту Життєстійкості

	<b>α-Кронбаха</b>			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
<b>Залученість</b>	0.877	0.847	0.829	0.868
	<i>№12 негативно корелює з загальною шкалою</i>	<i>№12 негативно корелює з загальною шкалою</i>	<i>№12 негативно корелює з загальною шкалою</i>	<i>№12 негативно корелює з загальною шкалою</i>
<b>Контроль</b>	0.878	0.841	0.841	0.856
			<i>№6 негативно корелює з загальною шкалою</i>	<i>№6 негативно корелює з загальною шкалою</i>
<b>Прийняття ризику</b>	0.704	0.712	0.707	0.750
<b>Загальна життєстійкість</b>	0.939	0.923	0.921	0.931
	<i>№6 та №12 негативно корелюють з загальною шкалою</i>	<i>№12 негативно корелює з загальною шкалою</i>	<i>№6 та №12 негативно корелюють з загальною шкалою</i>	<i>№6 та №12 негативно корелюють з загальною шкалою</i>

## Висновки до розділу 2

Наше лонгітюдне дослідження залучило 113 цивільних українців, з яких було сформовано вибірку сукупність осіб з діагнозами ( $n = 58$ ) та контрольну групу ( $n = 55$ ). До соціо-демографічних даних було долучено інформацію про стать та вік респондентів, сімейний стан, наявність дітей, близьких, які служать у ЗСУ, близьких, які постраждали фізично чи матеріально від бойових дій, місце знаходження (в Україні чи закордоном) та досвід психотерапії. Враховуючи попереднє теоретичне опрацювання досліджуваної теми було підібрано батарею стандартизованих психодіагностичних методик з метою багатогранного вивчення явище стресостійкості: Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона, CD-RISC-10, 2007; Тест життєстійкості, Hardiness Survey, 1984; Шкала задоволеності життям, SWLS, 1985; Опитувальник психічного здоров'я, МНАІ, 2021. Збір даних відбувався у 4 раунди раз на півроку протягом 2022-2024 років.

Всі отримані результати було перевірено на внутрішню узгодженість, де більшість з них показало високі рівні, крім підшкали Зловживання алкоголем (МНАІ), що зумовлено її структурою, що складається лише з двох питань.

## РОЗДІЛ III. ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОВЕДЕНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ З ПОКРАЩЕННЯ НАВИЧОК СТРЕСОСТІЙКОСТІ

### 3.1. Огляд отриманих результатів

В першу чергу варто розглянути описові статистики за всіма шкалами протягом дослідження з розподілом на групи та проінтерпретувати згідно з інструкціями до опитувальників. За шкалою резильєнтності (див. Табл. 3.1.1) помітно, що у клінічної вибірки середнє нижче у всіх раундах, проте різниця середніх найбільша у першому раунді ( $\mu_1 - \mu_2 = 3.3$ ) і поступово зменшується до четвертого раунду ( $\mu_1 - \mu_2 = 0.9$ ), також і загалом показник у контрольній групі поступово дещо зменшується (раунд 1: 26.6, раунд 4: 25.9), тоді як у клінічній вибірці хвилеобразно зростає (раунд 1: 23.2; раунд 4: 25.0). При цьому стандартне відхилення та загалом розкид відповідей у клінічній вибірці більші як мінімум на 1 пункт у всіх раундах. Показники нормальності розподілу здебільшого дозволяють використання параметричних методів аналізу цих результатів, оскільки лише в першому раунді у контрольній групі виявлено ненормальний розподіл. Згідно з запропонованою під час української адаптації інтерпретацією шкали середні бали наших респондентів контрольної групи ледь сягають рівня помірної резильєнтності ( $CD-RISC-10_{1,2,3} > 26$ ) у перших трьох раундах, і переходять межу низької у четвертому ( $CD-RISC-10_4 < 26$ ), тоді як середні показники клінічної знаходяться на верхній межі низької ( $CD-RISC-10 < 26$ ) протягом всього дослідження. У перших трьох раундах також мінімальне значення контрольної групи вдвічі більше ніж в клінічній, тоді як у четвертому раунді ситуація змінюється і мінімальне значення клінічної виявляється вищим ніж у контрольної сукупності. Максимальні значення обох груп в найвищому діапазоні балів.

## Описові статистики за шкалою Резильєнтності

CD-RISC-10	Група	N	Відсутні	Середнє	Медіана	Ст. відх.	Min	Max	Шапиро-Віллка	
									W	p
Раунд 1	Немає діагнозу	53	2	26.6	28	6.08	15	37	0.950	0.027
	Є діагноз	54	4	23.2	23	6.84	7	37	0.985	0.714
Раунд 2	Немає діагнозу	51	4	26.5	27	5.68	13	39	0.989	0.905
	Є діагноз	47	11	24.9	25	7.12	6	40	0.991	0.970
Раунд 3	Немає діагнозу	46	9	26.4	26.5	5.56	16	38	0.982	0.681
	Є діагноз	43	15	24.2	25	7.67	8	39	0.970	0.316
Раунд 4	Немає діагнозу	48	7	25.9	26.5	6.31	9	39	0.979	0.542
	Є діагноз	42	16	25.0	24	7.53	11	40	0.968	0.284

У результатах тесту Життєстійкості схожим чином спостерігається тенденція до менших балів у клінічної вибірки за всіма підшкалами та загальною життєстійкістю протягом всіх раундів дослідження (див. Додаток Б). Також наявна тенденція до незначного зменшення всіх показників у контрольній вибірки та збільшення у клінічної. Стандартне відхилення у більшості випадків більше у клінічній вибірці. Нормальність розподілу підтверджена у всіх показниках цієї шкали за всі раунди, крім загальної життєстійкості клінічної групи у 1 раунді ( $p < 0.05$ ). Порівняно з референсними значеннями, приведеними в описі тесту, обидві групи нашої вибірки отримали значно нижчі середні бали за підшкалою залученості ( $\mu = 25.4 - 32.6$ ;  $\mu_{\text{ref}} = 37.64$ ), контролю ( $\mu = 21.4 - 25.4$ ;  $\mu_{\text{ref}} = 29.17$ ) та загальної життєстійкості ( $\mu = 60.7 - 75.8$ ;  $\mu_{\text{ref}} = 80.72$ ), проте вищі показники за показниками прийняття ризику ( $\mu = 13.9 - 17.9$ ;  $\mu_{\text{ref}} = 13.91$ ).

Дані, отримані за шкалою Задоволеності життям (див. Табл. 3.1.2), виявили, що у клінічній групі зберігається певна тенденція до зростання балів протягом дослідження, тоді як контрольна група в даному випадку показує коливання,

проте здебільшого лишається на тому самому рівні, а середнє відхилення навіть зменшується. На жаль, інтерпретації значень шкали не передбачено, проте всі середні значення знаходяться в середньому діапазоні можливих балів за шкалою (SWLS = 5 – 35). Всі дані за цією шкалою мають нормальний розподіл.

Табл. 3.1.2.

### Описові статистики за шкалою Задоволеності життям

SWLS	Група	N	Відсутні	Середнє	Медіана	Ст. відх.	Min	Max	Шاپіро-Віллка	
									W	p
Раунд 1	Немає діагнозу	52	3	22.2	23.5	6.28	5	33	0.972	0.249
	Є діагноз	52	6	17.7	16.5	6.82	7	33	0.958	0.066
Раунд 2	Немає діагнозу	51	4	23.3	24	5.44	10	33	0.959	0.077
	Є діагноз	47	11	18.9	19	6.87	8	35	0.969	0.243
Раунд 3	Немає діагнозу	46	9	21.5	22	5.20	12	34	0.978	0.517
	Є діагноз	43	15	18.8	19	6.83	5	30	0.966	0.221
Раунд 4	Немає діагнозу	48	7	22.3	22.5	4.83	13	31	0.969	0.226
	Є діагноз	42	16	20.3	20.5	7.01	6	35	0.983	0.770

Результати опитувальника психічного здоров'я МНАІ показали, що за вираженістю симптомів депресії (див. Табл. 3.1.3) клінічна група має дещо вищі показники ніж контрольна. Обидві групи мають певну тенденцію до зниження результатів як за середніми значеннями, так і стандартними відхиленням, проте все одно середні бали обох груп у всіх раундах перетинають скринінговий бар'єр (МНАІ<sub>депресія</sub>  $\geq$  7). За результатами шкали симптомів ПТСР наявна така ж різниця між групами, проте динаміка зменшення показників більш виражена та стабільна лише у клінічній групі, хоча максимальні бали контрольної групи нижчі у всіх раундах. Вся вибірка перетинає скринінговий бар'єр для цієї шкали (МНАІ<sub>ПТСР</sub>  $\geq$  9).

Табл. 3.1.3.

## Описові статистики за опитувальником МНАІ (депресія та ПТСР)

МНАІ	Група	N	Відсутні	Середнє	Медіана	Ст. відх.	Min	Max	Шапиро-Віллка	
									W	p
<b>Депресія</b>										
Раунд 1	Немає діагнозу	52	3	8.8	8.5	4.66	1	18	0.970	0.215
	Є діагноз	53	5	10.7	11	4.15	3	18	0.965	0.119
Раунд 2	Немає діагнозу	50	5	7.5	8	3.87	1	16	0.967	0.182
	Є діагноз	46	12	9.9	10	4.37	2	19	0.977	0.479
Раунд 3	Немає діагнозу	46	9	8.5	8	3.83	2	17	0.968	0.238
	Є діагноз	44	14	9.7	9	4.27	3	21	0.947	0.042
Раунд 4	Немає діагнозу	48	7	8.3	7.5	4.19	1	16	0.954	0.057
	Є діагноз	42	16	9.6	9.5	4.04	3	17	0.957	0.111
<b>ПТСР</b>										
Раунд 1	Немає діагнозу	52	3	14.1	13	7.92	2	30	0.956	0.051
	Є діагноз	53	5	17.3	17	7.58	4	32	0.953	0.037
Раунд 2	Немає діагнозу	50	5	12.1	12	6.12	1	26	0.975	0.377
	Є діагноз	46	12	16.2	15	7.17	2	33	0.983	0.740
Раунд 3	Немає діагнозу	46	9	14.0	13	6.81	2	29	0.975	0.418
	Є діагноз	44	14	16.6	19	7.83	4	35	0.950	0.053
Раунд 4	Немає діагнозу	48	7	13.4	13	6.97	1	25	0.957	0.074
	Є діагноз	42	16	15.9	16	7.16	3	31	0.971	0.354

Подібна динаміка спостерігається також за шкалою тривоги (див. Табл. 3.1.4), де клінічна вибірка показує поступове зменшення середніх показників та стандартного відхилення, а контрольна більш хвилеподібні зміни. Згідно з інтерпретацією даних показників можна сказати, що більшість учасників не досягають скринінгового порогу ( $MNAI_{\text{тривога}} \geq 6$ ). Результати за шкалою зловживання алкоголем мають найменш узгоджені показники, що зумовлено її особливостями, проте важливо, що респонденти нашого дослідження в кожному раунді використали повний діапазон можливих балів ( $MNAI_{\text{зл.алкоголем}} = 0 - 11$ ).

За цією шкалою клінічна вибірка має нижчі результати протягом всіх раундів та обидві групи не показують спрямованих змін в динаміці. Згідно з інтерпретацією всі середні значення обох груп за всі раунди не перетинають скринінговий поріг ( $MNAI_{зл.алкоголем} \geq 7$ ). Ненормальний розподіл виявлено у клінічної групи у 3 раунді за шкалою симптомів депресії, 1 раунді за шкалою симптомів ПТСР. За показниками тривоги більшість даних мають значення р Шапіро-Вілка нижче або дуже близьке до 0.05, що говорить про здебільшого ненормальний розподіл. Шкала зловживання алкоголем в обох групах протягом всіх раундів має ненормальний розподіл.

Табл. 3.1.4.

**Описові статистики за опитувальником МНАІ (тривога та зловживання алкоголем)**

МНАІ	Група	N	Відсутні	Середнє	Медіана	Ст. відх.	Min	Max	Шапіро-Вілка	
									W	p
<b>Тривога</b>										
Раунд 1	Немає діагнозу	52	3	4.0	4	2.56	0	11	0.951	0.031
	Є діагноз	53	5	4.9	5	2.81	0	12	0.952	0.032
Раунд 2	Немає діагнозу	50	5	3.4	3	1.92	0	9	0.958	0.073
	Є діагноз	46	12	4.8	4	2.72	0	11	0.958	0.096
Раунд 3	Немає діагнозу	46	9	4.0	4	2.33	0	9	0.963	0.146
	Є діагноз	44	14	4.7	5	2.64	0	10	0.95	0.056
Раунд 4	Немає діагнозу	48	7	3.7	3	2.41	0	8	0.943	0.021
	Є діагноз	42	16	4.2	4	2.47	0	12	0.949	0.059
<b>Зловживання алкоголем</b>										
Раунд 1	Немає діагнозу	52	3	6.4	7	3.32	0	11	0.936	0.008
	Є діагноз	53	5	4.6	4	3.88	0	11	0.883	< .001
Раунд 2	Немає діагнозу	50	5	6.0	6	2.82	0	11	0.949	0.032
	Є діагноз	46	12	4.7	4	3.66	0	11	0.912	0.002
Раунд 3	Немає діагнозу	46	9	6.4	7	3.29	0	11	0.923	0.005
	Є діагноз	44	14	5.4	6	4.03	0	11	0.882	< .001
Раунд 4	Немає діагнозу	48	7	6.2	6	3.16	2	11	0.898	< .001
	Є діагноз	42	16	4.6	4	3.64	0	11	0.902	0.002

Окремої уваги заслуговує питання з опитувальника МНАІ щодо наявності суїцидальних намірів (див. Табл. 3.1.5). За ним можна побачити, що в обох групах найбільшу частку в усіх раундах складають ті, хто не виявив суїцидальних намірів. Проте в усіх випадках ця частка значно менша у клінічній групі. Особи з психіатричними діагнозами набагато частіше обирали високі (МНАІ<sub>суїцид.нам.</sub>  $\geq 1$ ) бали у відповідь на дане питання.

Табл. 3.1.5.

**Розподіл відповідей на питання про наявність Суїцидальних намірів  
за опитувальником МНАІ**

Бал	Група	Раунд 1			Раунд 2			Раунд 3			Раунд 4		
		N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %
0	Немає діагнозу	41	39.0 %	39.0 %	42	43.8 %	43.8 %	37	41.1 %	41.1 %	40	44.4 %	44.4 %
	Є діагноз	27	25.7 %	64.8 %	24	25.0 %	68.8 %	24	26.7 %	67.8 %	26	28.9 %	73.3 %
1	Немає діагнозу	9	8.6 %	73.3 %	6	6.3 %	75.0 %	6	6.7 %	74.4 %	6	6.7 %	80.0 %
	Є діагноз	12	11.4 %	84.8 %	14	14.6 %	89.6 %	11	12.2 %	86.7 %	7	7.8 %	87.8 %
2	Немає діагнозу	2	1.9 %	86.7 %	2	2.1 %	91.7 %	2	2.2 %	88.9 %	1	1.1 %	88.9 %
	Є діагноз	11	10.5 %	97.1 %	6	6.3 %	97.9 %	6	6.7 %	95.6 %	7	7.8 %	96.7 %
3	Немає діагнозу	0	0.0 %	97.1 %	0	0.0 %	97.9 %	1	1.1 %	96.7 %	1	1.1 %	97.8 %
	Є діагноз	3	2.9 %	100.0 %	2	2.1 %	100.0 %	3	3.3 %	100.0 %	2	2.2 %	100.0 %

На додаткове питання про успішну попередню підготовку до початку повномасштабного вторгнення більша частка респондентів обох груп відповіла негативно в усіх раундах (див. Табл 3.1.6). Проте у клінічній групі інші вибори мають певні розбіжності між раундами.

Табл. 3.1.6.

**Розподіл відповідей на додаткове питання 1: «Я заздалегідь приготувався та мав чіткий план дій на випадок війни, і цей план спрацював.»**

Питання 1		Раунд 1			Раунд 2			Раунд 3			Раунд 4		
Бал	Група	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %
0	Немає діагнозу	18	16.5 %	16.5 %	24	24.2 %	24.2 %	22	23.4 %	23.4 %	23	25.6 %	25.6 %
	Є діагноз	22	20.2 %	36.7 %	21	21.2 %	45.5 %	17	18.1 %	41.5 %	14	15.6 %	41.1 %
1	Немає діагнозу	15	13.8 %	50.5 %	13	13.1 %	58.6 %	11	11.7 %	53.2 %	8	8.9 %	50.0 %
	Є діагноз	14	12.8 %	63.3 %	8	8.1 %	66.7 %	9	9.6 %	62.8 %	14	15.6 %	65.6 %
2	Немає діагнозу	6	5.5 %	68.8 %	4	4.0 %	70.7 %	4	4.3 %	67.0 %	6	6.7 %	72.2 %
	Є діагноз	6	5.5 %	74.3 %	6	6.1 %	76.8 %	12	12.8 %	79.8 %	3	3.3 %	75.6 %
3	Немає діагнозу	12	11.0 %	85.3 %	6	6.1 %	82.8 %	8	8.5 %	88.3 %	8	8.9 %	84.4 %
	Є діагноз	10	9.2 %	94.5 %	9	9.1 %	91.9 %	4	4.3 %	92.6 %	7	7.8 %	92.2 %
4	Немає діагнозу	3	2.8 %	97.2 %	4	4.0 %	96.0 %	3	3.2 %	95.7 %	3	3.3 %	95.6 %
	Є діагноз	3	2.8 %	100.0 %	4	4.0 %	100.0 %	4	4.3 %	100.0 %	4	4.4 %	100.0 %

Більшість респондентів обох груп в усіх раундах обрали максимальний бал відповідності їхній ситуації у відповідь на додаткове питання про те, наскільки швидко вони повірили у те, що війна дійсно почалась, і відсоток цих відповідей здебільшого зберігався (див. Табл 3.1.7). Більшість флуктуацій спостерігається у контрольній групі по всіх значеннях, тоді як клінічна вибірка показує більш стабільний розподіл виборів.

Табл. 3.1.7.

**Розподіл відповідей на додаткове питання 2: «Я одразу повірив, що це все насправді відбувається.»**

Питання 2		Раунд 1			Раунд 2			Раунд 3			Раунд 4		
Бал	Група	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %
0	Немає діагнозу	12	11.0 %	11.0 %	7	7.1 %	7.1 %	6	6.4 %	6.4 %	7	7.8 %	7.8 %
	Є діагноз	8	7.3 %	18.3 %	5	5.1 %	12.1 %	8	8.5 %	14.9 %	6	6.7 %	14.4 %
1	Немає діагнозу	6	5.5 %	23.9 %	8	8.1 %	20.2 %	9	9.6 %	24.5 %	12	13.3 %	27.8 %
	Є діагноз	9	8.3 %	32.1 %	8	8.1 %	28.3 %	6	6.4 %	30.9 %	5	5.6 %	33.3 %
2	Немає діагнозу	1	0.9 %	33.0 %	5	5.1 %	33.3 %	6	6.4 %	37.2 %	5	5.6 %	38.9 %
	Є діагноз	6	5.5 %	38.5 %	8	8.1 %	41.4 %	3	3.2 %	40.4 %	3	3.3 %	42.2 %
3	Немає діагнозу	12	11.0 %	49.5 %	8	8.1 %	49.5 %	10	10.6 %	51.1 %	4	4.4 %	46.7 %
	Є діагноз	8	7.3 %	56.9 %	8	8.1 %	57.6 %	12	12.8 %	63.8 %	11	12.2 %	58.9 %
4	Немає діагнозу	23	21.1 %	78.0 %	23	23.2 %	80.8 %	17	18.1 %	81.9 %	20	22.2 %	81.1 %
	Є діагноз	24	22.0 %	100.0 %	19	19.2 %	100.0 %	17	18.1 %	100.0 %	17	18.9 %	100.0 %

Самооцінка того, наскільки особа добре поралась зі складними емоціями (див. Табл 3.1.8), показала відмінності в динаміці між групами: клінічна вибірка мала нормально розподілені відповіді з меншістю у крайніх варіантах та більшістю у середніх протягом всіх раундів дослідження, тоді як контрольна група мала різні моди в різних раундах, а в другому раунді взагалі відсутні вибори 0 значення.

Табл. 3.1.8.

**Розподіл відповідей на додаткове питання 3: «В мене добре виходило поратися зі складними емоціями.»**

Питання 3		Раунд 1			Раунд 2			Раунд 3			Раунд 4		
Бал	Група	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %
0	Немає діагнозу	7	6.4 %	6.4 %	0	0.0 %	0.0 %	1	1.1 %	1.1 %	1	1.1 %	1.1 %
	Є діагноз	3	2.8 %	9.2 %	2	2.0 %	2.0 %	6	6.4 %	7.4 %	4	4.4 %	5.6 %
1	Немає діагнозу	6	5.5 %	14.7 %	11	11.1 %	13.1 %	8	8.5 %	16.0 %	12	13.3 %	18.9 %
	Є діагноз	14	12.8 %	27.5 %	13	13.1 %	26.3 %	13	13.8 %	29.8 %	9	10.0 %	28.9 %
2	Немає діагнозу	9	8.3 %	35.8 %	11	11.1 %	37.4 %	12	12.8 %	42.6 %	15	16.7 %	45.6 %
	Є діагноз	16	14.7 %	50.5 %	12	12.1 %	49.5 %	9	9.6 %	52.1 %	7	7.8 %	53.3 %
3	Немає діагнозу	20	18.3 %	68.8 %	20	20.2 %	69.7 %	18	19.1 %	71.3 %	15	16.7 %	70.0 %
	Є діагноз	15	13.8 %	82.6 %	12	12.1 %	81.8 %	13	13.8 %	85.1 %	15	16.7 %	86.7 %
4	Немає діагнозу	12	11.0 %	93.6 %	9	9.1 %	90.9 %	9	9.6 %	94.7 %	5	5.6 %	92.2 %
	Є діагноз	7	6.4 %	100.0 %	9	9.1 %	100.0 %	5	5.3 %	100.0 %	7	7.8 %	100.0 %

Про відсутність збільшення конфліктів з партнером/сім'єю (див. Табл 3.1.9) стабільно повідомляла більшість респондентів контрольної групи протягом всього дослідження, а розподіл інших варіантів відповідей змінювався лише незначно. Клінічна сукупність на дане питання мала більш змішані відповіді, які змінювались протягом раундів.

Табл. 3.1.9.

**Розподіл відповідей на додаткове питання 4: «Ми з партнером/сім'єю стали набагато більше конфліктувати.»**

Питання 4		Раунд 1			Раунд 2			Раунд 3			Раунд 4		
Бал	Група	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %
0	Немає діагнозу	24	22.0 %	22.0 %	23	23.2 %	23.2 %	18	19.1 %	19.1 %	17	18.9 %	18.9 %
	Є діагноз	21	19.3 %	41.3 %	13	13.1 %	36.4 %	17	18.1 %	37.2 %	14	15.6 %	34.4 %
1	Немає діагнозу	13	11.9 %	53.2 %	10	10.1 %	46.5 %	11	11.7 %	48.9 %	9	10.0 %	44.4 %
	Є діагноз	14	12.8 %	66.1 %	13	13.1 %	59.6 %	13	13.8 %	62.8 %	14	15.6 %	60.0 %
2	Немає діагнозу	8	7.3 %	73.4 %	9	9.1 %	68.7 %	8	8.5 %	71.3 %	13	14.4 %	74.4 %
	Є діагноз	6	5.5 %	78.9 %	17	17.2 %	85.9 %	6	6.4 %	77.7 %	8	8.9 %	83.3 %
3	Немає діагнозу	4	3.7 %	82.6 %	4	4.0 %	89.9 %	6	6.4 %	84.0 %	5	5.6 %	88.9 %
	Є діагноз	10	9.2 %	91.7 %	4	4.0 %	93.9 %	8	8.5 %	92.6 %	4	4.4 %	93.3 %
4	Немає діагнозу	5	4.6 %	96.3 %	5	5.1 %	99.0 %	5	5.3 %	97.9 %	4	4.4 %	97.8 %
	Є діагноз	4	3.7 %	100.0 %	1	1.0 %	100.0 %	2	2.1 %	100.0 %	2	2.2 %	100.0 %

Контрольна група протягом дослідження обирала відповіді, що тяжіли до більшої проявленості страху своєї смерті (див. Табл 3.1.10). Клінічна вибірка у відповідях на дане питання здебільшого обирала бали, що свідчили про менший рівень або навіть повну відсутність такого страху.

Табл. 3.1.10.

**Розподіл відповідей на додаткове питання 5: «Я взагалі не боюсь своєї смерті.»**

Питання 5		Раунд 1			Раунд 2			Раунд 3			Раунд 4		
Бал	Група	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %	N	Заг. %	Кум. %
0	Немає діагнозу	14	12.8 %	12.8 %	13	13.1 %	13.1 %	13	13.8 %	13.8 %	16	17.8 %	17.8 %
	Є діагноз	9	8.3 %	21.1 %	12	12.1 %	25.3 %	9	9.6 %	23.4 %	7	7.8 %	25.6 %
1	Немає діагнозу	10	9.2 %	30.3 %	17	17.2 %	42.4 %	7	7.4 %	30.9 %	10	11.1 %	36.7 %
	Є діагноз	7	6.4 %	36.7 %	12	12.1 %	54.5 %	9	9.6 %	40.4 %	10	11.1 %	47.8 %
2	Немає діагнозу	10	9.2 %	45.9 %	7	7.1 %	61.6 %	16	17.0 %	57.4 %	11	12.2 %	60.0 %
	Є діагноз	11	10.1 %	56.0 %	6	6.1 %	67.7 %	12	12.8 %	70.2 %	10	11.1 %	71.1 %
3	Немає діагнозу	7	6.4 %	62.4 %	4	4.0 %	71.7 %	3	3.2 %	73.4 %	3	3.3 %	74.4 %
	Є діагноз	13	11.9 %	74.3 %	10	10.1 %	81.8 %	9	9.6 %	83.0 %	7	7.8 %	82.2 %
4	Немає діагнозу	13	11.9 %	86.2 %	10	10.1 %	91.9 %	9	9.6 %	92.6 %	8	8.9 %	91.1 %
	Є діагноз	15	13.8 %	100.0 %	8	8.1 %	100.0 %	7	7.4 %	100.0 %	8	8.9 %	100.0 %

### 3.2. Аналіз динаміки стресостійкості та супутніх показників

З метою визначення значущості змін протягом 4 раундів дослідження, що були спостережені у описових статистиках, було використано метод дисперсійного аналізу для повторюваних вимірювань (Repeated measures ANOVA). Для більш точного аналізу для кожного психологічного показника було перевірено припущення сферичності за допомогою тесту Моучлі спочатку для даних обох груп разом (див. Табл. 3.2.1). Результати показали, що у більшості випадків це припущення не було порушене ( $p > 0.05$ ), що дозволяє використовувати стандартні оцінки дисперсійного аналізу без необхідності вносити поправки: резильєнтність ( $W = 0.919$ ,  $p = 0.260$ ), контроль ( $W = 0.924$ ,  $p = 0.306$ ), прийняття ризику ( $W = 0.922$ ,  $p = 0.289$ ), життєстійкість ( $W = 0.920$ ,  $p = 0.274$ ), задоволеність життям ( $W = 0.949$ ,  $p = 0.560$ ), депресія ( $W = 0.965$ ,  $p = 0.736$ ), ПТСР ( $W = 0.970$ ,  $p = 0.795$ ), тривога ( $W = 0.985$ ,  $p = 0.950$ ), зловживання алкоголем ( $W = 0.910$ ,  $p = 0.199$ ), додаткове питання 3 ( $W = 0.884$ ,  $p = 0.073$ ), додаткове питання 4 ( $W = 0.912$ ,  $p = 0.185$ ). Натомість, припущення про сферичність було відхилено для таких шкал і питань: залученість ( $W = 0.861$ ,  $p = 0.045$ ), суїцидальні наміри ( $W = 0.791$ ,  $p = 0.003$ ), додаткове питання 1 ( $W = 0.865$ ,  $p = 0.037$ ), додаткове питання 2 ( $W = 0.752$ ,  $p < 0.001$ ), додаткове питання 5 ( $W = 0.862$ ,  $p = 0.033$ ), що вимагає використання поправки до ступенів свободи для цих показників.

Табл. 3.2.1.

#### Тест Моучлі на сферичність (для обох груп разом)

	W Моучлі	p	Грінхауз-Гейссер $\epsilon$	Гюн-Фельдт $\epsilon$
CD-RISC-10	0.919	0.260	0.943	0.982
Залученість (Життєстійкість)	0.861	0.045*	0.912	0.949
Контроль (Життєстійкість)	0.924	0.306	0.949	0.989
Прийняття ризику (Життєстійкість)	0.922	0.289	0.945	0.985
Життєстійкість	0.902	0.274	0.948	0.989
Задоволеність життям	0.949	0.560	0.967	1
Депресія (МНАІ)	0.965	0.736	0.978	1
ПТСР (МНАІ)	0.97	0.795	0.981	1

	W Моучлі	p	Грінхауз-Гейссер ε	Гюн-Фельдт ε
Тривога (МНАІ)	0.985	0.950	0.990	1
Зловживання алкоголем (МНАІ)	0.910	0.199	0.946	0.985
Суїцидальні наміри (МНАІ)	0.791	0.003**	0.879	0.912
Додаткове питання 1	0.865	0.037**	0.914	0.948
Додаткове питання 2	0.752	< .001***	0.854	0.884
Додаткове питання 3	0.884	0.073	0.921	0.956
Додаткове питання 4	0.912	0.185	0.939	0.975
Додаткове питання 5	0.862	0.033**	0.904	0.937

Оскільки також запланований аналіз динаміки по кожній окремій групі, для них також був проведений тест Моучлі (див. Табл. 3.2.2). Більшість результатів обох груп також порушень не виявили: контрольна група – резильєнтність ( $W = 0.903$ ,  $p = 0.513$ ), контроль ( $W = 0.818$ ,  $p = 0.147$ ), прийняття ризику ( $W = 0.881$ ,  $p = 0.394$ ), задоволеність життям ( $W = 0.932$ ,  $p = 0.720$ ), депресія ( $W = 0.827$ ,  $p = 0.172$ ), ПТСР ( $W = 0.871$ ,  $p = 0.347$ ), тривога ( $W = 0.825$ ,  $p = 0.165$ ), зловживання алкоголем ( $W = 0.842$ ,  $p = 0.222$ ), додаткове питання 1 ( $W = 0.891$ ,  $p = 0.397$ ), додаткове питання 2 ( $W = 0.778$ ,  $p = 0.048$ ), додаткове питання 4 ( $W = 0.935$ ,  $p = 0.696$ ), додаткове питання 5 ( $W = 0.860$ ,  $p = 0.240$ ); клінічна група – резильєнтність ( $W = 0.902$ ,  $p = 0.626$ ), залученість ( $W = 0.857$ ,  $p = 0.393$ ), контроль ( $W = 0.937$ ,  $p = 0.824$ ), прийняття ризику ( $W = 0.860$ ,  $p = 0.406$ ), загальна життєстійкість ( $W = 0.887$ ,  $p = 0.544$ ), задоволеність життям ( $W = 0.956$ ,  $p = 0.910$ ), депресія ( $W = 0.835$ ,  $p = 0.264$ ), ПТСР ( $W = 0.923$ ,  $p = 0.721$ ), тривога ( $W = 0.963$ ,  $p = 0.930$ ), зловживання алкоголем ( $W = 0.804$ ,  $p = 0.168$ ), суїцидальні наміри ( $W = 0.756$ ,  $p = 0.075$ ), додаткове питання 3 ( $W = 0.927$ ,  $p = 0.745$ ), додаткове питання 5 ( $W = 0.821$ ,  $p = 0.217$ ). Проте деякі показники все ж показали порушення припущення про сферичність і вимагатиме застосування поправок несферичності: у контрольній групі – залученість ( $W = 0.663$ ,  $p = 0.005$ ), загальна життєстійкість ( $W = 0.750$ ,  $p = 0.039$ ), суїцидальні наміри ( $W = 0.757$ ,  $p = 0.045$ ), додаткове питання 2 ( $W = 0.778$ ,  $p = 0.048$ ), додаткове питання 3 ( $W = 0.751$ ,  $p =$

0.026); у клінічній групі – додаткове питання 1 ( $W = 0.564$ ,  $p = 0.001$ ), додаткове питання 2 ( $W = 0.370$ ,  $p < 0.001$ ), додаткове питання 4 ( $W = 0.715$ ,  $p = 0.035$ ).

Табл. 3.2.2.

### Тест Моучлі на сферичність (для кожної групи окремо)

	Контрольна група				Клінічна група			
	W Моучлі	p	Грінхауз-Гейссер $\epsilon$	Гюн-Фельдт $\epsilon$	W Моучлі	p	Грінхауз-Гейссер $\epsilon$	Гюн-Фельдт $\epsilon$
CD-RISC-10	0.903	0.513	0.931	1	0.902	0.626	0.933	1
Залученість (Життєстійкість)	0.663	0.005**	0.813	0.867	0.857	0.393	0.900	0.982
Контроль (Життєстійкість)	0.818	0.147	0.882	0.947	0.937	0.824	0.963	1
Прийняття ризику (Життєстійкість)	0.881	0.394	0.925	0.997	0.860	0.406	0.915	1
Життєстійкість	0.750	0.039*	0.864	0.926	0.887	0.544	0.920	1
Задоволеність життям	0.932	0.720	0.957	1	0.956	0.910	0.969	1
Депресія (МНАІ)	0.827	0.172	0.882	0.947	0.835	0.264	0.911	0.991
ПТСР (МНАІ)	0.871	0.347	0.913	0.984	0.923	0.721	0.953	1
Тривога (МНАІ)	0.825	0.165	0.898	0.966	0.963	0.930	0.976	1
Зловживання алкоголем (МНАІ)	0.842	0.222	0.890	0.957	0.804	0.168	0.874	0.946
Суїцидальні наміри (МНАІ)	0.757	0.045*	0.847	0.906	0.756	0.075	0.856	0.925
Додаткове питання 1	0.891	0.397	0.923	0.987	0.564	0.001**	0.722	0.769
Додаткове питання 2	0.778	0.048*	0.868	0.925	0.370	< .001***	0.649	0.685
Додаткове питання 3	0.751	0.026*	0.837	0.889	0.927	0.745	0.954	1
Додаткове питання 4	0.935	0.696	0.960	1	0.715	0.035*	0.817	0.879
Додаткове питання 5	0.860	0.240	0.900	0.962	0.821	0.217	0.877	0.951

У динаміці чотирьох раундів загальні зміни рівня резильєнтності (CD-RISC-10) (див. Табл. 3.2.3) для двох груп тяжіли, але не досягли рівня статистичної значущості ( $p = .058$ ,  $\eta^2_G = .011$ ). Трошки далі від рівня значущості результати за рівнем показників ( $p = .091$ ,  $\eta^2_G = .024$ ) з невеликим розміром ефекту та різницею динамік між групами ( $p = .093$ ,  $\eta^2_G = .010$ ). Контрольна група не мала значущих змін в часі ( $p = .961$ ,  $\eta^2_G = .001$ ), тоді як клінічна ( $p = .011$ ,  $\eta^2_G = .033$ ) показала значущу зміну показників з середньою силою ефекту (див. Рис. 3.2.1). Як можна побачити на графіку та у post hoc аналізі (див. Додаток В), здебільшого це зумовлено зміною показників між 1 та 2 раундом ( $p = .041$ ).

Табл. 3.2.3.

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за шкалою  
резильєнтності**

	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2_G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	146	3	48.6	2.52	0.058	0.011
Раунд * Група	125	3	41.7	2.16	0.093	0.010
Залишки	4506	234	19.3			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>						
Група	319	1	319	2.93	0.091	0.024
Залишки	8505	78	109			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	5.29	3	1.76	0.0973	0.961	0.001
Залишки	2337.96	129	18.12			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	242	3	80.6	3.9	0.011	0.033
Залишки	2168	105	20.6			

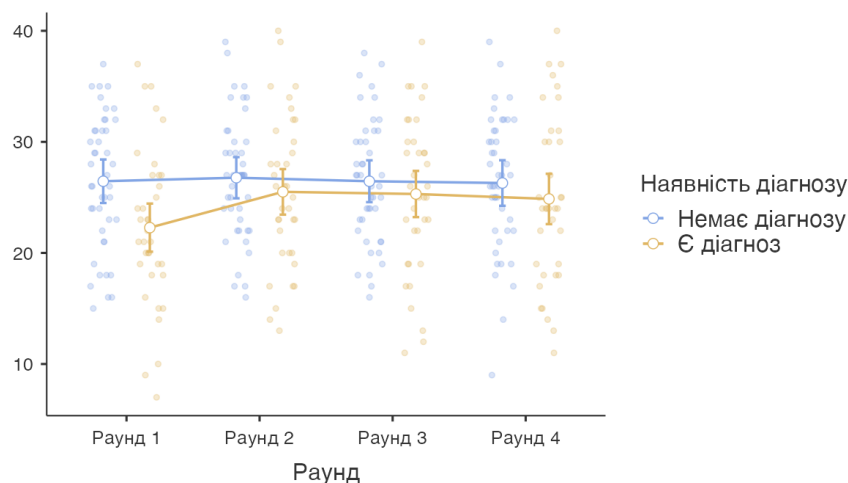


Рис.3.2.1. Графік динаміки змін показників резильєнтності

Щодо підшкали залученості (див. Табл. 3.2.4), значущих загальних змін упродовж часу не зафіксовано (з поправкою:  $p = .376$ ,  $\eta^2_G = .003$ ), так само як і у різниці динамік між групами (з поправкою:  $p = .625$ ,  $\eta^2_G = .002$ ). Тоді як показники між групами показали статистично значущу різницю з сильним рівнем ефекту ( $p = .014$ ,  $\eta^2_G = .060$ ), що говорить про статистично менші рівні залученості у клінічної групи (див. Рис. 3.2.2), проте без значних змін у часі в будь-якій з груп (контрольна: з поправкою  $p = .667$ ,  $\eta^2_G = .003$ ; клінічна:  $p = .372$ ,  $\eta^2_G = .006$ ).

Табл. 3.2.4.

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за підшкалою залученості (Життєстійкість)**

	Поправка на несферичність	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2_G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправки	70.4	3	23.5	1.03	0.380	0.003
	Грінхауз-Гейссер	70.4	2.74	25.7	1.03	0.376	0.003
	Гюн-Фельдт	70.4	2.85	24.7	1.03	0.377	0.003
Раунд * Група	Без поправки	38.4	3	12.8	0.561	0.641	0.002
	Грінхауз-Гейссер	38.4	2.74	14	0.561	0.625	0.002
	Гюн-Фельдт	38.4	2.85	13.5	0.561	0.632	0.002
Залишки	Без поправки	5263	231	22.8			

	Поправка на несферичність	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
	Грінхауз-Гейссер	5263	210.65	25			
	Гюн-Фельдт	5263	219.17	24			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>							
Група		1557	1	1557	6.27	0.014	0.060
Залишки		19131	77	248			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправки	31.2	3	10.4	0.466	0.707	0.003
	Грінхауз-Гейссер	31.2	2.44	12.8	0.466	0.667	0.003
	Гюн-Фельдт	31.2	2.6	12	0.466	0.679	0.003
Залишки	Без поправки	2812.8	126	22.3			
	Грінхауз-Гейссер	2812.8	102.42	27.5			
	Гюн-Фельдт	2812.8	109.2	25.8			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд		73.8	3	24.6	1.05	0.372	0.006
Залишки		2450.2	105	23.3			

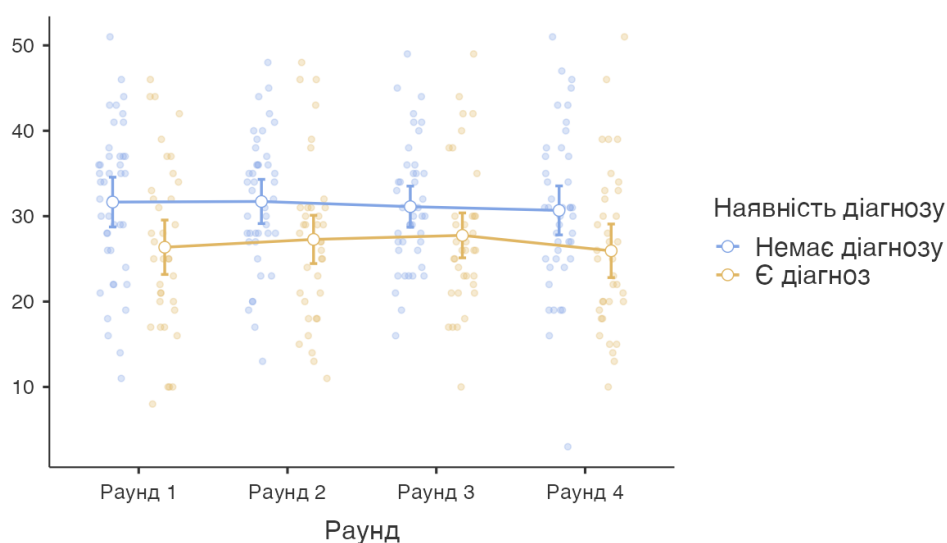


Рис.3.2.2. Графік динаміки змін показників залученості (Життєстійкість)

У межах підшкали контролю (див. Табл. 3.2.5) показники не демонстрували статистично значущих загальних змін у часі ( $p = .722$ ,  $\eta^2G = .001$ ), відмінностей динаміки між групами ( $p = .385$ ,  $\eta^2G = .003$ ) або стабільних міжгрупових розбіжностей ( $p = .732$ ,  $\eta^2G = .001$ ). Також не виявлено змін в часі окремо для груп

(контрольна:  $p = .388$ ,  $\eta^2_G = .005$ ; клінічна:  $p = .671$ ,  $\eta^2_G = .003$ ), тож за цим показником спостерігалась досить стабільна картина протягом досліджуваного періоду.

Табл. 3.2.5.

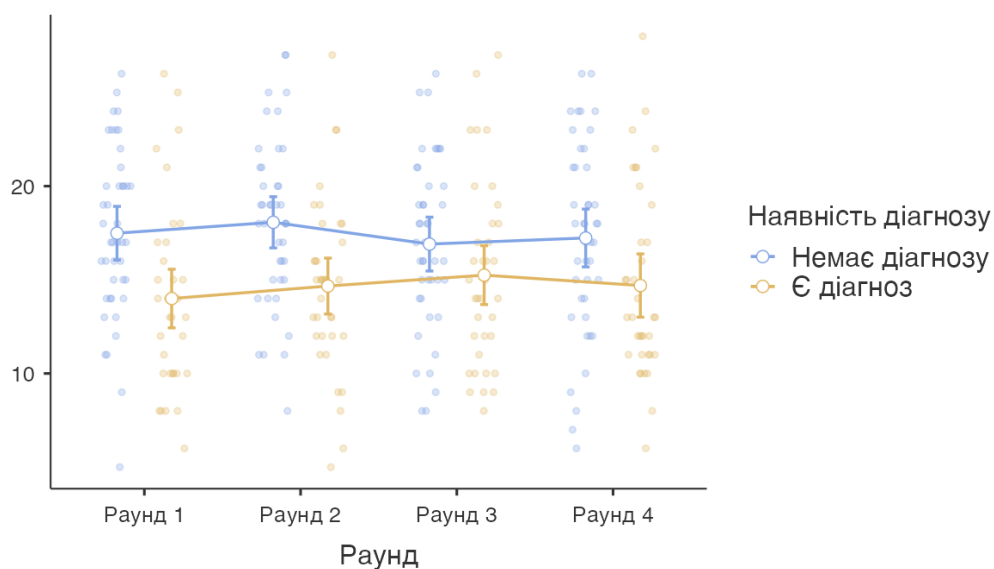
**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за підшкалою контролю (Життєстійкість)**

	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2_G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	22	3	7.32	0.443	0.722	0.001
Раунд * Група	50.5	3	16.85	1.02	0.385	0.003
Залишки	3816.3	231	16.52			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>						
Група	23.9	1	23.9	0.118	0.732	0.001
Залишки	15661.5	77	203.4			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	44.9	3	15	1.02	0.388	0.005
Залишки	1857.8	126	14.7			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	29	3	9.66	0.518	0.671	0.003
Залишки	1958.5	105	18.65			

Показник прийняття ризику (див. Тибл. 3.2.6.) не продемонстрував статистично значущих змін у часі ( $p = .496$ ,  $\eta^2_G = .002$ ), а також взаємодія між групою та часом не досягла рівня значущості ( $p = .092$ ,  $\eta^2_G = .006$ ), хоча значення  $p$  є близьким до порогу, що може вказувати на потенційні розбіжності в динаміці між групами, але слабкого рівня ефекту. Водночас міжгрупова відмінність є статистично значущою ( $p = .005$ ,  $\eta^2_G = .079$ ), з помірним розміром ефекту, що свідчить нижчий рівень прийняття ризику у клінічної групи незалежно від часу (див. Рис. 3.2.3). Значущих змін показника в часі окремо по групах не виявлено (контрольна:  $p = .175$ ,  $\eta^2_G = .008$ ; клінічна:  $p = .275$ ,  $\eta^2_G = .008$ ).

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за підшкалою  
прийняття ризику (Життестійкість)**

	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	15.9	3	5.29	0.798	0.496	0.002
Раунд * Група	43.3	3	14.43	2.176	0.092	0.006
Залишки	1531.8	231	6.63			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>						
Група	602	1	602.1	8.5	0.005	0.079
Залишки	5455	77	70.8			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	31.2	3	10.39	1.68	0.174	0.008
Залишки	777.6	126	6.17			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	28.2	3	9.42	1.31	0.275	0.008
Залишки	754.3	105	7.18			



*Рис.3.2.3.* Графік динаміки змін показників прийняття ризику  
(Життестійкість)

Зміни загальної життєстійкості (див. Табл. 3.2.7) у часі не є статистично значущими ані для двох груп разом ( $p = .448$ ,  $\eta^2_G = .002$ ), ані окремо (контрольна:  $p = .390$ ,  $\eta^2_G = .005$ ; клінічна:  $p = .420$ ,  $\eta^2_G = .005$ ), як і різниця між динаміками груп ( $p = .361$ ,  $\eta^2_G = .003$ ). Міжгрупова відмінність виявилася наближеною до рівня статистичної значущості ( $p = .057$ ,  $\eta^2_G = .038$ ), з невеликим до помірного розміром ефекту, що можна побачити також візуально на графіку (див. Рис. 3.2.4) – по всіх раундах життєстійкість контрольної групи вище, ніж у клінічної, проте різниця значень невелика.

Табл. 3.2.7.

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за показником загальної Життєстійкості**

	Поправка на несферичність	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2_G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд		248	3	82.7	0.889	0.448	0.002
Раунд * Група		300	3	99.9	1.073	0.361	0.003
Залишки		21510	231	93.1			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>							
Група		4746	1	4746	3.75	0.057	0.038
Залишки		97520	77	1266			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправки	257	3	85.7	0.993	0.398	0.005
	Грінхауз-Гейссер	257	2.59	99.2	0.993	0.390	0.005
	Гюн-Фельдт	257	2.78	92.6	0.993	0.394	0.005
Залишки	Без поправки	10878	126	86.3			
	Грінхауз-Гейссер	10878	108.9	99.9			
	Гюн-Фельдт	10878	116.7	93.2			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд		288	3	96	0.948	0.420	0.005
Залишки		10633	105	101.3			

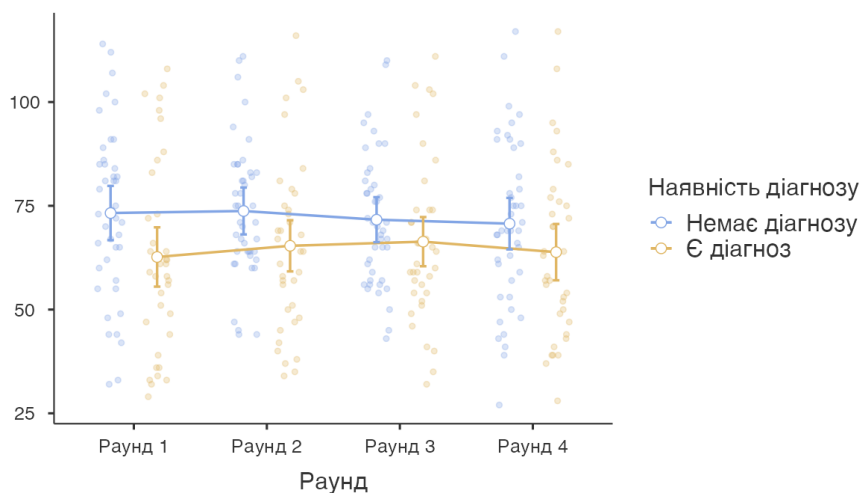


Рис.3.2.4. Графік динаміки змін показників Загальної життєстійкості

За результатами шкали задоволеності життям (див. Табл. 3.2.8) виявлено статистично значущі зміни показника для загальної сукупності ( $p = .010$ ,  $\eta^2_G = .011$ ), тобто показники обох груп разом значуще але несильно збільшились, як можна побачити у *post hoc* аналізі (див. Додаток Г), йдеться здебільшого про зміну між 1 та 2 раундами ( $p = .007$ ), проте динаміки груп між собою не відрізняються ( $p = .234$ ,  $\eta^2_G = .004$ ). При цьому значущі зміни протягом періоду дослідження відбулися лише у контрольній групі (контрольна:  $p = .021$ ,  $\eta^2_G = .021$ ; клінічна:  $p = .106$ ,  $\eta^2_G = .012$ ), як показує *post hoc* аналіз (див. Додаток Г), йдеться про ту ж різницю між 1 та 2 раундом ( $p = .022$ ) і частково між 2 та 3 ( $p = .065$ ). Також міжгрупова відмінність досягла рівня статистичної значущості ( $p = .029$ ,  $\eta^2_G = .047$ ), з невеликим ефектом, що зазначає стабільно нижчий рівень задоволеності життям у респондентів клінічної групи (див. Рис. 3.2.5).

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за шкалою  
задоволеності життям**

	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	130.2	3	43.4	3.86	0.010	0.011
Раунд * Група	48.4	3	16.1	1.43	0.234	0.004
Залишки	2599.3	231	11.3			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>						
Група	560	1	560	4.92	0.029	0.047
Залишки	8763	77	114			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	102	3	34	3.34	0.021	0.021
Залишки	1283	126	10.2			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	78.6	3	26.2	2.09	0.106	0.012
Залишки	1316.1	105	12.5			

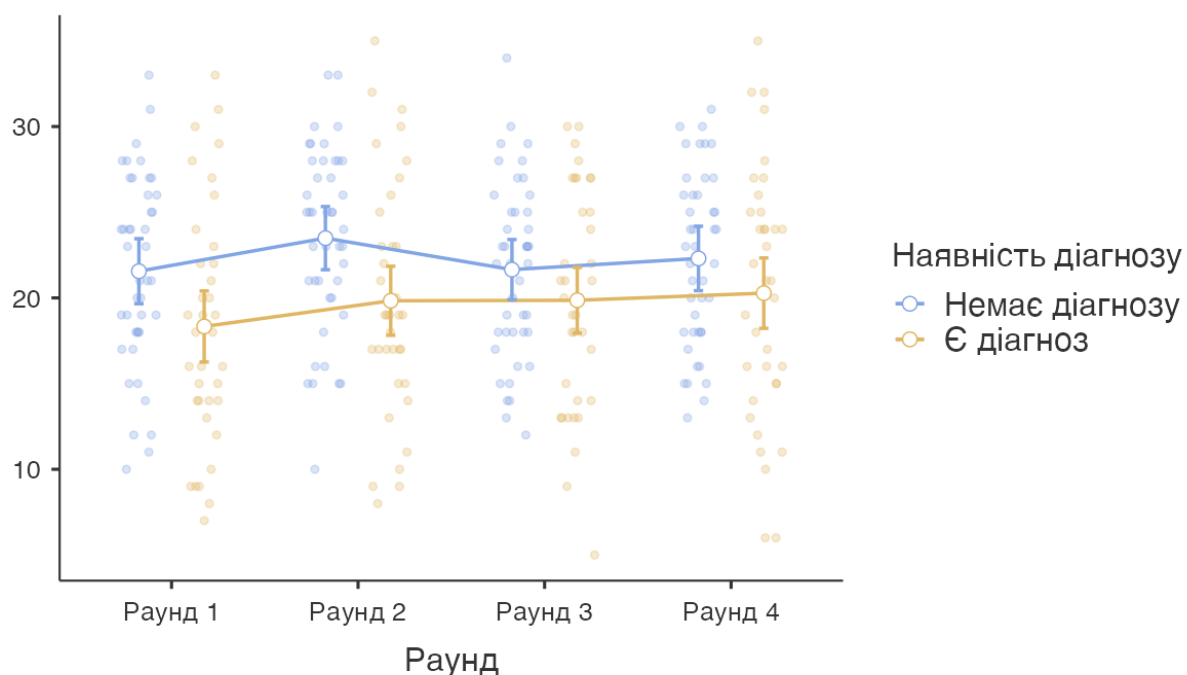


Рис.3.2.5. Графік динаміки змін показників Задоволеності життям

За підшкалою депресії (див. Табл. 3.2.9) виявилось, що значущі зміни в часі в бік невеликого зменшення симптомів (див. Рис. 3.2.6) відбулися для двох груп разом ( $p = .011$ ,  $\eta^2_G = .023$ ) та окремо для контрольної ( $p = .013$ ,  $\eta^2_G = .036$ ), що зумовлюється (див. Додаток Д) зміною між 1 та 2 раундом ( $p = .017$ ), але не для клінічної ( $p = .239$ ,  $\eta^2_G = .021$ ), хоча певний ефект там теж присутній. В динаміці між групами різниці не виявлено ( $p = .429$ ,  $\eta^2_G = .006$ ). Різниця показників між групами дещо не досягла статистичної значущості ( $p = .056$ ,  $\eta^2_G = .024$ ) з невеликим розміром ефекту.

Табл. 3.2.9.

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за підшкалою депресії (МНАІ)**

	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2_G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	120.8	3	40.27	3.809	0.011	0.023
Раунд * Група	29.4	3	9.78	0.926	0.429	0.006
Залишки	2505.5	237	10.57			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>						
Група	128	1	128.5	3.77	0.056	0.024
Залишки	2695	79	34.1			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	100	3	33.32	3.72	0.013	0.036
Залишки	1129.3	126	8.96			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	53.1	3	17.7	1.43	0.239	0.021
Залишки	1376.2	111	12.4			

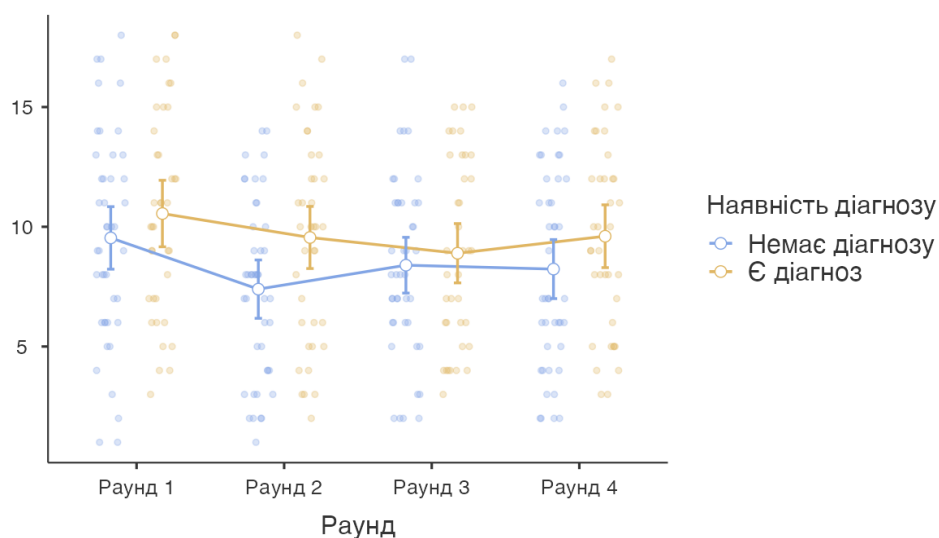


Рис.3.2.6. Графік динаміки змін показників Депресії (МНАІ)

Дисперсійний аналіз динаміки показників за шкалою ПТСР виявив статистисно значущі різниці у середніх значеннях результатів між групами ( $p = .041$ ,  $\eta^2_G = .032$ ) з невеликим розміром ефекту. Показник загальних змін у часі наближався до порогу статистичної значущості ( $p = .074$ ,  $\eta^2_G = .012$ ), але не досяг її, а ефект незначний. Значущі проте невеликі зміни в часі зафіксовано у контрольної групи ( $p = .009$ ,  $\eta^2_G = .032$ ), що за результатами *post hoc* аналізу (див. Додаток Е) зумовлено відмінністю між 1 та 2 раундом ( $p = .011$ ), тоді як у контрольної спостерігається стабільність показників ( $p = .698$ ,  $\eta^2_G = .006$ ), а динаміка між групами не відрізняється ( $p = .293$ ,  $\eta^2_G = .006$ ).

Табл. 3.2.10.

### Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за підшкалою ПТСР (МНАІ)

	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2_G$
<b>2 групи – Внутрішньособ'єктний ефект</b>						
Раунд	188	3	62.7	2.34	0.074	0.012
Раунд * Група	100	3	33.5	1.25	0.293	0.006
Залишки	6357	237	26.8			

	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2G$
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>						
Група	513	1	513	4.33	0.041	0.032
Залишки	9347	79	118			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	253	3	84.4	4.02	0.009	0.032
Залишки	2645	126	21			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	47.9	3	16	0.478	0.698	0.006
Залишки	3711.6	111	33.4			

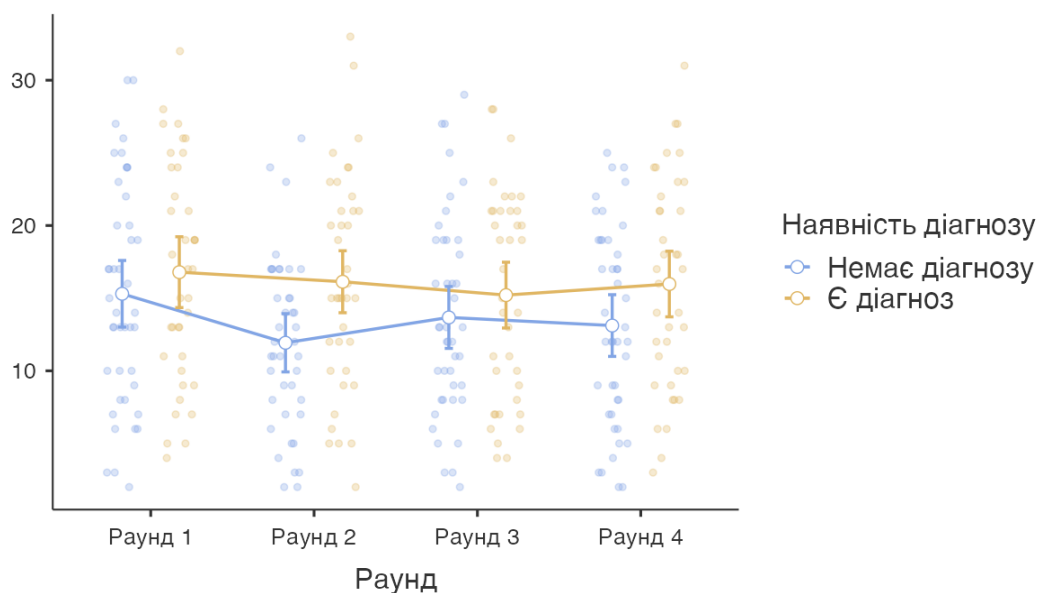


Рис.3.2.7. Графік динаміки змін показників ПТСР (МНАІ)

У межах підшкали тривоги (МНАІ) не виявлено статистично значущих змін у часі серед усіх учасників ( $p = .228$ ,  $\eta^2G = .009$ ), як і взаємодії між групою та часом ( $p = .283$ ,  $\eta^2G = .008$ ), тобто динаміка тривоги була схожою в обох груп (див. Табл. 3.2.11). Водночас міжгрупова відмінність виявилася статистично значущою з невеликим розміром ефекту ( $p = .040$ ,  $\eta^2G = .026$ ), що свідчить про стійкість дещо вищого рівня тривожності у клінічній групі в порівнянні з контрольною (див. Рис. 3.2.8). При цьому якщо клінічна група не показала

взагалі значущих змін з часом ( $p = .534$ ,  $\eta^2_G = .010$ ), то контрольна дещо не досягла рівня статистичної значущості з слабким ефектом ( $p = .076$ ,  $\eta^2_G = .026$ ) у тенденції зменшення рівня тривоги.

Табл. 3.2.11.

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за підшкалою тривоги (МНАІ)**

	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2_G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	17.2	3	5.74	1.45	0.228	0.009
Раунд * Група	15.1	3	5.05	1.28	0.283	0.008
Залишки	937.1	237	3.95			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>						
Група	50.1	1	50.1	4.37	0.040	0.026
Залишки	904.9	79	11.5			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	22.5	3	7.51	2.35	0.076	0.026
Залишки	403.2	126	3.2			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	10.6	3	3.53	0.733	0.534	0.01
Залишки	533.9	111	4.81			

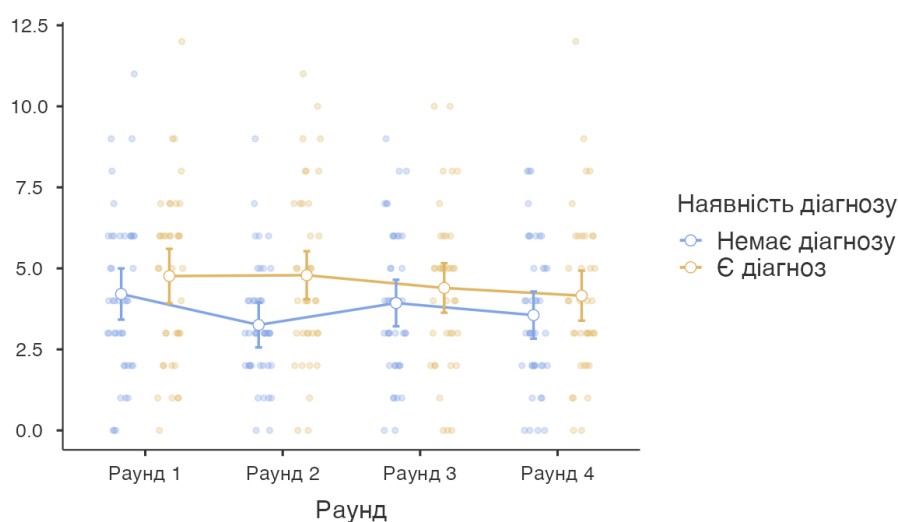


Рис.3.2.8. Графік динаміки змін показників тривоги (МНАІ)

За шкалою зловживання алкоголем (див. Табл. 3.2.12) значущі зміни з невеликим розміром ефекту виявлено лише у різниці показників між групами ( $p = .025$ ,  $\eta^2_G = .049$ ), що говорить про стабільно нижчі показники зловживання у клінічній групі порівняно з контрольною (див. Рис. 3.2.9). Зміни у часі обох груп разом ( $p = .392$ ,  $\eta^2_G = .003$ ), окремо (контрольна:  $p = .225$ ,  $\eta^2_G = .007$ ; клінічна:  $p = .599$ ,  $\eta^2_G = .004$ ), а також між динаміками груп у часі ( $p = .460$ ,  $\eta^2_G = .002$ ) продемонстрували статистично незначущі результати.

Табл. 3.2.12.

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за підшкалою зловживання алкоголем (МНАІ)**

	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2_G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	11.42	3	3.81	1.003	0.392	0.003
Раунд * Група	9.84	3	3.28	0.864	0.460	0.002
Залишки	899.1	237	3.79			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>						
Група	207	1	206.7	5.24	0.025	0.049
Залишки	3115	79	39.4			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	11.9	3	3.98	1.47	0.225	0.007
Залишки	340.1	126	2.7			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>						
Раунд	9.47	3	3.16	0.627	0.599	0.004
Залишки	559.03	111	5.04			

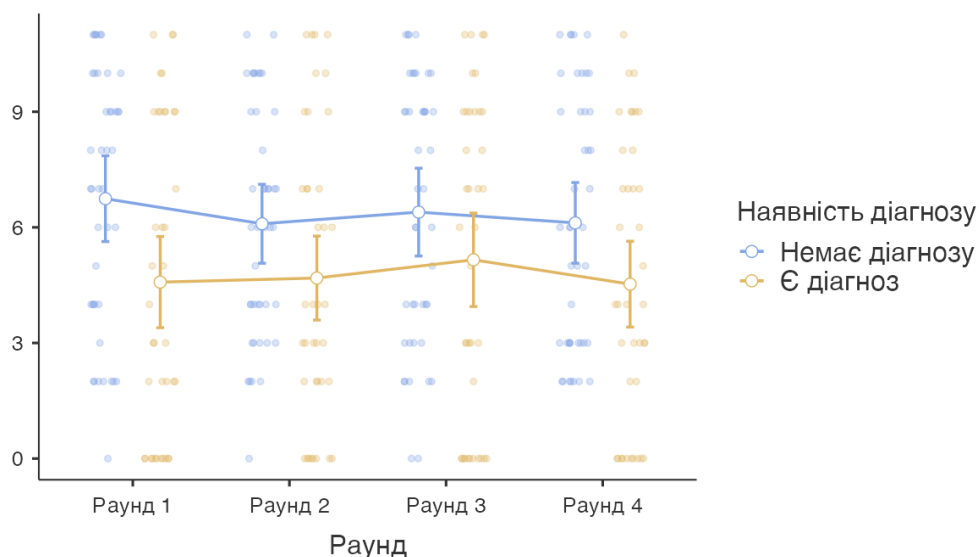


Рис.3.2.9. Графік динаміки змін показників зловживання алкоголем (МНАІ)

У динаміці суїцидальних намірів (МНАІ) статистично значущих змін у часі для загальних результатів не зафіксовано (з поправкою:  $p = .575$ ,  $\eta^2_G = .003$ ), так само як і у відмінності динаміки між групами ( $p = .695$ ,  $\eta^2_G = .002$ ), а також окремо по групах (контрольна: з поправкою  $p = .538$ ,  $\eta^2_G = .008$ ; клінічна:  $p = .721$ ,  $\eta^2_G = .005$ ), що вказує на сталість динаміки у обох групах (див. Табл. 3.2.13). Водночас міжгрупова відмінність у показниках виявилася статистично значущою ( $p < .001$ ,  $\eta^2_G = .088$ ), з сильним ефектом, що свідчить про стабільно вищий рівень суїцидальних тенденцій у клінічній групі порівняно з контрольною (див. Рис. 3.2.10).

Табл. 3.2.13.

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за питанням про наявність суїцидальних намірів (МНАІ)**

	Поправка на неферичність	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2_G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправки	0.59	3	0.197	0.632	0.595	0.003
	Грінхауз-Гейссер	0.59	2.64	0.224	0.632	0.575	0.003
	Гюн-Фельдт	0.59	2.74	0.216	0.632	0.581	0.003
Раунд * Група	Без поправки	0.417	3	0.139	0.447	0.720	0.002

	Поправка на несферичність	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
	Грінхауз-Гейссер	0.417	2.64	0.158	0.447	0.695	0.002
	Гюн-Фельдт	0.417	2.74	0.152	0.447	0.702	0.002
Залишки	Без поправки	73.756	237	0.311			
	Грінхауз-Гейссер	73.756	208.3	0.354			
	Гюн-Фельдт	73.756	216.1	0.341			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>							
Група		16.8	1	16.83	13.3	< .001	0.088
Залишки		100.1	79	1.27			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправки	0.395	3	0.132	0.689	0.560	0.008
	Грінхауз-Гейссер	0.395	2.54	0.156	0.689	0.538	0.008
	Гюн-Фельдт	0.395	2.72	0.146	0.689	0.547	0.008
Залишки	Без поправки	24.105	126	0.191			
	Грінхауз-Гейссер	24.105	106.6	0.226			
	Гюн-Фельдт	24.105	114.1	0.211			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд		0.599	3	0.2	0.446	0.721	0.005
Залишки		49.651	111	0.447			

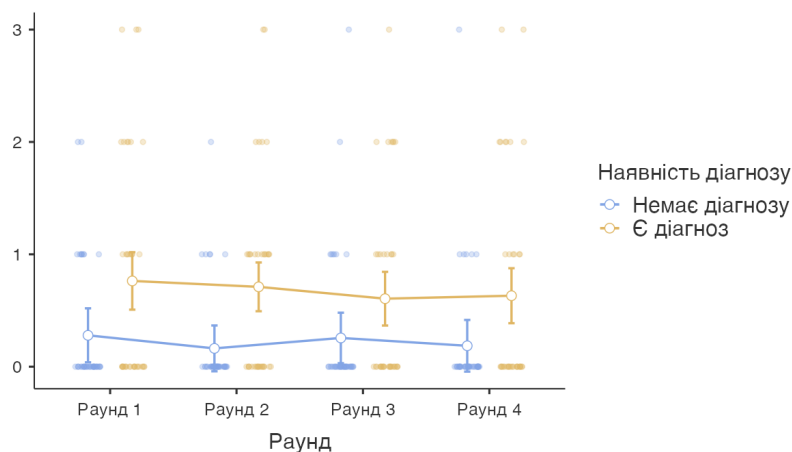


Рис.3.2.10. Графік динаміки змін показників суїцидальних намірів (МНАІ)

Для перших чотирьох додаткових питань (див. Додаток Ж) дисперсійний аналіз не показав значущих змін або відмінностей як між групами, так і всередині груп ( $p = .099 - .993$ ,  $\eta^2G = 0 - .014$ ). За п'ятим питанням, яке стосується страху своєї смерті (див. Табл. 3.2.14), було виявлено зміну в часі для спільного

значення на межі значущості ( $p = .049$ , з поправкою:  $p = .055$ ), що говорить про можливість загальної тенденції до збільшення страху (див. Рис. 3.2.11) проте сила ефекту не досягає рівня слабкої ( $\eta^2_G = .009$ ). Інші взаємодії не показали значущих результатів, хоча місцями присутній слабкий ефект, ані в різниці показників ( $p = .165$ ,  $\eta^2_G = .017$ ), ані динаміки (з поправкою:  $p = .775$ ,  $\eta^2_G = .001$ ) між групами, ані в змінах окремо по групах (контрольна:  $p = .324$ ,  $\eta^2_G = .006$ ; клінічна:  $p = .188$ ,  $\eta^2_G = .016$ ).

Табл. 3.2.14.

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за додатковим питанням 5: «Я взагалі не боюсь своєї смерті.»**

	Поправка на несферичність	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2_G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправки	6.316	3	2.105	2.66	0.049	0.009
	Грінхауз-Гейссер	6.316	2.71	2.33	2.66	0.055	0.009
	Гюн-Фельдт	6.316	2.81	2.247	2.66	0.053	0.009
Раунд * Група	Без поправки	0.81	3	0.27	0.341	0.796	0.001
	Грінхауз-Гейссер	0.81	2.71	0.299	0.341	0.775	0.001
	Гюн-Фельдт	0.81	2.81	0.288	0.341	0.783	0.001
Залишки	Без поправки	197.096	249	0.792			
	Грінхауз-Гейссер	197.096	225.0 1	0.876			
	Гюн-Фельдт	197.096	233.3 4	0.845			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>							
Група		11.5	1	11.46	1.96	0.165	0.017
Залишки		485.3	83	5.85			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд		2.4	3	0.801	1.17	0.324	0.006
Залишки		94.6	138	0.685			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд		4.5	3	1.5	1.62	0.188	0.016
Залишки		102.5	111	0.923			

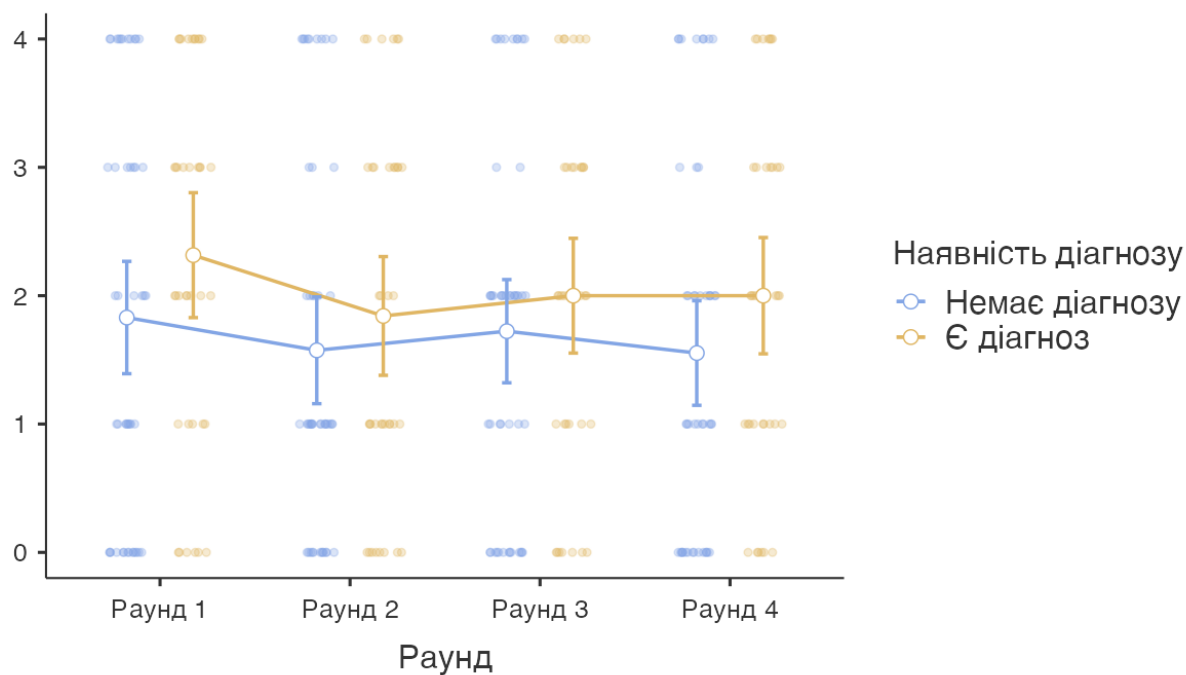


Рис.3.2.11. Графік динаміки змін відповідей на додаткове питання 5

### 3.3. Інтерпретація отриманих результатів та визначення особливостей динаміки стресостійкості осіб з психічними розладами

Проведене дослідження надало можливість описати особливості динаміки стресостійкості та певних суміжних з нею феноменів у осіб з психічними розладами в порівнянні з умовно здоровою популяцією в умовах війни. Результати охоплюють показники резильєнтності, життєстійкості, вираженості симптомів депресії, ПТСР, тривоги, зловживання алкоголем, наявності суїцидальних намірів, а також низку додаткових авторських питань. Виходячи з аналізу теоретичних джерел, у людей із психічними розладами зазвичай спостерігаються нижчі рівні стресостійкості, а також знижені показники супутніх психологічних характеристик, хоча безумовно, воєнні події мали вплинути на рівень стресостійкості обох груп. Наші результати дійсно показали наявність значущої різниці з невеликим-помірним розміром ефекту між результатами груп протягом 4 раундів за низкою досліджуваних феноменів: контрольна група показала вищу залученість (Життєстійкість), прийняття ризику (Життєстійкість), задоволеність життям, нижчий рівень симптомів ПТСР

(МНАІ), тривоги (МНАІ) та суїцидальних намірів. При цьому значуща різниця у зловживанні алкоголем (МНАІ) вказала на нижчий рівень у клінічної вибірки, що означає, що контрольна вибірка виявилась більш схильною до вживання. Низка різниць шкал наближувалась до значущості, проте не перетнула межу у  $p < .050$ : резильєнтність, загальна життєстійкість, вираженість симптомів депресії (МНАІ), а за показником контролю (Життєстійкість) різниці між показниками груп протягом дослідження виявлено не було. Це лише частково підтверджує гіпотезу про нижчі рівні психічного здоров'я та добробуту у клінічної групи, а також розширює результати, отримані у процесі аналізу даних першого раунду (Широкова, 2025). Тоді було виявлено значущу різницю лише за життєстійкістю та двома її підшкалами, а за резильєнтністю та задоволеністю життям було лише наближення до значущості. Важливо зазначити, що, попри розбіжності у показниках, обидві групи за інтерпретацією шкал опинились в одному і тому ж діапазоні: обидві перетнули скринінгову межу за симптомами депресії (МНАІ) та ПТСР (МНАІ), не досягли її за шкалою тривоги (МНАІ) та зловживання алкоголем (МНАІ), мають здебільшого середні показники задоволеності життям, резильєнтності та життєстійкості.

Якщо порівнювати показники з іншими дослідженнями, то можна сказати, що за шкалою резильєнтності наша клінічна група отримала схожий або дещо вищий рівень  $CD-RISC-10 = 23.2 - 25.0$  (в порівнянні з  $CD-RISC = 24.21; 24.23; 19.40$  (Lee et al., 2017; Seok et al., 2012, Min et al, 2012)), на противагу контрольній, в якій навпаки результати виявились нижчі  $CD-RISC = 26.6 - 25.9$  (в порівнянні з  $CD-RISC = 27.72$  та  $29.08$  (Lee et al., 2017; Seok et al., 2012)). При цьому показники обох груп дещо вищі за ті, що були отримані у всеукраїнському опитуванні «Твоя життєстійкість в умовах війни» (Кокун, 2022:  $CD-RISC = 22.86$ ). Показники задоволеності життям для клінічної групи виявились дещо вищими за звичайні показники серед пацієнтів психіатрії  $SWLS = 17.7 - 20.3$  (в порівнянні з  $SWLS = 14 - 19$  (Meule & Voderholzer, 2020)), проте контрольна група мала нижчі показники від нормативних, наприклад, для Німеччини  $SWLS = 24 - 22.5$  (в порівнянні з  $SWLS = 26.5$  (Hinz et al., 2018)).

Огляд результатів аналізу динаміки виявив певні неочікувані результати, зокрема за шкалою резильєнтності, де значуще зростання показника спостерігалось лише у клінічній групі, хоча й не досягало рівня контрольної групи, тоді як контрольна група залишалась стабільною. Найвиразніша різниця у клінічній групі спостерігалась між першим і другим етапом, що, ймовірно, відображає активізацію адаптивних механізмів після початкового шоку. При цьому інша модель стресостійкості – життєстійкість – не продемонструвала подібних тенденцій: обидві групи не виявили відмінностей у динаміці або суттєвих змін протягом часу. Тобто два конструкти, що стосуються саме стресостійкості в нашому дослідженні виявили стабільну динаміку та лише частково вищі показники для контрольної групи, і позитивну динаміку у клінічній лише у резильєнтності. Це явище вимагає додаткових досліджень взаємозв'язків з іншими факторами, оскільки, як було запропоновано у інтерпретації кореляційного аналізу першого раунду, це може вказувати на потенційну різницю у розумінні даних понять групами респондентів (Широкова, 2025). Цікаво ще й те, що згідно з порівнянням феноменів резильєнтності та життєстійкості, дослідники виявили, що в них відрізняється конструкт прийняття ризику, який не узгоджується з результатами резильєнтності (Georgoulas Sherry & Kelly, 2019), але в нашому дослідженні прийняття ризику має таку саму динаміку, як решта складових життєстійкості. З іншого боку, спостережуване явище також може бути випадковим, адже для стійкого ефекту різниці сприйняття динаміка змін резильєнтності мала б спостерігатися у клінічній групі не лише між першими раундами.

Динаміка показників задоволеності життям продемонструвала ще один цікавий контраст: статистично значущі зміни протягом часу спостерігались лише у контрольній групі, яка між першим та другим раундом мала помірне підвищення. Клінічна група, навпаки, хоча і мала певну тенденцію до поступового зростання, не досягла рівня статистичної значущості. Схожий ефект спостерігається також за підшкалами депресії (МНАІ) та ПТСР (МНАІ): клінічна частина вибірки мала стабільні показники без статистично значущих змін, хоча

з поступовою тенденцією до зменшення симптомів, а контрольна показала значущі зміни, що зумовлені помірним зменшенням між 1 та 2 раундом за обома показниками. За сипмтомами тривоги (МНАІ) ситуація була дуже схожа, але не досягла рівня статистичної значущості змін для контрольної групи. Тобто наша контрольна група мала певне різке покращення своїх результатів у другому раунді, що може потенційно свідчити про період зміцнення, відчуття надії, віри, що респонденти зможуть впоратися з викликами, можливо йдеться про появу надії на закінчення війни. Другий раунд був проведений у березні 2023 року, після першої важкої зими для суспільства, коли нормою стали періодичні масовані обстріли цивільної інфраструктури, блекауту. Водночас, осінь 2022 року принесла успішне повернення Херсону та Харківської області, що також могло вплинути на очікування продовження проривного контрнаступу навесні-влітку 2023. Якщо це дійсно може бути фактором подібних змін, це означає, що клінічна група ігнорувала новини, не схильна до оптимізму або не відчувала впливу змін у динаміці війни на власний психоемоційний стан. В будь-якому разі ці припущення вимагають уточнення та перевірки. Також виключення з аналізу результатів другого раунду може дати більш виважені результати. Відсутність змін та значуща різниця у показниках суїцидальних намірів між групами є логічною з огляду на те, що суїцидальні думки та поведінка є досить поширеним явищем для осіб з психічними розладами.

Відповіді на авторські запитання виявили значущий результат лише за загальними змінами всієї вибірки на питання щодо страху власної смерті – там спостерігалась динаміка його збільшення але з незначним розміром ефекту, що може говорити про поступову адаптацію до умов війни, в яких загроза життю стає, на жаль, побутовою реальністю. Тоді як всі інші відповіді – про готовність до війни перед початком, про спроможність одразу повірити, що вона дійсно почалась, про зміну кількості конфліктів з близькими і, особливо, з приводу того, як людина оцінює свою здатність поратися зі складними емоціями, – не виявлено жодних відмінностей між групами ані за показниками, ані у динаміці, так само як жодна з груп не виявила значущих змін протягом дослідження. Ці питання не

можуть слугувати валідним інструментом, проте вносять цікавий вимір самооцінки зазначених феноменів. Клінічна та контрольна група приблизно однаково оцінюють свою спроможність зустрічатися з викликами війни не дивлячись на відмінності у показниках за стандартизованими шкалами. Це додатково вказує на необхідність розширення аналізу у напрямку взаємозв'язків між зазначеними феноменами, оскільки може виявитись, що особи з психічними розладами інакше розглядають власну стресостійкість та здатність поратись з негараздами.

Таким чином, загальна динаміка стресостійкості та пов'язаних з нею показників у осіб з психічними розладами в умовах війни у нашому дослідженні виявляється стабільною, з певною динамікою до поступового покращення. У порівнянні з неклінічною вибіркою вони мають гірші показники за всіма методиками, проте меншу варіабельність та значущі зміни лише у показниках резильєнтності у період між 1 та 2 раундами. Така динаміка суперечить нашим очікуванням щодо погіршення адаптаційних ресурсів у клінічно вразливих осіб, і натомість свідчить про можливий потенціал до відновлення. Причини такого явища можна спробувати пояснити наявністю досвіду психотерапевтичної підтримки, можливо фармакологічною підтримкою або інших компенсаторних факторів. Наприклад, деякі сучасні дослідження вивчають те, наскільки організм людини на фізіологічному рівні може звикати до постійної або повторюваної експозиції до стресу і тим самим виробляти певну "стійкість" через звичку (Barthel et al., 2025). Подібно до того, як імунна система формує імунітет після перенесеної інфекції, тривалий досвід життя з психічним розладом може сприяти формуванню свідомої стресостійкості. Така людина частіше змушена звертатись по допомогу, зокрема психотерапевтичну, що зумовлює необхідність усвідомити власні вразливості, напрацювати нові ресурси й навички подолання, які допомагають поратись з майбутніми труднощами, що дослідники з Франції назвали ефектом «вакцинації» (Scali et al., 2012).

Зважаючи на викладене вище, результати проведеного дослідження є важливим кроком до кращого розуміння явища стресостійкості для осіб з

психічними діагнозами, проте не останнім. Подальше вивчення взаємозв'язків між всіма пов'язаними зі стресостійкістю явищами і їхніх відмінностей між клінічною та контрольною групами, аналіз з виключенням випадкових значень та не пояснених змін в динаміці (як, наприклад, несподівані підвищення показників у другому раунді для контрольної групи), вивчення впливів показників одне на одного, поділ на інші групи для уточнення можливих більш значущих факторів (наприклад, поділ за досвідом психотерапії або наявністю родичів, які постраждали внаслідок військових дій), додавання якісних даних або додаткових методик для більш комплексного аналізу, збільшення вибірки та забезпечення її більшої гомогенності – все це може розширити знання на дану тему.

### **3.4. Рекомендації по зміцненню та розвитку стресостійкості**

Емпіричне дослідження виявило здебільшого стабільні показники стресостійкості та більшості супутніх феноменів для клінічної групи, а оскільки вони все ж нижчі за рівень контрольної, ми можемо говорити про необхідність посилення навичок стресостійкості. Так само, як наукова психологія, різні психотерапевтичні школи сходяться на думці, що стресостійкість – це динамічна здатність особистості успішно адаптуватися до стресових ситуацій, травм, загроз або криз. Це явище не вважається обов'язковим маркером наявності чи відсутності розладів, а скоріше розглядається як процес "повернення" або зростання після негараздів. При цьому далеко не в кожному підході застосовують цей термін у якомусь з його варіантів, а інтервенції спрямовуються на зміцнення особистісної структури та навичок саморегуляції. Розглянемо деякі з них.

Одним з найстаріших та найбільш досліджуваних методів психотерапевтичного втручання є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), що фокусується на ідентифікації та зміні негативних та дезадаптивних патернів мислення, які зокрема посилюють стрес та знижують стресостійкість. Дослідження показують ефективність КПТ-втручань у підвищенні

стресостійкості та зниженні симптомів стресу у різних групах населення, в тому числі військових, людей, що пережили травму, та осіб із хронічними психічними захворюваннями. В тому числі КПТ вважається методом першої ланки для роботи з депресивними та тривожними симптомами (Hofmann et al., 2012). Інтервенції для покращення навичок порання зі стресом можуть включати наступні техніки: когнітивна реструктуризація (виявлення автоматичних негативних думок, їх спростовування та заміна на більш реалістичні та адаптивні), навчання навичок вирішення проблем (помічати проблему, аналізувати, генерувати варіанти рішень та обирати найефективніші), тренінг зі стресової інокуляції (SIT) (поступове "щеплення" проти стресу шляхом навчання навичок релаксації, когнітивним стратегіям та експозиції до стресорів у контрольованих умовах).

Терапія прийняття та відповідальності (АСТ) дивиться на проблему стресового досвіду дещо інакше та не намагається усунути негативні думки чи емоції, а вчить приймати їх як частину людського досвіду та діяти відповідно до своїх цінностей, незважаючи на дискомфорт. Дослідження підтверджують, що інтервенції АСТ сприяють психологічній гнучкості, яка може розглядатися як ядро стресостійкості (Kashdan & Rottenberg, 2010). Ключовими компонентами вважаються наступні: прийняття (розвиток готовності переживати неприємні думки, почуття та відчуття без боротьби з ними), когнітивне роз'єднання (навчання сприймати думки просто як думки, а не як незаперечну істину чи наказ до дії), усвідомленість (розвиток здатності бути присутнім у поточному моменті без осуду та необхідності давати йому оцінку і діяти), визначення цінностей та цілеспрямовані дії (ідентифікація того, що справді важливо для людини, діяння та побудова життя навколо цих цінностей як у кризових ситуаціях, так і побуті)

Ще одним відомим доказовим методом є діалектично-поведінкова терапія (ДПТ), яка була розроблена для осіб з межовим розладом особистості і вважається представником "третьої хвилі" КПТ, через те, що було виявлено недостатню ефективність КПТ у роботі з суїцидальними настроями. Як було зазначено у теоретичній частині, цей розлад характеризується нестабільністю

емоційного регулювання та особистих стосунків, імпульсивністю, самоушкоджуючою та суїцидальною поведінкою тощо, а деякі вчені вважають його уособленням психічного нездоров'я як розладу, ядром якого вважають низькі рівні стресостійкості. Тож можна зробити висновок, що інтервенції ДПТ будуть корисні не лише особам з розладами, а й усім, хто хоче підвищити стресостійкість, що доводять численні дослідження. Хоча, звісно, в першу чергу ДПТ є "золотим стандартом" терапії МРО і прямо націлена на розвиток навичок, що складають основу цього розладу (Linehan, 2015). Хоча цей метод та його техніки застосовуються в тому числі індивідуально, зазвичай терапія ДПТ проводиться у груповому форматі з фіксованою кількістю та структурою модулів: 1. Навички усвідомленості (подібні до АСТ, допомагають бути присутнім та спостерігати за своїм досвідом); 2. навички стресостійкості (витримування сильного емоційного болю без імпульсивних дій, використовуючи техніки відволікання, самозаспокоєння, покращення моменту та прийняття реальності); 3. навички емоційної регуляції (розуміння власних емоцій, навички зменшування вразливості до негативних емоцій та зміни небажаних емоцій); 4. навички міжособистісної ефективності (вміння ефективно просити про допомогу, відмовляти, відстоювати свої права та підтримувати здорові стосунки).

Майндфулнес-орієнтовані підходи – програми зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR) та когнітивної терапії на основі усвідомленості (МВСТ) – навчають систематично практикувати своєрідну медитацію усвідомленості для розвитку самоусвідомлення, зниження реактивності на стрес та покращення емоційної регуляції. Програми на основі майндфулнес, такі як MBSR, мають чіткі 8-тижневі протоколи. Ці підходи показали свою ефективність у зменшенні симптомів стресу, тривоги, депресії та покращенні якості життя, що сприяє стресостійкості (Kabat-Zinn, 2013; Segal et al., 2013). Власне, МВСТ спеціально розроблена для запобігання рецидивам депресії, навчає усвідомленості для розпізнавання ранніх ознак погіршення стану та зміни реакції на них (Segal et al., 2013).

Дещо інакший підхід до розвитку навичок подолання пропонує позитивна психологія, що фокусується на сильних сторонах особистості, позитивних емоціях та факторах, які сприяють процвітанню. В складі її інтервенцій може бути акцент на визначенні та використанні сильних сторін характеру особистості, практиках вдячності, розвитку оптимізму та надії, навичках побудови позитивних стосунків, пошуках сенсу та мети в житті. Дослідження показують, що такі втручання також можуть підвищувати рівень суб'єктивного благополуччя та резилентності (Seligman, 2011).

При цьому сучасна психотерапія все частіше стає мультимодальною, тобто інтегрує техніки та погляди різних підходів в роботі з клієнтами та пацієнтами. Так само і стандартизовані протоколи для підвищення стресостійкості, які розробляються для різних груп населення з різними задачами, можуть включати в свою структуру інструменти декількох психотерапевтичних методів. Мета-аналіз 2018 року підтвердив, що психотерапевтичні втручання, особливо ті, що включають когнітивні та поведінкові техніки, а також майндфулнес, є ефективними для підвищення резилентності (Joyce et al., 2018), а вони легко інтегруються в більшість інших підходів.

Якщо говорити про інтервенції з метою покращення навичок стресостійкості саме для осіб з психічними розладами, то варто зазначити, що невід'ємною частиною будь-якої роботи є психоедукація. Розуміння власного розладу, особистих тригерів та ранніх ознак хворобливих станів фундаментально важливі для ефективного процесу. Адже, хоч ми говоримо про низьку стресостійкість таких пацієнтів як одну з базових характеристик, кожний розлад має особливі ознаки та перебіг, що зумовлює необхідність диференціації програм та методів роботи – те, що є достатнім та ефективним для осіб без розладів, може виявитись не лише малоефективним, а й шкідливим для людей з певними розладами.

Наприклад, метод терапії на основі менталізації (МВТ) є інтегративним підходом, створеним спеціально для пацієнтів з МРО, але з акцентом на конкретну проблему, яка виникає внаслідок розвитку цього розладу. Йдеться про

труднощі з розумінням емоційного стану себе та інших людей та обходженням з ним. Внаслідок вибудовування деструктивних моделей прив'язаності пацієнти з МРО можуть не розмежовувати свої емоції та уявлення від реальності інших людей, тож МВТ допомагає покращити здатність розуміти власні та чужі психічні стани, що покращує міжособистісну взаємодію та знижує імпульсивність (Bateman & Fonagy, 2006).

Тож, поруч з ДПТ та МВТ, які розроблені первинно для роботи з МРО, з'являються новітні методи, спрямовані на терапію інших розладів. Наприклад, терапія орієнтована на відновлення інтерперсональних та соціальних ритмів (IPSRT) описана у 2014 році, робить акцент на роботі з особами з БАР. Вона є модифікацією підходу інтерперсональної психотерапії, яка, в свою чергу, фокусувалася на депресії. Цей підхід враховує дані досліджень, які свідчать, що порушення сну та щоденного розпорядку є важливим чинником регулювання симптомів біполярного розладу. Тому терапія включає не лише опрацювання міжособистісних проблем, а й техніки для стабілізації добових ритмів (сон, активність, прийом їжі), що є критичним для стабілізації настрою на фізіологічному рівні. Крім того, приділяється увага переживанню втрат, пов'язаних із розладом, неопрацьованому горю, конфліктам, змінам в соціальних ролях та відчуттю ізоляції (Frank, 2007). Враховуючи вищезазначене, для осіб з розладами, що пов'язані з високою експозицією до стресу, можна запропонувати тренінг, що інтегрує інструментарій різних підходів.

### **Тренінг: "Прості навички для складного життя"**

**Загальна мета:** підвищити рівень стресостійкості в людей з діагностованими БАР, МРО, депресивними або тривожними розладами шляхом розвитку навичок емоційного інтелекту, емоційної регуляції, усвідомленості, когнітивної гнучкості та ефективної міжособистісної взаємодії.

**Цільова аудиторія:** дорослі (18+) з діагнозом БАР, МРО тривожними або депресивними розладами. Учасники повинні проходити основне лікування (фармакотерапія, індивідуальна психотерапія) та бути достатньо стабільними

для участі в груповій роботі, без гострих маніакальних/психотичних симптомів. Бажано, щоб пацієнтів з кожним розладом було від 2 осіб.

**Формат:** закрита група, зустрічі раз на 2 тижні по 2.5 години з перервою. Оптимальний розмір групи – 8-12 учасників.

**Вимоги до ведучих:** два ведучих, з сертифікацією у психотерапевтичному методі, тренуванням у КПТ, ДПТ та з досвідом роботи з пацієнтами з БАР, МРО та тривожно-депресивним спектром розладів.

**Орієнтовна структура кожної сесії:** коротке налаштування/вправа на усвідомленість (5-10 хв), перевірка домашнього завдання та обговорення досвіду застосування навичок (20-30 хв), психоедукація: представлення нової теми/навички (20-30 хв), демонстрація та практика навички, обговорення (50-60 хв), шерінг: труднощі, інсайти, адаптація навичок (20-30 хв), формулювання домашнього завдання (5-10 хв), завершальна вправа/рефлексія (5-10 хв).

### **Зустріч 1. Вступ**

Вступ: представлення ведучих, програми. Вправа на знайомство.

Групові правила: спільне обговорення та прийняття правил (конфіденційність, повага, активна участь, “стоп-слово” тощо).

Лекція: поняття стресостійкості, обговорення особистого розуміння. Модель резилієнтності (American Psychological Association, 2020), фактори, що впливають на неї.

Психоосвіта: коротко про БАР, МРО, розлади тривожно-депресивного спектру та як тренінг може допомогти. Важливість дотримання основного лікування.

Вправа з "Колесом Резилієнтності": Учасники оцінюють свої поточні ресурси в різних сферах (емоційна регуляція, соціальна підтримка, когнітивна гнучкість, фізичне здоров'я тощо).

Лекція: погляди ДПТ на зменшення емоційної вразливості. Модель ABC PLEASE: Accumulate positive emotions (накопичуйте позитивні емоції), Build mastery (розвивайте майстерність у тому чим займаєтесь), Core ahead (справляйтеся наперед: планування для складних ситуацій); PLEASE: PL - treat

Physical illness (лікуйте фізичні захворювання), Eating (здорове харчування), Avoid mood-altering drugs (уникайте психоактивних речовин), Sleep (здоровий сон), Exercise (фізичні навантаження).

Обговорення досвіду групи у дотримуванні складових частин ABC PLEASE.

Домашнє завдання: обрати 1-2 навички з ABC PLEASE та активно впроваджувати протягом тижня. Скласти список приємних активностей та використовувати. Завести "Щоденник стресостійкості" для запису думок, емоцій, досвіду застосування навичок. Прочитати короткий матеріал про стресостійкість. Сформулювати 1-2 особисті цілі на тренінг.

### **Зустріч 2. Мої емоції та я.**

Перевірка ДЗ: Обговорення цілей.

Обговорення: Як ви розпізнаєте свої емоції? Де ви їх відчуваєте в тілі?

Лекція: сприйняття та розпізнавання емоцій.

Вправа "Словник емоцій": Розширення словникового запасу для опису різних відтінків почуттів.

Вправа "Сканування тіла для емоцій": Навчання помічати фізичні прояви емоцій.

Лекція: емоційні схеми та як наші переконання про емоції впливають на нашу реакцію на них (Leahy, 2015).

Вправа "Мої переконання про емоції": Учасники анонімно записують свої переконання про ключові емоції (гнів, сум, тривога, радість). Зачитування ведучими та обговорення поширених схем.

Домашнє завдання: вести "Щоденник емоцій" (помічати та фіксувати протягом дня різні емоції, їхню інтенсивність, тілесні відчуття та ситуацію). Звернути увагу на свої переконання про емоції, що виникають протягом тижня.

### **Зустріч 3. Основи майндфулнес.**

Перевірка ДЗ: Обговорення "Щоденника емоцій".

Лекція: підхід майндфулнес та його ключові принципи: безоціночність, допитливість, прийняття, "розум новачка".

Вправи на усвідомленість: усвідомлене дихання (кілька варіантів), усвідомлене спостереження за думками ("думки як хмаринки"), усвідомлення звуків. Комплексні вправи на заземлення з залученням всіх органів чуття.

Лекція: про інтеграцію практик майндфулнес у повсякденне життя (усвідомлене миття посуду, чистка зубів, прогулянка тощо).

Домашнє завдання: щоденна практика усвідомленого дихання (5-10 хв). Обрати одну повсякденну дію та виконувати її усвідомлено протягом тижня. Продовжувати "Щоденник емоцій", додаючи спостереження за думками.

#### **Зустріч 4. Прийняття важких станів та емоцій.**

Перевірка ДЗ: Обговорення досвіду практики майндфулнес.

Лекція: погляд на прийняття в контексті підходів ДПТ та АСТ.

Вправа "Що та Як": що робити – спостерігати, описувати, брати участь; як робити – безоціночно, зфокусовано, ефективно.

Вправа "Прийняття дискомфорту": коротка практика усвідомленого переживання керованого легкого фізичного або емоційного дискомфорту, спостерігаючи за ним без спроб змінити.

Домашнє завдання: практикувати навички "Що та Як" під час переживання емоцій. Визначити одну ситуацію/емоцію, з якою важко змиритися, та спробувати застосувати принципи прийняття (записувати думки/відчуття).

#### **Зустріч 5: Навички емоційної регуляції: Зміна небажаних емоцій.**

Перевірка ДЗ.

Лекція: коли емоції не відповідають реальності або не є ефективними.

Вправа "Рольова гра: Дія, протилежна до емоції": Розбір ситуацій учасників.

Лекція: самоспівчуття як інструмент регуляції емоцій.

Вправа "Заспокійливий дотик та добрі слова собі".

Домашнє завдання: практикувати "Дію, протилежну до емоції" у відповідних ситуаціях, коротку вправу на самоспівчуття – щодня.

#### **Зустріч 6. Когнітивна реструктуризація.**

Перевірка ДЗ.

Лекція: зв'язок думок, емоцій та поведінки, автоматичні думки, когнітивні викривлення (для МРО: чорно-біле мислення, ідеалізація/знецінення; для БАР: катастрофізація під час депресії, думки про власну всемогутність під час гіпоманії)

Вправа "Щоденник думок": Ситуація – Думки – Емоції – Реакція.

Лекція: спростування та зміна думок, побудова більш гнучкого мислення. Техніки когнітивної реструктуризації.

Вправа "Когнітивний диспут": учасники працюють в парах або малих групах над оскарженням своїх автоматичних думок.

Вправа когнітивне роз'єднання (АСТ): техніки для дистанціювання від думок (наприклад, "я помічаю думку, що...", називання думок, співання думок)

Домашнє завдання: вести "Щоденник думок" з колонкою для адаптивної відповіді або думки, ідентифікувати когнітивні викривлення у своїх думках. Практикувати техніки когнітивного роз'єднання.

### **Зустріч 7: Емоційна регуляція в кризових ситуаціях.**

Перевірка ДЗ.

Лекція: ситуації інтенсивного емоційного болю та переживань, коли неможливо одразу вирішити проблему. Техніки ДПТ для кризових ситуацій – "ACCEPTS" (відволікання), "Self-Soothing" (самозаспокоєння п'ятьма почуттями), "IMPROVE the moment" (покращення моменту).

Вправа "Створення особистого набору для стресостійкості": учасники складають список своїх наявних або потенційних дієвих навичок з ACCEPTS, Self-Soothing, IMPROVE.

Вправа "Pros and Cons" (Плюси та мінуси): Аналіз наслідків імпульсивної поведінки в кризі проти використання навичок стресостійкості.

Лекція: планування безпеки на випадок криз: особливо важливо для учасників з МРО (при суїцидальних думках/самопошкодженні) та БАР (при ризику імпульсивних дій під час зміни фаз).

Підтримуюча вправа або шерінг.

Домашнє завдання: спробувати 1-2 нові навички стресостійкості в ситуації легкого/помірного стресу. Створити фізичний "набір для самозаспокоєння" (коробочку з предметами для 5 почуттів). Практикувати навичку "Плюси та мінуси" перед прийняттям важливих рішень в емоційному стані.

### **Зустріч 8. Збереження стосунків та самоповаги.**

Перевірка ДЗ.

Лекція: соціальна усвідомленість та управління стосунками, навички комунікації для збереження стосунків, самоповаги та досягнення власних цілей.

Вправа "GIVE" (для збереження стосунків): gentle (будьте м'якими та обережними), interested (проявляйте інтерес), validate (валідизуйте почуття та думки іншого), easy manner (обирайте легку манеру спілкування).

Вправа "FAST" (для збереження самоповаги): fair (будьте справедливими та щирими до себе та інших), apologies (без зайвих вибачень), stick to values (дотримуйтесь своїх цінностей), truthful (будьте чесними).

Рольові ігри: практика GIVE та FAST у запропонованих ситуаціях.

Опис вправи "DEAR MAN": describe (опишіть ситуацію), express (виразіть свої почуття/думки), assert (чітко сформулюйте прохання/позицію), reinforce (підкріпіть: поясніть, чому це важливо), mindful (будьте усвідомленими: не відволікайтеся від мети), appear confident (виглядайте впевнено), negotiate (будьте готові до переговорів).

Вправа: практика DEAR MAN у запропонованих ситуаціях.

Лекція: балансування пріоритетів і коли важливіше досягти мети, коли – зберегти стосунки, а коли – самоповагу.

Лекція: соціальні ритми та стосунки (особливо для БАР). Обговорення важливості стабільних соціальних контактів та рутин для підтримки настрою.

Домашнє завдання: практикувати навички GIVE та FAST у відповідних ситуаціях. Визначити одну міжособистісну ситуацію, де потрібно чогось досягти, та підготуватися до неї за допомогою DEAR MAN. Спробувати застосувати. Проаналізувати свої соціальні ритми та їх вплив на настрій.

### **Зустріч 9. Визначення особистих цінностей.**

Перевірка ДЗ.

Лекція: життєві цінності, важливість їхньої реалізації для сповненого щасливого життя та стійкості психіки.

Вправа "Компас цінностей": Дослідження цінностей у різних сферах життя (стосунки, робота/навчання, особистісний ріст, здоров'я, дозвілля, духовність тощо).

Лекція: як перетворити цінності на конкретні, досяжні цілі.

Коротка вправа: сформулювати 1-2 цілі, що базуються на виявлених цінностях.

Лекція: дії, узгоджені з цінностями (Committed Action, АСТ), про готовність діяти відповідно до цінностей, навіть якщо це викликає дискомфорт або страх (Hayes, 2012).

Вправа "Планування дій": учасники починають розробляти план конкретних кроків для реалізації однієї з цілей, що базується на цінностях.

Домашнє завдання: закінчити вправу "Планування дій", зробити перші кроки згідно з розробленим планом. Регулярно переглядати свої цінності та цілі.

### **Зустріч 10. План підтримки стресостійкості у майбутньому.**

Обговорення ДЗ.

Вправа "Індивідуальний план підтримки стресостійкості": ключові навички, які потрібно продовжувати практикувати, ранні попереджувальні ознаки погіршення стану/стресу, стратегії копіngu для кожної ознаки, мережа соціальної підтримки, професійна підтримка (план дій у кризі).

Обговорення важливості продовження основного лікування та самопомоги.

Завершальна вправа: "Лист собі в майбутнє" (з нагадуваннями про сильні сторони, навички та цінності).

Зворотний зв'язок про тренінг.

### Висновки до розділу 3

В даному розділі було проведено аналіз отриманих результатів. Контрольна група демонструвала стабільно вищі показники життестійкості, задоволеності життям і нижчий рівень симптомів тривоги, ПТСР та суїцидальних намірів. Проте несподівано саме клінічна група виявила позитивну динаміку у зростанні рівня резильєнтності між першим і другим раундом. Цей ефект не фіксувався у контрольній вибірці, що може вказувати на неочікуваний компенсаторний потенціал осіб із психічними розладами, сформований через досвід психотерапії, саморефлексію чи іншими факторами. Такі результати можуть бути проявом феномену «психологічної вакцинації», коли експозиція до стресу супроводжується розвитком адаптивних механізмів. Життестійкість як конструкт залишалася відносно стабільною в обох групах, без значущої динаміки, що контрастує з гнучкішими змінами в резильєнтності. Особливої уваги заслуговує помітне покращення частини показників у другому раунді для контрольної групи: тоді фіксувалося зниження депресивних і посттравматичних симптомів та зростання задоволеності життям. Це може бути проявом короткочасної стабілізації, що збігається з періодом національних успіхів на фронті та завершенням важкої зими. Клінічна група, натомість, такої динаміки не виявляла, що може свідчити про меншу чутливість до зовнішніх змін або про інші механізми реагування.

Відповіді на авторські запитання показали мінімальні зміни лише у страху власної смерті, тоді як показники готовності до війни, здатності впоратись з емоціями чи конфліктності залишались стабільними у обох груп. Незважаючи на гірші показники за стандартизованими шкалами, клінічна група не оцінювала себе менш стійкою, що може свідчити про інше розуміння чи суб'єктивну переоцінку власних можливостей. Такі результати потребують подальшого аналізу, зокрема у зв'язку з досвідом психотерапії або інших факторів впливу, залученням аналізу взаємозв'язків між поняттями та якісних даних для уточнення розуміння досліджуваних феноменів клінічною групою та

покращенням дизайну дослідження шляхом гомогенізації вибірки та збільшення її розміру.

Враховуючи результати було вирішено розглянути варіанти психотерапевтичних втручань для покращення стресостійкості, що пропонують різні підходи: КПТ, Терапія прийняття та відповідальності, ДПТ, Майндфулнес-орієнтовані підходи, Позитивна психотерапія. Окрему увагу приділено особливостям роботи з особами з психічними розладами та методам, що призначені для конкретних діагнозів. Додатково було запропоновано груповий тренінг “Прості навички для складного життя”, що спрямований на комплексного покращення навичок стресостійкості у осіб з БАР, МРО та розладами тривожно-депресивного спектру. Він складається з структурованих 10 зустрічей, які поступово вчать емоційного інтелекту, регуляції емоцій, зміни когнітивних схем, виявлення власних цінностей.

## ВИСНОВКИ

Проведеним дослідженням було виконано всі поставлені завдання та отримано відповіді на поставлені дослідницькі питання, що дозволяє зробити наступні висновки:

1. Визначено стан розвитку сучасної наукової думки щодо поняття стресостійкості у різних теоретичних підходах. Незважаючи на зростаючий інтерес до цього феномену, досі не існує загальноприйнятого визначення цього поняття, хоча йдеться про стійкість до виникнення стресу та адаптації до його процесів та наслідків. Було розкрито два підходи, що є розповсюдженими у великій кількості наукових праць – резильєнтність та життєстійкість. Війна в Україні вирізняється своєю масштабністю та інтенсивністю, що робить ці умови унікальними для дослідження стресостійкості. Порівняно з більшістю європейських досліджень часів Другої світової війни, розвиток технологій створив нові можливості для збору даних в різних категорій населення. Виявлено, що, як для української, так і для світової наукової спільноти бракує даних про специфіку динаміки стресостійкості осіб з психіатричними діагнозами. Останнім часом поширені дослідження стресостійкості українців у різних соціальних групах, професіях та з урахуванням різноманітних факторів, втім більшість робіт досліджують лише один зріз даних та жодна з них не розглядає питання динаміки стресостійкості людей з психічними розладами крім ПТСР та депресії.
2. Було розроблено лонгітюдний дизайн та проведено емпіричне дослідження особливостей динаміки стресостійкості людей з психічними розладами в умовах війни, яке включало чотири хвили збору даних у період з 2022 по 2024 рік. У опитуванні взяло участь 113 осіб, з яких 58 мали встановлені психіатричні діагнози на момент проходження останнього раунду. Всі учасники мали цивільний статус та українське громадянство. З метою всебічного вивчення стресостійкості було застосовано комплекс психометричних інструментів, що охоплювали такі аспекти як

життєстійкість, резильєнтність, рівень задоволеності життям та стан психічного здоров'я, а також додано 5 авторських запитань. Отримані дані за всіма шкалами було перевірено на внутрішню узгодженість.

3. За допомогою методів статистичного аналізу даних було опрацьовано отримані результати. Дисперсійний аналіз повторюваних вимірювань дав змогу виявити, що динаміка стресостійкості та супутніх психологічних явищ у осіб з психічними розладами в умовах війни є стабільною та майже не показує значущих змін за жодним з показників крім значущого підвищення резильєнтності між 1 та 2 раундом дослідження. Більшість показників мала незначущу позитивну динаміку. Натомість контрольна група мала значущі зміни у частині показників з особливо яскравим позитивним акцентом на змінах між 1 та 2 раундами. Різниці між динаміками груп не виявлено. Здебільшого клінічна група мала значуще гірші результати ніж контрольна, хоча обидві групи опинялись в одному діапазоні інтерпретаційних проміжків за шкалами. За авторськими питаннями значущих змін не виявлено.
4. Стабільність динаміки стресостійкості та супутніх показників у групи з психічними діагнозами з помірною тенденцією до покращення суперечить припущенням про зниження адаптаційних ресурсів у осіб з розладами і натомість вказує на можливий потенціал до відновлення, що може бути пов'язано з досвідом психотерапії, медикаментозним лікуванням, напрацюванням навичок подолання й усвідомлення власних вразливостей. Отримані результати потребують подальшого дослідження з залученням дослідження взаємозв'язків між окремими показниками, поділу вибірки за додатковими ознаками, якісних методів і збільшення вибірки. Також на основі опрацьованих результатів було розглянуто варіанти інтервенцій різних психотерапевтичних методів для зміцнення стресостійкості та розроблено груповий тренінг "Прості навички для складного життя" для підвищення рівня стресостійкості в людей з діагностованими БАР, МРО, депресивними або тривожними розладами шляхом розвитку навичок

емоційного інтелекту, емоційної регуляції, усвідомленості, когнітивної гнучкості та ефективної міжособистісної взаємодії.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бардин, Н. М., Жидецький, Ю. Ц., Кіржецький, Ю. І. та ін. (2021). Стресостійкість : навчальний посібник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ.
2. Беднарчик, Р.Р., Вергелес, Т.М., Беднарчик М.В. (2023). Психоемоційний стан цивільного населення під час війни. контекст сучасної України, Філософія в сучасному науковому та соціально - політичному дискурсах – 2023.
3. Гурлева, Т.С., & Журавльова, Н.Ю. (2022). Довіра до себе як важливий атрибут стресостійкості особистості в умовах інформаційної війни: взаємозв'язок понять. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія Психологія, 33(72), 76-82.
4. Кокун, О.М. (2020). Професійна життєстійкість особистості: аналіз феномену. Актуальні проблеми психології, 5(20), 68-81.
5. Кокун, О.М. (2022). Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни». Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України.
6. Кокун, О. М. (2024). Діагностика професійної життєстійкості та психофізіологічної стійкості: методичні рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
7. Костишин, Н., & Яковець, Т. (2022). Стресостійкість колективу під час війни: налаштування психологічного клімату. Грааль науки, 14-15, 565–570.
8. Мороз, Л. І., & Березюк, М. О. (2023). Особливості впливу травматичних подій на рівень стресостійкості та шляхи надання психологічної допомоги, Актуальні проблеми психології розвитку особистості – 2023.
9. Овчаренко, О. Ю. (2023). Особливості стресостійкості студентів з інвалідністю та без інвалідності в умовах війни. Психологічні студії, (1), 54–62.
10. Олефір, В., & Боснюк, В. (2024). Адаптація українськомовної версії шкали задоволеності життям Е. Дінера. Наука і освіта, 2, 64-72.

- 11.Панасенко, Н.М. (2024). Професійна життєстійкість та посттравматичне зростання фахівців соціономічних професій в умовах війни. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2024, 5, 103-114.
- 12.Сабо, Ш. (2019). Стрес: від Ганса Сельє до сьогодні. Львів: Наукове тов-во ім. Шевченка.
- 13.Титаренко, Т. М. (2009). Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека : навчальний посібник. Київ: Марич.
- 14.Широкова, К. О. (2025). Дослідження стресостійкості осіб із психічними розладами у період війни. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії – 2025: Тези науково-практичної конференції «Війна, мир, людина: сучасний погляд та переосмислення» (12–13 квітня 2025 року, м. Київ)*, 160–163.
- 15.Ahrens, K. F., Schenk, C., Kollmann, B., Puhmann, L. M. C., Neumann, R. J., Schäfer, S. K., Reis, D., Basten, U., Weichert, D., Fiebach, C. J., Lutz, B., Wessa, M., Repple, J., Lieb, K., Tüscher, O., Reif, A., Kalisch, R., & Plichta, M. M. (2024). Resilience to major life events: Advancing trajectory modeling and resilience factor identification by controlling for background stressor exposure. *American Psychologist*, 79(8), 1076–1091. <https://doi.org/10.1037/amp0001315>
- 16.American Psychological Association. *The Road to Resilience*. – Washington, D.C., 2020
- 17.American Psychological Association. (n.d.). Resilience. In *APA dictionary of psychology*. Retrieved November, 2024, from <https://dictionary.apa.org/resilience>
- 18.Amstadter, A. B., Myers, J. M., & Kendler, K. S. (2014). Psychiatric resilience: longitudinal twin study. *British Journal of Psychiatry*, 205(4), 275–280. doi:10.1192/bjp.bp.113.130906
- 19.Bateman A., Fonagy P. *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. – Oxford, Oxford University Press, 2006

20. Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., & Brähler, E. (2009). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*, 13(1), 32–39.
21. Bozikas, V. P., Parlapani, E., Holeva, V., Skemperi, E., Bargiota, S. I., Kirla, D., ... Garyfallos, G. (2016). Resilience in Patients With Recent Diagnosis of a Schizophrenia Spectrum Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(8), 578–584.
22. Cameron, H. A., & Schoenfeld, T. J. (2018). Behavioral and structural adaptations to stress. *Frontiers in neuroendocrinology*, 49, 106–113.
23. Chmitorz, A., Neumann, R.J., Kollmann, B. et al. Longitudinal determination of resilience in humans to identify mechanisms of resilience to modern-life stressors: the longitudinal resilience assessment (LORA) study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 271, 1035–1051 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01159-2>
24. Choi, J.-W., Cha, B., Jang, J., Park, C.-S., Kim, B.-J., Lee, C.-S., & Lee, S.-J. (2015). Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 170, 172–177.
25. Connor, K.M. and Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
26. Cosco, T. D., Kaushal, A., Hardy, R., Richards, M., Kuh, D., & Stafford, M. (2017). Operationalising resilience in longitudinal studies: a systematic review of methodological approaches. *Journal of epidemiology and community health*, 71(1), 98–104. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206980>
27. Doty, B., Haroz, E.E., Singh, N.S. et al. (2018). Adaptation and testing of an assessment for mental health and alcohol use problems among conflict-affected adults in Ukraine. *Conflict and Health*, 12, 34.
28. Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. et al. (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.

29. Frank E. Interpersonal and Social Rhythm Therapy: A Means of Improving Outcome in Bipolar Disorder. – *Journal of Clinical Psychology*, 2007. – Vol. 63, №5. – P. 463–467
30. 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.
31. Goldstein, D. S., & Kopin, I. J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, 10(2), 109–120.
32. Guillén, V., Tormo, M.E., Fonseca-Baeza, S. et al. (2021). Resilience as a predictor of quality of life in participants with borderline personality disorder before and after treatment. *BMC Psychiatry*, 21, 305.
33. Hayes S.C., et al. *Acceptance and Commitment Therapy* (2nd ed.). – New York, Guilford Press, 2012
34. Hinz, A., Conrad, I., Schroeter, M. L., Glaesmer, H., Brähler, E., Zenger, M., ... Herzberg, P. Y. (2018). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS), derived from a large German community sample. *Quality of Life Research*, 27(6), 1661–1670. doi:10.1007/s11136-018-1844-1
35. Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk I.J.J., Sawyer A.T., Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. – *Cognitive Therapy and Research*, 2012. – Vol. 36, №5. – P. 427–440
36. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). (2019). Chapter V, Mental and behavioural disorders (F00-F99). <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/V>
37. Joyce S., Shand F., Tighe J., Laurent S.J., Bryant R.A., Harvey S.B. A systematic review of resilience-promoting interventions for adults. – *Health Psychology Review*, 2018. – Vol. 12, №1. – P. 60–80
38. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (Revised ed.). – New York, Bantam Dell, 2013

- 39.Kaim, A., Tov, M. S., Kimhi, S., Marciano, H., Eshel, Y., & Adini, B. (2024). A longitudinal study of societal resilience and its predictors during the Israel-Gaza war. *Applied psychology. Health and well-being*, 16(3), 1479–1496. <https://doi.org/10.1111/aphw.12539>
- 40.Kashdan T.B., Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. – *Clinical Psychology Review*, 2010. – Vol. 30, №7. – P. 865–878
- 41.Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- 42.Kostruba, N., & Liashko, L. (2023). Personal characteristics of youth psychological resilience in war conditions. *Psychological Prospects Journal*, 42, 82-96.
- 43.Lane, R., Taylor, H., Ellis, F., Rushworth, I., & Chiu, K. (2025). Resilience and its association with mental health among forcibly displaced populations: A systematic review and meta-analyses. *Journal of affective disorders*, 379, 387–400. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.015>
- 44.Lawford, J., & Eiser, C. (2001). Exploring links between the concepts of Quality of Life and resilience. *Pediatric Rehabilitation*, 4(4), 209–216.
- 45.Leahy R.L. *Emotional Schema Therapy*. – New York, Routledge, 2015
- 46.Lee, D., Cha, B., Park, C.-S., Kim, B.-J., Lee, C.-S., Lee, S.-J., ... Choi, J.-W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 207, 434–441.
- 47.Linehan M.M. *DBT Skills Training Manual (2nd ed.)*. – New York, Guilford Press, 2015
- 48.Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 160-168.
- 49.Maddi, S. R. (1996). *Personality theories: A comparative analysis (6th ed.)*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- 50.Maddi, S. R., & Khoshaba, D. M. (1994). Hardiness and Mental Health. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 265–274.
- 51.Marie-Christin Barthel, Kim Fricke, Markus Muehlhan, Susanne Vogel, Nina Alexander. Habituation of the biological response to repeated psychosocial stress:

- a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 169, 2025, 105996, ISSN 0149-7634, <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105996>
52. Meule, A., & Voderholzer, U. (2020). Life satisfaction in persons with mental disorders. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 29(11), 3043–3052. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02556-9>
53. Min, J.-A., Jung, Y.-E., Kim, D.-J., Yim, H.-W., Kim, J.-J., Kim, T.-S., ... Chae, J.-H. (2012). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research*, 22(2), 231–241.
54. Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(1), 25–30.
55. Petri-Romão P, Engen H, Rupanova A, Puhlmann L, Zerban M, Neumann RJ, et al. Self-report assessment of Positive Appraisal Style (PAS): Development of a process-focused and a content-focused questionnaire for use in mental health and resilience research. *PLoS ONE*. 2024;19:e0295562
56. Post, F., Schurr, T., Frajo-Apor, B., Tutzer, F., Schmit, A., Plattner, B., Conca, A., Fronthaler, M., Haring, C., Holzner, B., Huber, M., Marksteiner, J., Miller, C., Pardeller, S., Perwanger, V., Pycha, R., Schmidt, M., Sperner-Unterweger, B., & Hofer, A. (2024). The longitudinal course of psychological distress and resilience in patients with serious mental illnesses during the first two years of the Covid-19 pandemic. *PSYCHIATRY RESEARCH*, 339, 116064. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116064>
57. Rybarczyk, Emily Marie. (2019). Using resilience and intervention to understand BPD and create better treatment methods: a literature review (Bachelor's thesis). Retrieved from The Repository of University of Arizona (<http://hdl.handle.net/10150/637038>).
58. 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.
59. Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (2nd ed.). – New York, Guilford Press, 2013
60. Seligman M.E.P. *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. – New York, Free Press, 2011
61. Seok JH, Lee KU, Kim W, Lee SH, Kang EH, Ham BJ, Yang JC, Chae JH. (2012). Impact of Early-Life Stress and Resilience on Patients with Major Depressive Disorder. *Yonsei Medical Journal*, 53(6), 1093-1098.
62. Siyu Lu, Fang Wei and Guolin Li (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*, 5(6), 76-85.
63. Sumner, J., Chen, M., En, A.M.S.S. et al. Mental health and resilience after the covid-19 pandemic: a multi-ethnic longitudinal survey. *BMC Public Health* 23, 2340 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17230-1>
64. World Health Organisation. (2023, February 21). Stress. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>

## ДОДАТКИ

## Додаток А

**Перевірка внутрішньої узгодженості  
за допомогою коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха**

## Шкала CD-RISC-10

Резильєнтність	$\alpha$ -Кронбаха			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
	0.828	0.841	0.842	0.860
№ питання	$\alpha$ -Кронбаха, якщо елемент виключений			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
1	0.804	0.833	0.829	0.843
2	0.794	0.813	0.817	0.838
3	0.820	0.830	0.829	0.842
4	0.808	0.816	0.823	0.832
5	0.807	0.822	0.821	0.836
6	0.818	0.821	0.828	0.845
7	0.798	0.822	0.824	0.853
8	0.859	0.846	0.855	0.871
9	0.803	0.821	0.819	0.844
10	0.804	0.835	0.829	0.858

## Тест Життєстійкості, підшкала Залучення

Життєстійкість	$\alpha$ -Кронбаха			
Залученість	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
	0.877	0.847	0.829	0.868
	<i>№12 негативно корелює з загальною шкалою</i>	<i>№12 негативно корелює з загальною шкалою</i>	<i>№12 негативно корелює з загальною шкалою</i>	<i>№12 негативно корелює з загальною шкалою</i>

№ питання	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха, якщо елемент виключений</b>			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
2	0.866	0.836	0.817	0.855
3	0.867	0.834	0.811	0.859
4	0.872	0.842	0.827	0.866
10	0.870	0.833	0.820	0.863
11	0.863	0.831	0.810	0.853
12	0.892	0.866	0.843	0.881
14	0.871	0.835	0.817	0.857
22	0.876	0.849	0.828	0.869
23	0.871	0.842	0.831	0.862
24	0.870	0.845	0.815	0.863
28	0.871	0.838	0.823	0.863
29	0.873	0.844	0.824	0.864
32	0.863	0.830	0.813	0.854
37	0.872	0.833	0.813	0.860
38	0.867	0.828	0.814	0.854
40	0.872	0.841	0.826	0.862
41	0.870	0.839	0.819	0.863
42	0.870	0.839	0.816	0.857

### Тест Життєстійкості, підшкала Контролю

Життєстійкість	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха</b>			
Контроль	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
	0.878	0.841	0.841	0.856
			<i>№6 негативно корелює з загальною шкалою</i>	<i>№6 негативно корелює з загальною шкалою</i>
№ питання	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха, якщо елемент виключений</b>			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд

1	0.868	0.832	0.828	0.841
5	0.874	0.838	0.839	0.843
6	0.885	0.847	0.853	0.868
8	0.873	0.828	0.831	0.852
9	0.870	0.838	0.838	0.856
15	0.871	0.829	0.828	0.846
16	0.868	0.838	0.833	0.850
17	0.867	0.824	0.825	0.845
20	0.865	0.825	0.823	0.842
21	0.869	0.844	0.832	0.846
25	0.879	0.838	0.846	0.851
27	0.864	0.828	0.823	0.846
31	0.868	0.817	0.824	0.844
35	0.866	0.824	0.829	0.838
39	0.873	0.836	0.836	0.852
43	0.872	0.826	0.830	0.850
44	0.874	0.836	0.839	0.845

### Тест Життестійкості, підшкала Прийняття ризику

Життестійкість	$\alpha$ -Кронбаха			
Прийняття ризику	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
	0.704	0.712	0.707	0.750
№ питання	$\alpha$ -Кронбаха, якщо елемент виключений			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
7	0.670	0.678	0.698	0.722
13	0.724	0.710	0.690	0.755
18	0.679	0.672	0.673	0.708
19	0.659	0.664	0.680	0.738
26	0.633	0.673	0.621	0.718
30	0.657	0.668	0.669	0.726

33	0.639	0.664	0.653	0.706
34	0.732	0.735	0.724	0.746
36	0.719	0.701	0.730	0.737
45	0.670	0.711	0.687	0.734

### Тест Життєстійкості, загальний результат

Життєстійкість	$\alpha$ -Кронбаха			
Загальна	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
		0.939	0.923	0.921
	<i>№6 та №12 негативно корелюють з загальною шкалою</i>	<i>№12 негативно корелює з загальною шкалою</i>	<i>№6 та №12 негативно корелюють з загальною шкалою</i>	<i>№6 та №12 негативно корелюють з загальною шкалою</i>
№ питання	$\alpha$ -Кронбаха, якщо елемент виключений			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
1	0.937	0.921	0.918	0.929
2	0.937	0.921	0.919	0.928
3	0.937	0.920	0.918	0.929
4	0.938	0.922	0.921	0.931
5	0.939	0.923	0.921	0.929
6	0.941	0.925	0.924	0.933
7	0.939	0.923	0.922	0.931
8	0.938	0.921	0.919	0.930
9	0.938	0.923	0.920	0.931
10	0.938	0.920	0.920	0.930
11	0.936	0.920	0.918	0.928
12	0.942	0.927	0.924	0.934
13	0.941	0.924	0.921	0.932
14	0.938	0.921	0.919	0.929
15	0.939	0.922	0.920	0.930
16	0.937	0.922	0.919	0.930

17	0.938	0.920	0.918	0.930
18	0.938	0.920	0.918	0.928
19	0.937	0.922	0.921	0.931
20	0.936	0.920	0.917	0.928
21	0.938	0.924	0.920	0.930
22	0.939	0.924	0.922	0.932
23	0.938	0.922	0.922	0.930
24	0.938	0.923	0.919	0.930
25	0.939	0.923	0.922	0.931
26	0.937	0.921	0.917	0.929
27	0.937	0.921	0.918	0.930
28	0.939	0.922	0.920	0.930
29	0.939	0.922	0.920	0.930
30	0.938	0.922	0.920	0.931
31	0.937	0.919	0.918	0.929
32	0.936	0.919	0.918	0.927
33	0.937	0.921	0.918	0.928
34	0.941	0.925	0.923	0.931
35	0.937	0.920	0.918	0.927
36	0.941	0.924	0.923	0.932
37	0.938	0.920	0.918	0.929
38	0.937	0.919	0.920	0.928
39	0.938	0.922	0.920	0.930
40	0.938	0.922	0.921	0.930
41	0.938	0.922	0.920	0.930
42	0.938	0.922	0.919	0.929
43	0.937	0.920	0.919	0.929
44	0.938	0.923	0.921	0.930
45	0.938	0.922	0.919	0.930

### Шкала Задоволеності життям

Задоволеність життям	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха</b>			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
	0.856	0.831	0.789	0.791
№ питання	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха, якщо елемент виключений</b>			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
1	0.816	0.771	0.731	0.704
2	0.842	0.797	0.727	0.766
3	0.811	0.802	0.739	0.738
4	0.821	0.798	0.764	0.750
5	0.840	0.817	0.783	0.794

### Шкала МНАІ, підшкала симптомів депресії

МНАІ	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха</b>			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
Симптоми депресії	0.787	0.786	0.770	0.799
№ питання	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха, якщо елемент виключений</b>			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
1	0.733	0.734	0.721	0.737
2	0.749	0.721	0.741	0.765
3	0.776	0.788	0.743	0.790
4	0.739	0.743	0.741	0.759
5	0.758	0.750	0.746	0.769
6	0.740	0.751	0.720	0.779
7	0.813	0.807	0.773	0.803

### Шкала МНАІ, підшкала симптомів ПТСР

МНАІ	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха</b>			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
Симптоми ПТСР	0.887	0.847	0.872	0.875

№ питання	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха, якщо елемент виключений</b>			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
1	0.874	0.825	0.861	0.857
2	0.878	0.831	0.863	0.865
3	0.880	0.842	0.868	0.871
4	0.873	0.826	0.861	0.858
5	0.882	0.837	0.872	0.863
6	0.876	0.834	0.856	0.866
8	0.879	0.831	0.855	0.860
9	0.869	0.833	0.855	0.859
10	0.874	0.831	0.860	0.865
11	0.881	0.845	0.860	0.874
12	0.879	0.832	0.859	0.856
13	0.886	0.850	0.870	0.883

### Шкала МНАІ, підшкала Тривоги

МНАІ	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха</b>			
Тривога	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
	0.764	0.726	0.747	0.729
№ питання	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха, якщо елемент виключений</b>			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
13	0.755	0.644	0.697	0.729
14	0.653	0.657	0.651	0.572
15	0.672	0.663	0.649	0.667
16	0.739	0.694	0.748	0.677

### Шкала МНАІ, підшкала Зловживання алкоголем

МНАІ	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха</b>			
Зловживання алкоголем	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
	0.699	0.566	0.701	0.674

№ питання	<b><math>\alpha</math>-Кронбаха, якщо елемент виключений</b>			
	1 раунд	2 раунд	3 раунд	4 раунд
18	0.420	0.282	0.402	0.393
19	0.746	0.661	0.820	0.719

## Описові статистики за тестом Життєстійкості

Тест Життєстійкості	Група	N	Відсутні	Середнє	Медіан а	Ст. відх.	Min	Max	Шапіро-Вілка	
									W	p
<b>Залученість</b>										
Раунд 1	Немає діагнозу	52	3	32.6	35	8.79	11	51	0.971	0.230
	Є діагноз	52	6	25.4	25	9.58	8	47	0.963	0.104
Раунд 2	Немає діагнозу	51	4	31.8	32	7.84	13	48	0.986	0.788
	Є діагноз	47	11	26	26	9.32	11	48	0.949	0.040
Раунд 3	Немає діагнозу	46	9	31	30	7.33	16	49	0.983	0.740
	Є діагноз	43	15	26.2	26	9.31	8	49	0.976	0.510
Раунд 4	Немає діагнозу	48	7	30.8	31	9.40	3	51	0.983	0.689
	Є діагноз	42	16	26	25.5	9.08	10	51	0.967	0.262
<b>Контроль</b>										
Раунд 1	Немає діагнозу	52	3	25.4	25	8.31	9	46	0.987	0.845
	Є діагноз	52	6	21.4	21	9.04	6	42	0.969	0.193
Раунд 2	Немає діагнозу	51	4	24.5	22	7.10	10	43	0.971	0.246
	Є діагноз	47	11	22.7	21	8.57	5	41	0.983	0.734
Раунд 3	Немає діагнозу	46	9	23.5	23.5	6.94	10	42	0.984	0.751
	Є діагноз	43	15	22.2	21	8.54	3	42	0.987	0.905
Раунд 4	Немає діагнозу	48	7	23.3	22	7.91	6	42	0.985	0.777
	Є діагноз	42	16	23	22.5	8.17	9	38	0.954	0.087
<b>Прийняття ризику</b>										
Раунд 1	Немає діагнозу	52	3	17.8	17.5	4.32	5	26	0.979	0.475
	Є діагноз	52	6	13.9	14	4.68	6	26	0.963	0.109
Раунд 2	Немає діагнозу	51	4	17.9	18	4.57	8	27	0.981	0.566
	Є діагноз	47	11	14.2	15	4.57	5	27	0.979	0.555
Раунд 3	Немає діагнозу	46	9	16.8	16.5	4.60	8	26	0.973	0.358
	Є діагноз	43	15	14.4	14	5.25	4	27	0.972	0.366
Раунд 4	Немає діагнозу	48	7	17.2	18	5.27	6	26	0.965	0.163
	Є діагноз	42	16	14.7	13	5.03	6	28	0.934	0.018

<b>Загальна життєстійкість</b>										
<b>Раунд 1</b>	Немає діагнозу	52	3	75.8	80	19.67	32	114	0.981	0.590
	Є діагноз	52	6	60.7	59	21.57	26	108	0.942	0.013
<b>Раунд 2</b>	Немає діагнозу	51	4	74.2	75	17.15	38	111	0.980	0.530
	Є діагноз	47	11	62.9	61	20.80	29	116	0.964	0.160
<b>Раунд 3</b>	Немає діагнозу	46	9	71.2	69.5	16.46	40	110	0.979	0.556
	Є діагноз	43	15	62.8	60	21.76	15	111	0.974	0.434
<b>Раунд 4</b>	Немає діагнозу	48	7	71.3	70	20.46	27	117	0.988	0.915
	Є діагноз	42	16	63.7	60.5	20.15	28	117	0.967	0.259

### Post Hoc змін в часі за шкалою резильєнтності

Раунд	Раунд	Різниця середніх	Стандартна помилка	df	t	Ptukey
Раунд 1	Раунд 2	-1.77	0.747	78	-2.37	0.092
	Раунд 3	-1.514	0.737	78	-2.054	0.178
	Раунд 4	-1.212	0.773	78	-1.568	0.403
Раунд 2	Раунд 3	0.256	0.634	78	0.404	0.978
	Раунд 4	0.558	0.62	78	0.9	0.805
Раунд 3	Раунд 4	0.302	0.657	78	0.459	0.968

### Post Hoc різниці динамік груп за шкалою резильєнтності

Раунд	Група	Раунд	Група	Різниця середніх	Стандартна помилка	df	t	Ptukey
Раунд 1	Немає діагнозу	Раунд 1	Є діагноз	4.177	1.467	78	2.848	0.098
		Раунд 2	Немає діагнозу	-0.318	1.002	78	-0.317	1
		Раунд 2	Є діагноз	0.955	1.425	78	0.67	0.998
		Раунд 3	Немає діагнозу	4.44E-15	0.989	78	4.49E-15	1
		Раунд 3	Є діагноз	1.149	1.436	78	0.8	0.993
		Раунд 4	Немає діагнозу	0.159	1.037	78	0.153	1
		Раунд 4	Є діагноз	1.593	1.505	78	1.059	0.963
	Є діагноз	Раунд 2	Немає діагнозу	-4.495	1.432	78	-3.138	0.047
		Раунд 2	Є діагноз	-3.222	1.108	78	-2.908	0.085
		Раунд 3	Немає діагнозу	-4.177	1.441	78	-2.898	0.087
		Раунд 3	Є діагноз	-3.028	1.093	78	-2.769	0.118
		Раунд 4	Немає діагнозу	-4.018	1.498	78	-2.682	0.144
		Раунд 4	Є діагноз	-2.583	1.147	78	-2.253	0.333
Раунд 2	Немає діагнозу	Раунд 2	Є діагноз	1.273	1.389	78	0.916	0.984
		Раунд 3	Немає діагнозу	0.318	0.851	78	0.374	1
		Раунд 3	Є діагноз	1.467	1.4	78	1.048	0.965
		Раунд 4	Немає діагнозу	0.477	0.832	78	0.574	0.999
		Раунд 4	Є діагноз	1.912	1.471	78	1.299	0.896
	Є діагноз	Раунд 3	Немає діагнозу	-0.955	1.398	78	-0.683	0.997
		Раунд 3	Є діагноз	0.194	0.941	78	0.207	1
		Раунд 4	Немає діагнозу	-0.795	1.457	78	-0.546	0.999

		Раунд 4	Є діагноз	0.639	0.92	78	0.695	0.997
Раунд 3	Немає діагнозу	Раунд 3	Є діагноз	1.149	1.41	78	0.815	0.992
		Раунд 4	Немає діагнозу	0.159	0.881	78	0.18	1
		Раунд 4	Є діагноз	1.593	1.48	78	1.077	0.960
	Є діагноз	Раунд 4	Немає діагнозу	-0.99	1.467	78	-0.675	0.997
		Раунд 4	Є діагноз	0.444	0.975	78	0.456	1
Раунд 4	Немає діагнозу	Раунд 4	Є діагноз	1.434	1.535	78	0.934	0.982

### Post Hoc зміни в часі за шкалою резильєнтності – контрольна група

Раунд	Раунд	Різниця середніх	SE	df	t	ptukey
Раунд 1	Раунд 2	-0.318	0.964	43	-0.33	0.987
	Раунд 3	0	0.906	43	0	1
	Раунд 4	0.159	1.046	43	0.152	0.999
Раунд 2	Раунд 3	0.318	0.807	43	0.394	0.979
	Раунд 4	0.477	0.836	43	0.571	0.94
Раунд 3	Раунд 4	0.159	0.865	43	0.184	0.998

### Post Hoc зміни в часі за шкалою резильєнтності – клінічна група

Раунд	Раунд	Різниця середніх	SE	df	t	ptukey
Раунд 1	Раунд 2	-3.222	1.158	35	-2.784	0.041
	Раунд 3	-3.028	1.197	35	-2.530	0.073
	Раунд 4	-2.583	1.134	35	-2.278	0.123
Раунд 2	Раунд 3	0.194	0.997	35	0.195	0.997
	Раунд 4	0.639	0.915	35	0.698	0.897
Раунд 3	Раунд 4	0.444	0.996	35	0.446	0.970

### Post Hoc змін в часі за шкалою задоволеності життям

Раунд	Раунд	Різниця середніх	Стандартна помилка	df	t	Ptukey
Раунд 1	Раунд 2	-1.715	0.515	77	-3.327	0.007
	Раунд 3	-0.81	0.565	77	-1.435	0.482
	Раунд 4	-1.344	0.579	77	-2.322	0.102
Раунд 2	Раунд 3	0.905	0.54	77	1.674	0.344
	Раунд 4	0.371	0.502	77	0.738	0.881
Раунд 3	Раунд 4	-0.534	0.508	77	-1.05	0.721

### Post Hoc різниці динамік груп за шкалою задоволеності життям

Раунд	Група	Раунд	Група	Різниця середніх	Стандартна помилка	df	t	Ptukey
Раунд 1	Немає діагнозу	Раунд 1	Є діагноз	3.2248	1.412	77	2.2845	0.316
		Раунд 2	Немає діагнозу	-1.9302	0.696	77	-2.7734	0.117
		Раунд 2	Є діагноз	1.7248	1.39	77	1.2412	0.917
		Раунд 3	Немає діагнозу	-0.093	0.762	77	-0.122	1
		Раунд 3	Є діагноз	1.697	1.355	77	1.2527	0.913
		Раунд 4	Немає діагнозу	-0.7442	0.781	77	-0.9523	0.98
		Раунд 4	Є діагноз	1.2804	1.404	77	0.9117	0.984
	Є діагноз	Раунд 2	Немає діагнозу	-5.155	1.393	77	-3.7001	0.009
		Раунд 2	Є діагноз	-1.5	0.761	77	-1.972	0.507
		Раунд 3	Немає діагнозу	-3.3178	1.364	77	-2.4322	0.241
		Раунд 3	Є діагноз	-1.5278	0.833	77	-1.8335	0.6
		Раунд 4	Немає діагнозу	-3.969	1.406	77	-2.8237	0.104
		Раунд 4	Є діагноз	-1.9444	0.854	77	-2.2766	0.320
Раунд 2	Немає діагнозу	Раунд 2	Є діагноз	3.655	1.371	77	2.6661	0.149
		Раунд 3	Немає діагнозу	1.8372	0.73	77	2.5179	0.204
		Раунд 3	Є діагноз	3.6273	1.336	77	2.716	0.133
		Раунд 4	Немає діагнозу	1.186	0.678	77	1.7485	0.656

		Раунд 4	Є діагноз	3.2106	1.386	77	2.3166	0.298
	Є діагноз	Раунд 3	Немає діагнозу	-1.8178	1.341	77	-1.3552	0.874
		Раунд 3	Є діагноз	-0.0278	0.797	77	-0.0348	1
		Раунд 4	Немає діагнозу	-2.469	1.383	77	-1.7846	0.632
		Раунд 4	Є діагноз	-0.4444	0.741	77	-0.5995	0.999
Раунд 3	Немає діагнозу	Раунд 3	Є діагноз	1.7901	1.305	77	1.3715	0.867
		Раунд 4	Немає діагнозу	-0.6512	0.687	77	-0.9485	0.980
		Раунд 4	Є діагноз	1.3734	1.357	77	1.0123	0.971
	Є діагноз	Раунд 4	Немає діагнозу	-2.4412	1.348	77	-1.8104	0.615
		Раунд 4	Є діагноз	-0.4167	0.75	77	-0.5553	0.999
Раунд 4	Немає діагнозу	Раунд 4	Є діагноз	2.0245	1.398	77	1.4478	0.832

**Post Hoc зміни в часі за шкалою задоволеності життям – для контрольної групи**

Раунд	Раунд	Різниця середніх	SE	df	t	ptukey
Раунд 1	Раунд 2	-1.9302	0.64	42	-3.014	0.022
	Раунд 3	-0.093	0.727	42	-0.128	0.999
	Раунд 4	-0.7442	0.736	42	-1.011	0.744
Раунд 2	Раунд 3	1.8372	0.718	42	2.56	0.065
	Раунд 4	1.186	0.64	42	1.852	0.264
Раунд 3	Раунд 4	-0.6512	0.66	42	-0.986	0.758

**Post Hoc зміни в часі за шкалою задоволеності життям – для клінічної групи**

Раунд	Раунд	Різниця середніх	SE	df	t	ptukey
Раунд 1	Раунд 2	-1.5	0.828	35	-1.8125	0.285
	Раунд 3	-1.5278	0.877	35	-1.7422	0.318
	Раунд 4	-1.9444	0.91	35	-2.1363	0.162
Раунд 2	Раунд 3	-0.0278	0.813	35	-0.0342	1
	Раунд 4	-0.4444	0.788	35	-0.5638	0.942
Раунд 3	Раунд 4	-0.4167	0.783	35	-0.5321	0.951

### Post Hoc змін в часі за підшкалою депресії (МНАІ)

Раунд	Раунд	Різниця середніх	Стандартна помилка	df	t	Ptukey
Раунд 1	Раунд 2	1.57	0.538	79	2.916	0.023
	Раунд 3	1.399	0.525	79	2.665	0.045
	Раунд 4	1.125	0.529	79	2.127	0.154
Раунд 2	Раунд 3	-0.171	0.49	79	-0.349	0.985
	Раунд 4	-0.445	0.522	79	-0.852	0.829
Раунд 3	Раунд 4	-0.274	0.464	79	-0.591	0.935

### Post Hoc різниці динамік груп за підшкалою депресії (МНАІ)

Раунд	Група	Раунд	Група	Різниця середніх	Стандартна помилка	df	t	Ptukey
Раунд 1	Немає діагнозу	Раунд 1	Є діагноз	-1.0177	0.958	79	-1.0626	0.963
		Раунд 2	Немає діагнозу	2.1395	0.737	79	2.9014	0.086
		Раунд 2	Є діагноз	-0.0177	0.924	79	-0.0192	1
		Раунд 3	Немає діагнозу	1.1395	0.719	79	1.5851	0.758
		Раунд 3	Є діагноз	0.6401	0.904	79	0.708	0.997
		Раунд 4	Немає діагнозу	1.3023	0.724	79	1.7976	0.624
		Раунд 4	Є діагноз	-0.0704	0.93	79	-0.0757	1
	Є діагноз	Раунд 2	Немає діагнозу	3.1573	0.928	79	3.4007	0.022
		Раунд 2	Є діагноз	1	0.784	79	1.2748	0.905
		Раунд 3	Немає діагнозу	2.1573	0.911	79	2.3693	0.271
		Раунд 3	Є діагноз	1.6579	0.765	79	2.1679	0.382
		Раунд 4	Немає діагнозу	2.3201	0.933	79	2.4866	0.216
		Раунд 4	Є діагноз	0.9474	0.771	79	1.2293	0.921
Раунд 2	Немає діагнозу	Раунд 2	Є діагноз	-2.1573	0.894	79	-2.4131	0.250
		Раунд 3	Немає діагнозу	-1	0.671	79	-1.4908	0.810
		Раунд 3	Є діагноз	-1.4994	0.873	79	-1.7177	0.676
		Раунд 4	Немає діагнозу	-0.8372	0.715	79	-1.1705	0.938
		Раунд 4	Є діагноз	-2.2099	0.899	79	-2.4571	0.229

	Є діагноз	Раунд 3	Немає діагнозу	1.1573	0.875	79	1.322	0.888
		Раунд 3	Є діагноз	0.6579	0.714	79	0.922	0.983
		Раунд 4	Немає діагнозу	1.3201	0.899	79	1.4688	0.821
		Раунд 4	Є діагноз	-0.0526	0.761	79	-0.0692	1
Раунд 3	Немає діагнозу	Раунд 3	Є діагноз	-0.4994	0.854	79	-0.5849	0.999
		Раунд 4	Немає діагнозу	0.1628	0.635	79	0.2564	1
		Раунд 4	Є діагноз	-1.2099	0.881	79	-1.3735	0.866
	Є діагноз	Раунд 4	Немає діагнозу	0.6622	0.878	79	0.7544	0.995
		Раунд 4	Є діагноз	-0.7105	0.675	79	-1.0519	0.965
Раунд 4	Немає діагнозу	Раунд 4	Є діагноз	-1.3727	0.904	79	-1.5182	0.795

### Post Hoc зміни в часі за підшкалою депресії (МНАІ) – контрольна група

Раунд	Раунд	Різниця середніх	SE	df	t	ptukey
Раунд 1	Раунд 2	2.14	0.687	42	3.117	0.017
	Раунд 3	1.14	0.756	42	1.508	0.442
	Раунд 4	1.302	0.613	42	2.124	0.162
Раунд 2	Раунд 3	-1	0.536	42	-1.867	0.257
	Раунд 4	-0.837	0.623	42	-1.345	0.540
Раунд 3	Раунд 4	0.163	0.639	42	0.255	0.994

### Post Hoc зміни в часі за підшкалою депресії (МНАІ) – клінічна група

Раунд	Раунд	Різниця середніх	SE	df	t	ptukey
Раунд 1	Раунд 2	1	0.842	37	1.1881	0.638
	Раунд 3	1.6579	0.718	37	2.3095	0.114
	Раунд 4	0.9474	0.886	37	1.0692	0.710
Раунд 2	Раунд 3	0.6579	0.848	37	0.776	0.865
	Раунд 4	-0.0526	0.859	37	-0.0613	1
Раунд 3	Раунд 4	-0.7105	0.67	37	-1.0599	0.716

### Post Hoc змін в часі за підшкалою ПТСР (МНАІ)

Раунд	Раунд	Різниця середніх	Стандартна помилка	df	t	Ptukey
Раунд 1	Раунд 2	2.015	0.84	79	2.398	0.086
	Раунд 3	1.603	0.841	79	1.906	0.234
	Раунд 4	1.501	0.863	79	1.739	0.310
Раунд 2	Раунд 3	-0.412	0.751	79	-0.548	0.947
	Раунд 4	-0.514	0.818	79	-0.628	0.923
Раунд 3	Раунд 4	-0.103	0.773	79	-0.133	0.999

### Post Hoc різниці динамік груп за підшкалою ПТСР (МНАІ)

Раунд	Група	Раунд	Група	Різниця середніх	Стандартна помилка	df	t	Ptukey
Раунд 1	Немає діагнозу	Раунд 1	Є діагноз	-1.4871	1.68	79	-0.8847	0.987
		Раунд 2	Немає діагнозу	3.3721	1.15	79	2.9296	0.080
		Раунд 2	Є діагноз	-0.8293	1.57	79	-0.5272	0.999
		Раунд 3	Немає діагнозу	1.6279	1.15	79	1.4126	0.849
		Раунд 3	Є діагноз	0.0918	1.62	79	0.0567	1
		Раунд 4	Немає діагнозу	2.186	1.18	79	1.8494	0.589
		Раунд 4	Є діагноз	-0.6714	1.62	79	-0.4153	1
	Є діагноз	Раунд 2	Немає діагнозу	4.8592	1.59	79	3.0641	0.057
		Раунд 2	Є діагноз	0.6579	1.22	79	0.5373	0.999
		Раунд 3	Немає діагнозу	3.1151	1.63	79	1.9155	0.545
		Раунд 3	Є діагноз	1.5789	1.23	79	1.288	0.901
		Раунд 4	Немає діагнозу	3.6732	1.62	79	2.2615	0.328
		Раунд 4	Є діагноз	0.8158	1.26	79	0.6488	0.998
Раунд 2	Немає діагнозу	Раунд 2	Є діагноз	-4.2013	1.47	79	-2.8566	0.096
		Раунд 3	Немає діагнозу	-1.7442	1.03	79	-1.696	0.690
		Раунд 3	Є діагноз	-3.2803	1.52	79	-2.1584	0.388
		Раунд 4	Немає діагнозу	-1.186	1.12	79	-1.0582	0.963
		Раунд 4	Є діагноз	-4.0435	1.52	79	-2.6648	0.149
	Є діагноз	Раунд 3	Немає діагнозу	2.4572	1.51	79	1.6228	0.735
		Раунд 3	Є діагноз	0.9211	1.09	79	0.8419	0.99
		Раунд 4	Немає діагнозу	3.0153	1.51	79	1.9942	0.492

		Раунд 4	Є діагноз	0.1579	1.19	79	0.1324	1
Раунд 3	Немає діагнозу	Раунд 3	Є діагноз	-1.5361	1.56	79	-0.9835	0.976
		Раунд 4	Немає діагнозу	0.5581	1.06	79	0.5271	0.999
		Раунд 4	Є діагноз	-2.2993	1.56	79	-1.4744	0.819
	Є діагноз	Раунд 4	Немає діагнозу	2.0942	1.56	79	1.3426	0.879
		Раунд 4	Є діагноз	-0.7632	1.13	79	-0.6775	0.997
Раунд 4	Немає діагнозу	Раунд 4	Є діагноз	-2.8574	1.56	79	-1.8347	0.599

### Post Hoc зміни в часі за підшкалою ПТСР (МНАІ) – контрольна група

Раунд	Раунд	Різниця середніх	SE	df	t	ptukey
Раунд 1	Раунд 2	3.372	1.029	42	3.277	0.011
	Раунд 3	1.628	1.147	42	1.419	0.495
	Раунд 4	2.186	0.988	42	2.213	0.136
Раунд 2	Раунд 3	-1.744	0.852	42	-2.048	0.187
	Раунд 4	-1.186	0.886	42	-1.339	0.544
Раунд 3	Раунд 4	0.558	0.999	42	0.559	0.944

### Post Hoc зміни в часі за підшкалою ПТСР (МНАІ) – клінічна група

Раунд	Раунд	Різниця середніх	SE	df	t	ptukey
Раунд 1	Раунд 2	0.658	1.36	37	0.485	0.962
	Раунд 3	1.579	1.23	37	1.282	0.580
	Раунд 4	0.816	1.46	37	0.56	0.943
Раунд 2	Раунд 3	0.921	1.27	37	0.723	0.887
	Раунд 4	0.158	1.42	37	0.111	1
Раунд 3	Раунд 4	-0.763	1.19	37	-0.639	0.919

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за додатковим питанням 1: “Я заздалегідь приготувався та мав чіткий план дій на випадок війни, і цей план спрацював.”**

	Поправка на несферичність	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправки	1.35	3	0.4501	0.901	0.441	0.002
	Грінхауз-Гейссер	1.35	2.74	0.492	0.901	0.434	0.002
	Гюн-Фельдт	1.35	2.85	0.4746	0.901	0.437	0.002
Раунд * Група	Без поправки	0.28	3	0.0932	0.187	0.905	0
	Грінхауз-Гейссер	0.28	2.74	0.102	0.187	0.891	0
	Гюн-Фельдт	0.28	2.85	0.0983	0.187	0.897	0
Залишки	Без поправки	124.344	249	0.4994			
	Грінхауз-Гейссер	124.344	227.61	0.546			
	Гюн-Фельдт	124.344	236.15	0.5265			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>							
Група		3.18	1	3.18	0.57	0.453	0.005
Залишки		463.05	83	5.58			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд		0.952	3	0.317	0.703	0.552	0.003
Залишки		62.298	138	0.451			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправок	0.704	3	0.235	0.42	0.739	0.003
	Грінхауз-Гейссер	0.704	2.17	0.325	0.42	0.675	0.003
	Гюн-Фельдт	0.704	2.31	0.305	0.42	0.687	0.003
Залишки	Без поправок	62.046	111	0.559			
	Грінхауз-Гейссер	62.046	80.17	0.774			
	Гюн-Фельдт	62.046	85.34	0.727			

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за додатковим питанням 2: "2. Я одразу повірив, що це все насправді відбувається."**

	Поправка на несферичність	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2G$
--	---------------------------	----------------	----	---------------------	---	---	-----------

<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправки	0.304	3	0.101	0.134	0.940	0
	Грінхауз-Гейссер	0.304	2.56	0.119	0.134	0.918	0
	Гюн-Фельдт	0.304	2.65	0.115	0.134	0.923	0
Раунд * Група	Без поправки	0.587	3	0.196	0.258	0.856	0.001
	Грінхауз-Гейссер	0.587	2.56	0.229	0.258	0.825	0.001
	Гюн-Фельдт	0.587	2.65	0.221	0.258	0.832	0.001
Залишки	Без поправки	189.072	249	0.759			
	Грінхауз-Гейссер	189.072	212.6 4	0.889			
	Гюн-Фельдт	189.072	219.9 9	0.859			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>							
Група		5.34E-04	1	5.34E-04	7.44E-05	0.993	0
Залишки		595	83	7.17			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправки	0.638	3	0.213	0.32	0.811	0.001
	Грінхауз-Гейссер	0.638	2.6	0.245	0.32	0.783	0.001
	Гюн-Фельдт	0.638	2.77	0.23	0.32	0.796	0.001
Залишки	Без поправки	91.862	138	0.666			
	Грінхауз-Гейссер	91.862	119.7 9	0.767			
	Гюн-Фельдт	91.862	127.6 2	0.72			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправок	0.289	3	0.0965	0.11	0.954	0.001
	Грінхауз-Гейссер	0.289	1.95	0.149	0.11	0.891	0.001
	Гюн-Фельдт	0.289	2.06	0.141	0.11	0.901	0.001
Залишки	Без поправок	97.211	111	0.8758			
	Грінхауз-Гейссер	97.211	72.09	1.348			
	Гюн-Фельдт	97.211	76.04	1.278			

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за додатковим питанням 3: “В мене добре виходило поратися зі складними емоціями.”**

	Поправка на несферичність	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2G$
--	---------------------------	----------------	----	---------------------	---	---	-----------

<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Раунд	2.28	3	0.759	1.59	0.193	0.005
Раунд * Група	Раунд * Група	2.25	3	0.752	1.57	0.197	0.005
Залишки	Залишки	119.11	249	0.478			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>							
Група	Група	6.15	1	6.15	1.63	0.205	0.014
Залишки	Залишки	312.16	83	3.76			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправки	2.82	3	0.941	2.13	0.099	0.012
	Грінхауз-Гейссер	2.82	2.51	1.125	2.13	0.111	0.012
	Гюн-Фельдт	2.82	2.67	1.059	2.13	0.107	0.012
Залишки	Без поправки	60.93	138	0.441			
			115.4				
	Грінхауз-Гейссер	60.93	6	0.528			
			122.6				
	Гюн-Фельдт	60.93	6	0.497			
<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд		1.82	3	0.605	1.15	0.330	0.009
Залишки		58.18	111	0.524			

**Дисперсійний аналіз для повторюваних вимірювань за додатковим питанням 4: “Ми з партнером/сім'єю стали набагато більше конфліктувати.”**

	Поправка на неферичність	Сума квадратів	df	Середнє квадратичне	F	p	$\eta^2G$
<b>2 групи – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд		0.398	3	0.133	0.165	0.920	0.001
Раунд * Група		3.834	3	1.278	1.583	0.194	0.007
Залишки		201.007	249	0.807			
<b>2 групи – Міжсуб'єктний ефект</b>							
Група		0.00333	1	0.00333	8.46E-04	0.977	0
Залишки		327.20255	83	3.9422			
<b>Контрольна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд		2.17	3	0.723	0.743	0.528	0.007
Залишки		134.33	138	0.973			

<b>Клінічна група – Внутрішньосуб'єктний ефект</b>							
Раунд	Без поправок	2.07	3	0.691	1.15	0.332	0.01
	Грінхауз-Гейссер	2.07	2.45	0.846	1.15	0.328	0.01
	Гюн-Фельдт	2.07	2.64	0.786	1.15	0.330	0.01
Залишки	Без поправок	66.68	111	0.601			
	Грінхауз-Гейссер	66.68	90.66	0.735			
	Гюн-Фельдт	66.68	97.57	0.683			