

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

Кафедра клінічної психології

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

на тему:

**Вікові особливості емоційної сфери жінок, що перехворіли на  
COVID-19**

**Виконала:**

студентка 2-го курсу групи ПМ - 204  
спеціальності 053 Психологія

освітньо-професійна програма Клінічна  
психологія

Вірченко Катерина Вікторівна

(прізвище, ім'я, по батькові)



**Науковий керівник:**

К.ПСИХОЛ.Н., доц.

(наукова ступінь, вчене звання)

Крайніков Едуард Владиславович

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту  
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № \_\_\_\_ від «\_\_\_\_» червня 2022р.

Зав. кафедри \_\_\_\_\_ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна  
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ – 2022**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ .....	6
1.1. Феномен емоційної сфери.....	6
1.2. Вплив інфекційної хвороби на особистість.....	13
1.3. Вплив COVID-19 на емоційну сферу особистості.....	19
Висновки до розділу I.....	25
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ЖІНОК, ЩО ПЕРЕХВОРИЛИ НА COVID-19 .....	27
2.1. Підходи до дослідження емоційної сфери.....	27
2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження.....	33
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних.....	38
Висновки до розділу II.....	49
РОЗДІЛ III. ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ РОБОТИ З ПОСТКОВІДНИМИ СТАНАМИ .....	51
3.1. Робота психолога з особами, що перенесли важкі інфекційні хвороби .....	51
3.2. Програма інтервенції для осіб, що перехворіли на COVID-19.....	58
Висновки до розділу III .....	66
ВИСНОВКИ .....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	70
ДОДАТОК А .....	78
ДОДАТОК Б .....	79

## ВСТУП

У грудні 2019 року в місті Ухань (Китайська Народна Республіка) спалахнула коронавірусна хвороба (COVID-19), спричинена вірусом SARS-CoV-2, та 11 березня 2020 року Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) була визнана пандемією [44]. COVID-19 протікає як респіраторне захворювання, передається при тісному контакті повітряно-крапельним шляхом, особливо коли людина кашляє або чхає. Дана пандемія триває й досі, на момент написання даної роботи. Хвороба стрімко поширюється світом, вірус мутує, знайдено вже понад 10 різних штамів. Зупинити COVID-19 намагаються карантинними заходами та методом вакцинації [44].

Поширення COVID-19 в Україні було зафіксовано 3 березня 2020 року, коли підтвердився перший випадок хвороби в Чернівецькій області [43]. За даними МОЗ (Міністерства Охорони Здоров'я) станом на 10 травня 2022 року в Україні підтверджено 4 809 624 випадків зараження на SARS-CoV-2, з них 105 505 летальних випадків, 4 058 020 осіб одужало [43]. Станом на 10 травня 2022 року Україна посідає 22 місце у світі та 9 в Європі за кількістю зафіксованих випадків інфікування і 16 у світі (7 в Європі) – за кількістю померлих [10]. Кількість інфікованих на 1 мільйон населення складає 51 961 особа (77 місці у світі і 38 в Європі), а кількість померлих з COVID-19 на мільйон населення – 1221 особа (45-е місце у світі і 29-те в Європі) [22].

Вже третій рік поспіль світ бореться з ковід. На превеликий жаль, допускають, що дана хвороба спричиняє (або спричинятиме через деякий час після її перенесення) зміни на гірше у психіці людини. Хвороба відносно нова, досліджень бракує, дані досі збираються статистичним методом, а ось даних, як вірус себе буде вести та, які наслідки будуть для нервової системи людини, її психіки, організму в цілому, на жаль недостатньо [39]. Саме тому вивчення впливу COVID-19 на емоційну сферу особистості є питанням і актуальним, і досить цікавим. Вчені всього світу відмічають ці наслідки та ведуть дослідження з цього приводу. Наприклад, тривожні розлади, депресії та

безсоння можуть бути довгостроковими наслідками коронавірусної хвороби COVID-19 [70]. Такого висновку дійшли науковці Оксфордського університету.

Науковці як в Україні, так і у всьому світі активно досліджують питання наслідків впливу коронавірусу на емоційний стан особистості, на поведінку тощо. Такими науковцями як Є. Реста, С. Мула, К. Балднер, І. Данилюк, Н. Тарасенко розглядаються та висвітлюються наступні теми: як невдоволення суспільства впливає на намір допомогти під час пандемії COVID-19 [79], стресові фактори COVID-19 та поведінка щодо здоров'я (багаторівневе повздовжнє дослідження в 86 країнах) [82], використання машинного навчання для визначення важливих предикторів поведінки щодо запобігання інфекції COVID-19 на ранній фазі пандемії [84] тощо.

Також, напередодні третього року пандемії COVID-19 її вплив на психічне здоров'я та самопочуття дітей та молоді визначається суттєвим. Згідно з останніми доступними даними ЮНІСЕФ (англ. United Nations International Children's Emergency Fund), у світі щонайменше 1 із 7 дітей постраждали від карантинів, тоді як понад 1,6 млрд дітей тією чи іншою мірою втратили можливість навчатися [63]. Порушення режиму навчання та відпочинку, а також турбота про сімейні доходи та здоров'я змушує багатьох молодих людей відчувати страх, гнів та тривогу за своє майбутнє. Наприклад, онлайн-опитування в Китаї на початку 2020 року, яке згадується в Щорічній доповіді про становище дітей у світі в 2021 році, показує, що близько третини респондентів повідомляють про відчуття страху або тривоги [63].

Отже, **об'єктом** даної дипломної роботи є емоційна сфера особистості.

**Предметом** – вікові особливості емоційної сфери жінок, що перехворіли на COVID-19.

**Метою** даної дипломної роботи є дослідження наслідків перенесеного захворювання COVID-19 на емоційну сферу особистості на прикладі жінок різних вікових груп, та розробка рекомендацій роботи психолога з особами, що перехворіли на COVID-19.

**Завданнями** даного дослідження є:

1. Проаналізувати наукову літературу з питань вивчення та дослідження емоційної сфери особистості.
2. Організувати та провести емпіричне дослідження.
3. Проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати.
4. Розробити програму інтервенції для осіб, що перехворіли на COVID-19.

Для проведення даного дослідження використовувались наступні **методи** дослідження: теоретичний метод, порівняння, аналіз, психодіагностичний метод, математико-статистичний, метод інтервенції.

## РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ

### 1.1. Феномен емоційної сфери

В процесі пізнання життя особистість різноманітним чином формує та окреслює власне ставлення до оточуючих об'єктів та предметів пізнання, до інших людей, різноманітних явищ та подій, до самого себе. Сформоване відношення проявляється у вигляді емоцій [12].

Слово «емоція» в перекладі з латинської мови означає збуджувати, хвилювати, вражати [16].

Отже, емоції – це сфера психічних явищ, що відображає особистісну оцінку внутрішніх та зовнішніх процесів, результатів діяльності з різних сторін, які мають значення чи певний вплив на життєдіяльність даної особистості; це своєрідне ставлення до явищ дійсності, що пов'язані з можливістю задоволення певної потреби [16].

Розрізняють наступні функції емоцій.

1. Сигнальна функція. Роль функції полягає в тому, що вона ніби сигналізує про різноманітні впливи на організм, тобто подається сигнал у вигляді емоції на вплив довкілля чи того, що відбувається всередині організму [1]. Наприклад, такі відчуття, як задоволення потреби чи тілесний дискомфорт спричиняють виникнення в людини тієї чи іншої специфічної емоції. Саме емоції, що виникли, являються сигналом до дії, а саме зацентувати увагу на джерелі задоволення чи навпаки усунути джерело дискомфорту. Розглянемо такий приклад: людина відвідує незнайому для себе компанію, при цьому, скоріш за все, відчуватиме дискомфорт. І цей дискомфорт являється сигналом звернення дії для усунення цього відчуття: може знайти серед присутніх знайому людину, чи сховатися, чи піти з цього місця, чи навпаки проявити ініціативу у знайомстві з незнайомими для себе людьми. А ось приклад відвідування картинної галереї та відчуття отримання задоволення при

розглядання нових для себе картин є прикладом позитивного сигналу, сигналу до запам'ятовування виставки, картини, автора картини, щоб при бажанні відчуту знову ці емоції – відвідати цю галерею, чи продовжити знайомство з творами мистецтва даного автора.

Що цікаво – емоції мають зовнішні прояви. Вони можуть виявлятися у міміці, рухах, тощо. Тобто можна проявити емоції, показати своє ставлення до об'єкту не вживаючи слів [9]. Наприклад, при згоді чи схваленні – можна кивнути головою, при доброзичливості – посміхнутись, при зосередженні – нахмурити брови. У психології навіть існує таке поняття як «мова тіла», завдяки якій можна судити про емоційний стан особистості, про миттєві емоції, про рівень впевненості в собі, про ступінь тривожності особистості, про відкритість та бажання йти на контакт. Загалом, досить важко контролювати свою міміку, жести, рухи тіла на стільки, щоб не показати своїх емоцій.

2. Регулятивна функція. Завдяки цій функції є можливим регулювання функціонування діяльності людини чи її окремих психічних процесів [1]. На фоні позитивних емоцій може підвищитись працездатність людини. При переживанні ж негативних емоцій може відбутись обернений процес. Наприклад, переживання страху може у спонукати до різного виду діяльності (в залежності від особистості): когось спонукати до дій для подолання небезпеки, когось, навпаки, ввести в ступор.

3. Пізнавальна функція. Якщо особистість відчуває цікавість – це може додати насаги для пізнання об'єкту, якщо ж даний об'єкт викликає негативні емоції – бажання пізнавати його знижується [27]. Таким чином емоції можуть як стимулювати, так і пригнічувати процес пізнання .

4. Комунікативна функція. Завдяки розпізнанню емоцій інших, чи завдяки прояву власних емоцій – легше розуміємо оточуючих та оточуючі можуть розуміти наш емоційний стан [15]. Відбувається комунікація без слів.

Але, емоційна сфера являє собою певне багатогранне утворення, що складається не лише з емоцій, а й з наступних емоційних явищ, таких як: емоційні стани, емоційний тон, почуття [30].

Під емоційними явищами розуміють суб'єктивні переживання особистості, як прояв ставлення до явищ, предметів, подій, людей і т.д.[38].

Кожна емоція є унікальною, різниться походженням, способом переживання, способом регуляції та варіюванням проявів. Пригадуючи власний досвід – маємо тому підтвердження, що емоції багатогранні та включають в себе різноманіття емоційних явищ. Також, можна сміливо сказати, що з усіх живих істот саме людина є найбільш емоційною, має широкий спектр вираження емоцій та велике різноманіття внутрішніх переживань [51].

Класифікувати емоції досить складно, тому що є безліч визначень емоцій та самих емоції існує великий спектр. Спершу можна розділити емоції на позитивні та негативні.

Якщо за критерій взяти мобілізацію ресурсів організму, то виділити можна стеничні та астеничні емоції. Підвищують активність організму стеничні емоції, коли в свою чергу, астеничні діють навпаки [31].

Також розрізняють емоції за потребами на нижчі та вищі. Нижчі емоції виникають при задоволенні потреб організму (наприклад відчуття голоду, холоду, спеки, спраги тощо), вищі – виникають при задоволенні соціальних бажань, потреб в контакті, відносинах (так би мовити потреб «вищого» порядку) [14].

А ось за силою та тривалістю проявів емоції розділяють на: почуття, настрої, стрес, пристрасті, афекти та емоції [38].

Емоції у вузькому значенні являються ситуативними та мають оціночний характер до ситуацій, що виникають.

Почуття – це найстійкіші емоційні стани. Почуття мають предметний характер, оскільки характеризують ставлення людини до навколишнього світу, тобто це почуття до когось або чогось. Зрідка почуття іменують

«вищими» емоціями, тому що дані виникають в наслідок задоволення потреб вищого порядку [9].

Настрій – це стан, що характеризує загальний емоційний стан особистості протягом досить тривалого часу. Настрій ніби надає забарвлення нашим почуттям [12].

Пристрасть – тривале почуття, досить стійке та значуще, яке захоплює людину та ніби оволодіває нею [16]. Можна сказати, що за тривалістю пристрасть схожа до почуттів, а ось за силою прояву – до афекту.

Афект – це дуже сильна емоційна реакція, що швидко, бурхливо виникає, інтенсивно протікає, але водночас короткотривала за часом [2]. Відмінними рисами афекту є те, що він супроводжується різко вираженими вегетативними та руховими проявами, змінами в роботі внутрішніх органів [19]. Відбувається ніби мобілізація організму. Афект майже некерований.

Стрес являється захисною реакцією організму на дуже сильний зовнішній подразник, може виникати у відповідь на діяльність у надто тяжких та складних умовах [2].

Отже, можемо бачити, що емоції супроводжуються змінами різних системах організму, виражаються в експресивній поведінці, а саме: інтонації, міміці (виразно рухаються частини обличчя), пантоміміці (рух всього тіла) тощо.

Тема наукового дослідження емоцій є досить складно, загадковою та суб'єктивною відносно рівня прояву цих емоцій. Також не існує однієї думки серед науковців, що займаються вивченням впливу на емоцій на процеси життєдіяльності людини. Ще з давніх часів не сформувалося єдиного погляду чи то емоції мають стимулюючий вплив на поведінку людини, чи навпаки мають руйнівний вплив [1]. Наприклад, емоція радості від того, що людина зустріла своє кохання може як і надихати на нові подвиги, так і заважати концентрації уваги та зосередженості. І навпаки, нерозділене кохання та сумні емоції, що супроводжують цей процес, можуть як надихати, наприклад, на написання нових картин, творів, тощо, так і знизити працездатність людини.

Як можемо бачити, одна і та сама емоція для рідних особистостей матиме однакове забарвлення, але різний вплив та наслідки. Тобто емоційні реакції є досить індивідуальними для усіх особистостей.

Певні психологічні праці та дослідження показують, що значну частину інформації люди отримують невербально [30]. Словесно людина отримує та передає незначний відсоток інформації.

При розробці емоційних теорій, автори звертають увагу на сутність емоцій, пропонують своє бачення терміну «емоції». Досить часто автори відносять їх або до емоційних реакцій (чи до однієї), або до певного класу емоційних явищ [16].

З впевненістю можна сказати, що без прояву емоцій складно уявити взаємодію людей між собою.

Вагомий внесок у вивчення природи прояву емоцій вклав Ч. Дарвін, який використав біологічний та соціальний підходи до їх вивчення. Його дослідження досить цікаво та зрозуміло наведені в роботі «Вираження емоцій в людини і тварин» [44]. Він переконався, що прояв емоцій у жестах та міміці являються наслідком еволюційного прогресу. Ч. Дарвін обґрунтував, що рухи, якими людина супроводжує та проявляє власні емоції схожі та походять від подібних рухів «предків» людини – мавп [44]. Сучасники також погоджуються з Ч. Дарвіном, що міміка, яка супроводжує чи описує емоції виникала в процесі еволюції та відіграє важливу роль, а саме адаптивну функцію.

Також цікавим фактом є те, що певний спектр емоцій у різних культур проявляється однаково, а певні інші наші емоції досить унікальні і в різних культурах проявляються по-різному [51].

Щодо проявів емоцій та їхнього різноманіття також важливим фактом є те що, спектр емоцій на стільки великий і різноманітний, що його не можливо передати лише за допомогою мовлення. Саме тому міміка та пантоміміка допомагають емоції виразити, але ускладнюють їх вивчення та розрізнення. Такої думки дотримувався психолог В. Вундт [16].

А ось американський психолог Е. Тіччер має протилежний погляд. Його позиція заключається в тому, що від виокремлює лише два види емоційного тону відчуттів: задоволення та незадоволення.

Також різниця поглядів є в тому, що різні автори називають різну кількість базисних емоцій. Зазвичай від двох до десяти. Наприклад, американський психолог та професор Пол Екман зі своїми співробітниками на основі вивчення лицевої експресії виділили шість емоцій: страх, гнів, відраза, печаль, радість та подив [9].

В свою чергу науковець Роберт Плутчик описав вже вісім базисних емоцій, поділивши їх на чотири пари. Кожна пара емоцій між собою пов'язана конкретною дією [9]. Наведемо ці чотири пари емоцій:

- 1) руйнування (гнів) – захист (страх);
- 2) відтворення (радість) – позбавлення (смуток);
- 3) прийняття (схвалення) – відкидання (відраза);
- 4) дослідження (очікування) – орієнтація (здивування).

А ось американський психолог, спеціаліст в області психології емоцій в своїх працях висвітлює десять основних емоцій: гнів, радість, відраза, презирство, страх, дистрес, інтерес, провину, подив, сором. Та дає визначення емоціям як складному процесу, що включає почуттєво-переживаючі, нервово-м'язові та нейрофізіологічні аспекти [4].

Отже, емоційна сфера особистості є сумою певних властивостей, що окреслюють якісні, динамічні та змістовні характеристики почуттів та власне емоцій і є безграничним полем чи навіть океаном для досліджень.

Продовж життя людина формує власну систему еталонів, що дозволяє їй оцінювати вчинки, дії, емоції інших людей. Дослідження в галузі розпізнавання емоцій говорять про те, що на можливість однією людиною розуміти іншу впливає ряд факторів, а саме: особистісні, статеві, культурні, професійні [14].

І на сьогодні досить великий перелік професій висуває до спеціалістів вимогу оволодівати власними емоціями та мати змогу розпізнавати емоції

інших, тому що ці вміння дають змогу вірно розуміти та реагувати на реакції інших людей. Це розуміння в умовах суспільної діяльності являється ключем до успіху в немалому переліку професій. Особливо якщо йде мова про професії типу контакту «людина-людина», а саме педагоги, лікарі, керівники, менеджери, психотерапевти, соціальні працівники і т.д. Тактовність, емпатичність, розуміння та розрізнення емоцій інших дасть змогу досягти порозуміння та зробити професійний контакт максимально корисним [20].

Сучасна психологія пропонує за допомогою тренінгових програм, групової терапії, різноманітних психологічних практик краще пізнавати власні емоції та розвивати соціальний навик розуміння іншої людини.

## 1.2. Вплив інфекційної хвороби на особистість

Хвороба суттєво змінює сприйняття і ставлення хворого до оточуючих подій, до самого себе. Часто під час хвороби близьке оточення створює хворому особливе становище, приділяється більше уваги, з'являється більше контакту та турботи, часом (у випадку серйозних захворювань), навіть, і в суспільстві хворий отримує інше ставлення до себе, як мінімум, кількість уваги до власної персони зростає [11].

Більшість захворювань (окрім типових і розповсюджених) сприяє тому, що відбуваються більші чи менші зміни у психіці хворого [9].

Соматичні хворі у більшості випадків змінюють фокус своєї уваги з зовнішнього світу до особистих почуттів, до тих явищ, які під час хвороби відбуваються з тілом. Інтереси значно звужуються. Дані зміни можуть супроводжуватись змінами у мові, міміці, настрої хворого. Якщо хвороба несе серйозну загрозу життю чи його благополуччю, то можливими є і зміни у сприйнятті хворим протікання часу.

Дуже важливим чинником перебігу захворювання інфекційної хвороби є психоемоційний стан хворого. Наявність ментальних розладів – явище не досить поширене, або просто не зовсім досконало досліджене, а ось стресові фактори присутні в нашому житті у великій кількості мають вагомий вплив не лише на якість життя, а й на перебіг хвороби.

Стрес не є основним етіологічним фактором інфекційних захворювань, але може бути одним із багатьох причин. Основним фактором сприйнятливості є попередній вплив і подальший розвиток імунітету. Цей імунітет частково пояснюється виробленням антитіл, яке виникає, коли люди піддаються впливу інфекційного агенту. Деякі антитіла залишаються в циркуляції і допомагають боротися з тим самим інфекційним агентом при подальшому контакті. Наявність антитіл також є доказом попереднього впливу. Вплив інфекційного агенту також сенсibiliзує популяцію білих

кров'яних тілець (лімфоцитів), щоб розпізнати та допомогти знищити цей агент після подальшого впливу [72].

Інші фактори також впливають на ризик інфекційних захворювань. Ці фактори включають харчовий статус господаря, попередній анамнез хвороби, наявність інших захворювань, генетично-імунні фактори, вік, раса, стать, наявність вагітності, персональні ритми (наприклад, менструальні фази) та пори року (наприклад, температура, освітленість). Деякі з цих факторів (наприклад, раса та стать) можуть бути пов'язані як зі стресом, так і з інфекцією, і, отже, дають альтернативні пояснення кореляції між стресом та інфекційними захворюваннями. Кожен фактор також може вносити значний незалежний внесок у нез'ясовну дисперсію помилки. Чим більше цих факторів контролюється в будь-якому дослідженні, тим більша ймовірність ізолювання наслідків стресу в контексті багатьох екологічних, соціальних і біологічних предикторів [80].

Враховуючи вплив патогенного агенту, вважається, що сприйнятливість до інфекції в першу чергу опосередкована імунною функцією. Існують значні докази того, що стрес та інші психосоціальні фактори впливають на імунітет [73], а також фундаментальні дослідження, які окреслюють шляхи, через які може відбуватися цей вплив. Стрес може впливати на імунітет через пряму іннервацію центральної нервової та імунної систем або через нейроендокринно-імунні шляхи [53].

Зміни в поведінці, які відбуваються як адаптація або реакція подолання стресових факторів, також можуть впливати на імунітет. Наприклад, люди, які піддаються впливу стресових факторів, часто вдаються до шкідливих методів впливу на здоров'я, наприклад, курять, дотримуються важких та не завжди корисних дієт, не дотримуються режиму сну, можуть мати імунодепресивний ефект [45]. Агресивна або афілійована поведінка, викликана тривалими соціальними стресовими факторами, також може впливати на імунітет, наприклад, саме ця поведінка (а не самі стресори) може викликати симпатичні або ендокринні реакції, які модулюють імунну систему [42]. Стресори також

можуть відігравати певну роль у реактивації прихованих патогенів (агентів, які вже знаходяться в організмі, але в даний момент не розмножуються) [36].

Інфекційні хвороби відіграють важливу роль у формуванні історії людства і є причиною того, що через великі епідемії минулого було більше смертей, ніж від будь-якої іншої патології людини [75]; ці спалахи закарбували в нашій підсвідомості автоматичну реакцію страху перед інфекцією. В епоху великого наукового прогресу в боротьбі з певними інфекціями і, навіть при їх виключенні, цей страх може здатися невиправданим. Проте паніка через віруси постійно з'являється знову, на відміну від страху, пов'язаного з більш обтяжливими суб'єктами з точки зору смертності, такими як серцево-судинні захворювання [37].

Чому саме інфекційні захворювання викликають найбільші психологічні хвилювання як серед населення, так і серед медичних працівників?

Інфекція: передається, вона неминуча та невидима. Крім того, сфера інфекційних захворювань постійно розширюється. Ризик серцево-судинних захворювань є загально визнаною ознакою, що має сприятливі фактори, які мало змінилися протягом багатьох років. З іншого боку, протягом останніх трьох десятиліть з'явилися численні нові серйозні загрози; пандемія СНІДу, спалах ГРВІ, зловісні сценарії пандемії пташиного грипу та загроза біологічної зброї – це лише деякі приклади, які пояснюють занепокоєння органів охорони здоров'я, засобів масової інформації та громадськості. Еволюція «глобального села» ще більше посилює страх перед зараженням екзотичними хворобами, які можуть бути завезені в мегаполіси [72], хворобами, які можуть передаватися в контексті авіа перельотів [73, 76], або просто хвороби, які з'являються на нових територіях в результаті специфічних природних шляхів (наприклад, епідемія вірусу Західного Нілу в Новому Світі) [69].

Люди постійно піддаються нападам інфекційних агентів. На щастя, ми розробили складний процес, імунну відповідь, щоб допомогти боротися з інфекцією та ліквідувати її [79]. Імунна відповідь, викликана інфекційним агентом, може або не може викликати клінічні симптоми, залежно від точного

типу та ступеня відповіді. Відомо, що інфекційні захворювання провокують психічні симптоми. Ще в 1890 році Еміль Крепелін, один із засновників сучасної психіатрії, описав під час епідемії грипу 11 випадків психічних розладів, які супроводжувалися різними симптомами, такими як пригнічений настрій, параноїдальний і галюцинаторний синдром, мимовільні рухи, погіршення когнітивних функцій і делірійний стан [77]. Пізніше Крепелін у своєму програмному есе «Цілі та методи психіатричних досліджень» постулював, що імунологічний захист та адаптаційна система буде центром психіатричних досліджень [78, 82]. Є також численні описи зв'язку між хронічним запаленням центральної нервової систем і психопатологічними станами [80]. Наприклад, при певній формі розсіяного склерозу описані симптоми депресії та шизофренії [74]. Те саме стосується вірусної інфекції центральної нервової системи вірусом простого герпесу типу 1 і 2 [75] та кору [77]. Аутоімунні процеси, такі як постстрептококові захворювання, червоний вовчак і склеродермія, можуть проявлятися переважно як психопатологічний синдром [53]. Цей ряд доказів призвів до концепції «м'якого енцефаліту» [77].

У сучасній діагностиці психіатричні симптоми, що супроводжуються важкими інфекціями, діагностуються як «психічні розлади через загальний стан здоров'я». Інфекції можуть викликати широкий спектр психіатричних симптомів, напр. делірій, психотичний розлад або розлад настрою [46].

Фактори, що впливають на психіатричні прояви інфекцій, є предметом інтенсивних досліджень і можуть включати патоген, індивідуальний анамнез та локус інфекції. Вважається, що інфекції центральної нервової системи, такі як менінгіт та енцефаліт, частіше асоціюються з психіатричними симптомами, ніж інфекції периферичних органів, хоча також добре відомо, що периферичні інфекції викликають психічні розлади. Прикладом є «поведінка при хворобі» як модель депресивного розладу, як описано нижче.

Хоча імунна активація добре встановлена при великій депресії, а інфекції, як відомо, викликають симптоми депресії, зв'язок між інфекцією та великою

депресією належним чином не вивчена. Навпаки, етіологія імунної активації при великій депресії є предметом інтенсивних досліджень.

Результати проспективного популяційного дослідження датського реєстру за участю 3,6 мільйонів людей, які народилися між 1945 і 1996 роками, підтверджують думку, що інфекція або аутоімунне захворювання значно збільшують ризик депресивного розладу. Спостереження за учасниками проводилося з 1977 по 2010 рік, загалом 78 мільйонів людино-років [81]. Були включені всі люди, у яких діагностовано афективний розлад відповідно до МКБ-8, МКБ-9 або МКБ-10 і принаймні один контакт у лікарні у стаціонарі чи амбулаторії через афективний розлад (включаючи біполярний розлад). Потім реєструвався кожен попередній контакт із лікарнею через аутоімунний розлад або інфекцію (крім ВІЛ/СНІДу). Було виявлено понад 91 000 випадків афективного розладу, з яких приблизно у 30 000 раніше була діагностована інфекція і більше 4 000 – з аутоімунним захворюванням [81]. Результати показують, що госпіталізація з приводу інфекції значно підвищила ризик пізніших розладів настрою на 63%, а госпіталізація з приводу аутоімунного захворювання значно підвищила його на 45%. Обидва фактори ризику взаємодіяли та підвищували ризик пізнішого впливу на психо-емоційну сферу особистості. Результати не підтверджують гіпотезу про те, що в першу чергу інфекції центральної нервової системи призводять до пізніших симптомів розладів настрою, оскільки, наприклад, ризики для інфекції гепатиту були вищими, ніж для сепсису або інфекцій центральної нервової системи [80]. Цікаво, що ризик розладів настрою збільшувався з наближенням часу до інфекції, з найвищим ризиком протягом першого року [82]. Оскільки були зафіксовані лише інфекції та аутоімунні захворювання, що призвели до контакту з лікарнею, ризик розладу настрою може бути вищим, якщо враховувати всі інфекції.

Отже, розлади емоційної сфери полягають у хворобливих переживаннях тих чи інших емоційних станів. Основне порушення полягає у зміні емоційного стану у бік пригнічення або піднесення [25].

Порушення в емоційній сфері включають гіпотимію, гіпертимію, паратимію, а також порушення динаміки емоцій [17].

Порушення в емоційній сфері можуть виступати як самостійні розлади, як компонент інших психічних розладів та як наслідки станів значної фрустрації. Ті чи інші емоційні стани визнаються патологічними, коли їх зміст, частота виникнення, інтенсивність та стійкість визнаються людьми неадекватними із соціальної чи індивідуальної точок зору [23].

Ініціативи громадського здоров'я можуть подолати побоювання громадськості шляхом підвищення рівня освіти про хворобу. Підвищена медична грамотність разом із широким доступом до медичної інформації може сприяти ранньому виявленню випадків і може бути корисною для зменшення стигми та зниження рівня страху перед хворобою.

### 1.3. Вплив COVID-19 на емоційну сферу особистості

Деякі симптоми коронавірусної інфекції схожі на симптоми інших захворювань. Наприклад, загальна слабкість, підвищена втома, коливання фону настрою, дратівливість, безсоння, відчуття погіршення пам'яті та здатності до концентрації уваги. Хвороба може супроводжуватися задишкою, лихоманкою, кашлем та втратою нюху. Але інфекція впливає і на психічний та неврологічний стан хворого. Крім порушень з боку центральної нервової системи в розпал хвороби, у третини осіб, що одужали, виникають довгострокові ускладнення: депресія, тривога, підвищений ризик інсульту [68].

Після виписки з лікарні у особи, що одужала можуть виникнути проблеми з когнітивними функціями, особливо з пам'яттю. Ці симптоми зазвичай не викликають занепокоєння і зазвичай зникають з часом, але можуть включати наступне [70]:

- Зайшовши в кімнату, особа не знає, чому вона туди зайшла.
- Втрата речей.
- Сповільнення мислення.
- Відразу забувши, що хтось щойно сказав людині.
- Важкість у плануванні й організуванні побуту, як раніше.
- Забування про важливі справи, наприклад, про прийом у лікаря.
- Важче прийняття рішення.

Це період фізичного поганого самопочуття. І він можуть включати: втому, біль, знижений настрій, тривогу, дію ліків, тривалі проблеми з фізичним здоров'ям [71].

Якщо такі симптоми зберігаються більше трьох місяців і заважають людині працювати або жити самостійно, необхідно звернутись до лікаря загальної практики або у лікарню.

Також у постковідний період можуть спостерігатись певні емоційні реакції. Після критичного періоду захворювання особа може відчувати

різноманітні емоції та періоди стресу. Це нормально, і це може бути пов'язано з хворобою, перебуванням у лікарні або лікуванням, яке допомогло одужати.

Також можна помітити, що настрої особи, що одужала часто змінюється, і може відбуватись наступне [63]:

- відчуття себе засмученим і плаксивим;
- постійне відчуття втоми;
- втрата апетиту;
- труднощі зі сном;
- турбота та страх знову захворіти.

Також можуть турбувати додаткові симптоми, що можуть бути викликані звуком, запахом або чимось, що особа бачить. Ці симптоми зазвичай зникають з часом, але можуть включати наступне [71]:

- інтенсивні, яскраві сни або кошмари, які відчуються реальними;
- тривожні раптові яскраві спогади про події в минулому (спогади);
- уникання всього, що нагадує про те, що особа хворіла або відчуває заціпеніння;
- відчуття дратівливості, легкість переполоху;
- відчуття більшого занепокоєння;
- поганий настрої або відчуття безнадійності.

Якщо подібні симптоми зберігаються більше чотирьох-шести тижнів, необхідно шукати подальшої підтримки та звернутись до лікаря.

COVID-19, як і будь-який інший вірус, впливає на роботу багатьох систем організму та вражає не тільки дихальні шляхи та легені, але й центральну нервову систему. Це називається нейротропність – здатність інфекції вражати клітини цієї системи [44].

Результати патологоанатомічних розкриттів демонструють, що коронавірус призводить до запалення мозкової тканини. А методи нейровізуалізації, що показують структуру та порушення функцій мозку, виявляють мікроінсульти та лейкоенцефалопатію – стан, що призводить до демієлінізації, коли руйнується покриття відростків нервової клітини [33].

Ці органічні ушкодження призводять до того, що у людини розвиваються психічні та неврологічні порушення, що є ускладненнями.

У систематичному огляді дослідники повідомляють, що у 20-40% хворих на коронавірус спостерігаються психіатричні порушення:

- безсоння – у 42% хворих;
- порушення уваги та концентрації – у 38%;
- тривога – у 36%;
- погіршення пам'яті – у 34%;
- депресивний стан – у 33%;
- порушення свідомості – у 21%;
- посттравматичний стресовий розлад – у 4-7% [33].

У кожного четвертого хворого виникає сильний головний біль та запаморочення, у 69% – психомоторне збудження, у 0.7% – судоми та рухові розлади. У людей похилого віку може виникнути делірій – розлад свідомості, у якому порушується мислення, увагу і сприйняття навколишнього світу. Однак найчастіше делірій виникає у літніх пацієнтів із деменцією – синдромом зниження когнітивних функцій. Іноді вони це – єдиний симптом коронавірусу без порушень з боку респіраторної системи [22].

У хворих на коронавірусну інфекцію часто фіксуються негативні психологічні реакції: гостра реакція на стрес, депресія, емоційні порушення, нав'язливість і дисфорія – поєднання похмурого настрою та дратівливості [10].

Під час пандемії COVID-19 соціальне дистанціювання стало важливим інструментом запобігання значному поширенню вірусу серед населення загалом. Термін «соціальне дистанціювання» відноситься до необхідності людини зберігати необхідну відстань від інших, щоб забезпечити свою безпеку та безпеку оточуючих. Соціальне дистанціювання також означає, наскільки це можливо, уникати громадських місць, таких як торгові центри та зони відпочинку. Таким чином, він забезпечує мінімальний контакт з інфікованими людьми, територіями, які можуть бути заражені, та захищає безпеку осіб, особливо вразливих до захворювання [10]. Соціальне

дистанціювання також означає уникнення фізичного контакту коїться з іншими людьми.

Не можна заперечувати, що обмежувальні заходи, введені для стримування пандемії COVID-19, серйозно впливають на психічне здоров'я населення. Тим не менш, поки що неясно, що сприяє таким негативним наслідкам. Цілком можливо, що ці наслідки безпосередньо пов'язані з обмежувальними стратегіями та зниженням соціальної мобільності [22]. Однак емоційні та психологічні наслідки пандемії також можуть бути вторинними по відношенню до внутрішніх змін, які обмежувальні заходи викликають у звичках способу життя та соціально-економічному сценарії

Масштабний спалах коронавірусу – не перший випадок в історії. Під час попередніх епідемій лікарі спостерігали у хворих пригнічений настрій та тривогу – найчастіші симптоми у гострій фазі інтоксикації, що супроводжує хворобу. У невеликої частини пацієнтів виникає психоз – гостре порушення психічної діяльності, при якому розсинхронізуються психічні процеси, порушується сприйняття реального світу, а поведінка та емоційні реакції не відповідають реальній ситуації [33].

Під час хвороби у пацієнтів спостерігається страх та тривожний стан. Це пов'язано з багатьма факторами: нагнітанням з боку ЗМІ, історіями про те, що хтось із знайомих помер, прискорене серцебиття, яке викликає у людини занепокоєння та тривогу.

Ще у частини хворих виникає кататонія – руховий розлад, що супроводжується або повним ступором, або посиленням збудження [34].

Захворювання на коронавірусну інфекцію, пов'язане з інтоксикацією, кисневим голодуванням головного мозку, може викликати загострення захворювань неврологічного та психіатричного спектру. У пацієнтів похилого віку можуть загостритися емоційні та інтелектуальні порушення. Також COVID-19 може викликати психотичний стан: сплутаність свідомості, галюцинації та марення. Досить часто виникають епізоди тривожно-

депресивного розладу, панічних атак та obsесивно-компульсивного розладу [28].

Якщо людина з психічним розладом хвора на коронавірус, то інфекція та її лікування можуть спровокувати рецидив і обтяжити перебіг розладу. Наприклад, ліки для лікування COVID-19 можуть спровокувати у хворого на шизофренію психоз – марення, галюцинації та неадекватну поведінку, наприклад, хворий думатиме, що медичний персонал намагається його заразити [31].

До ментальних порушень призводить не лише безпосередній вплив інфекції на головний мозок, а й соціально-психологічні та економічні фактори, пов'язані з коронавірусом. Пандемія асоціюється у людей з нестабільністю та непередбачуваністю. Карантин, соціальні обмеження, безперервний потік новин про захворюваність і смертність від COVID – все це впливає на емоційний стан і настрої людей. Так, депресія, тривога, порушення сну, почуття самотності, пригніченість та апатія можуть бути викликані:

- високою частотою контактів із інфікованими людьми;
- страхом заразити близьких;
- необхідністю фізичного дистанціювання та носіння масок;
- почуттям медичної та соціальної незахищеності;
- регулярними повідомленнями у ЗМІ про коронавірус;
- відсутністю інформації про те, коли пандемія закінчиться [28].

Китайське дослідження демонструє, що сам факт спалаху пандемії вірусу вже впливає на психічний стан людей, які не захворіли на коронавірус. Так, приблизно у кожного шостого під впливом епідемії виникли симптоми помірної та тяжкої депресії, а у кожного третього – ознаки тривожного розладу середнього чи тяжкого ступеня [22].

Крім того, у частини респондентів відзначаються симптоми посттравматичного стресового розладу та психологічного дистресу. Також повідомляють про те, що пандемія погіршує перебіг психічних розладів у людей, які не хворіють на коронавірус. Ковид впливає не лише на самого

хворого. Повідомляють, що у 50% членів сімей, де є хворий на коронавірус, спостерігаються симптоми депресії [39].

Чим важче протікає інфекційне захворювання, тим вищий шанс ускладнень після одужання. Так, приблизно у третини осіб, що одужали спостерігаються ускладнення з боку центральної нервової системи та психіки [43].

Багато перехворілих говорять про втому і нездужання, труднощі підбору слів, запам'ятовування, зниження концентрації уваги. Деякі описують свій стан як туман після COVID-19. Це є всі ознаки астеничного чи можна сказати постковідного синдрому. Дослідники повідомляють, що у кожного третього регулярно виникають головні болі та запаморочення, втрачається нюх та смак, з'являється м'язова слабкість [39].

Багато негативних психологічних реакцій виявляються вже після одужання. Іноді симптоми з'являються не відразу, а через кілька місяців після одужання. У пацієнтів з'являється нездужання, сонливість, знижується витривалість. У багатьох виникає тривога та страх повторного зараження, аж до іпохондрії та фобії. Також приблизно половина людей, які мали симптоми коронавірусу, страждають на безсоння і пригнічений настрій [6].

Нещодавні дослідження кажуть, що у кожного десятого, що перехворів коронавірусом розвивається посттравматичний стресовий розлад, у третини – депресія і тривожний розлад. На додаток до цього у 54% людей протягом трьох місяців після зараження утворюється синдром хронічної втоми [6].

## Висновки до розділу I

Емоційна сфера особистості – це багатогранне утворення, що включає, крім самих емоцій, емоційні явища: емоційний тон, емоційні стани, емоційні властивості особистості, емоційні стійкі відносини (почуття). Кожне з них, на думку авторів, має диференційовані ознаки.

Емоційна сфера особистості являє собою сукупність властивостей людини, які характеризують зміст, якість та динаміку її емоцій і почуттів.

Хвороба змінює сприйняття і ставлення хворого до оточуючих подій, себе, у результаті хвороби йому створюється особливе становище серед близьких людей, інше становище у суспільстві. Найбільш загальними змінами психіки у соматичних хворих можна вважати перебудову інтересів від зовнішнього світу до власних відчуттів, функцій власного тіла, обмеження інтересів. У цьому відбуваються різні зміни всіх сторін особистості: змінюються афективна настроєність, міміка, мова.

Розлади емоційної сфери полягають у хворобливих переживаннях тих чи інших емоційних станів. Основне порушення полягає у зміні емоційного стану у бік пригнічення або піднесення. Порушення в емоційній сфері включають гіпотимію, гіпертимію, паратимію, а також порушення динаміки емоцій.

COVID-19, як і будь-який інший вірус, впливає на роботу багатьох систем організму та вражає не тільки дихальні шляхи та легені, але й центральну нервову систему. Ці органічні ушкодження призводять до того, що у людини розвиваються психічні та неврологічні порушення, що в свою чергу суттєво впливає на емоційний стан особистості.

Одним із головним симптомом постковідного періоду є астеничний синдром. Він характеризується зниженням фізичної активності, швидкою втомлюваністю, зниженням когнітивних функцій, зростанням рівня тривоги, проявами депресивного характеру. Дані симптоми можуть проявитись не одразу після хвороби, а через декілька місяців, що говорить нам про важливість звернути увагу на свій психоемоційний стан у період одужання.

Окрім астеничного синдрому можуть спостерігатись розвиток різноманітних тривожних станів, страх знову захворіти, шок від пройденого захворювання, проблеми зі сном та апетитом, зниження когнітивних функцій, проблеми із запам'ятовуванням та пригадуванням інформації, нічні кошмари, підвищена дратівливість або навпаки підвищена мінливість.

Симптоми можуть з'явитись і не одразу після одужання від COVID-19, а у період до трьох місяців. Якщо вони триватимуть більше чотирьох-шести місяців необхідно обов'язково звернутись і до лікаря, і бажано до психотерапевта. Не потрібно лякатись чи соромитись проявів змін у психоемоційному стані, а якомога швидше допомогти налагодити свій емоційний стан.

## РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ЖІНОК, ЩО ПЕРЕХВОРИЛИ НА COVID-19

### 2.1. Емпіричні підходи до дослідження емоційної сфери

Діагностика емоцій представляє певну проблему. Труднощі вивчення емоцій обумовлена тим, що у багатьох випадках їх доводиться штучно викликати в лабораторних умовах, моделювати. Звісно можливим варіантом дослідження є використання валідних та надійних тестових методик. Використовуючи тестові методики, можна визначити такі аспекти емоційної сфери як тривожний стан, депресивний стан, ступінь задоволеності чи незадоволеності чимось (життям, батьківством, шлюбом), професійне вигоряння, тощо.

Існують два види точок зору, які визначають природу емоцій. Інстинктивна орієнтація розглядає серію емоцій як генетичні та фіксовані категорії [3]. Канадські видатні вчені-психологи Ліза Фельдман Баррет та Блісс-Моро [2] припускають, що коли в певний момент викликається більше ніж один вид емоцій або коли люди точно описують різноманітність у своєму емоційному досвіді, вони самі повідомлятимуть про емоційну складність. Тоді люди отримують пропозиційні знання про емоції, коли навчаються асоціювати дану емоцію з навколишнім середовищем. Тому емоційна стратегія є стратегією сприйняття, що означає, що стратегії кодування можна отримати від народження і поступово адаптуватися до різних середовищ. Самохарактеристика емоційної складності відображається у здатності людей визнавати свій досвід складним [5].

Інший спосіб визначення природи емоцій використовує орієнтацію на «психологічну конструкцію» [1]. Він вважає, що емоційна складність притаманна емоційним переживанням нейробіологічних і психологічних систем. Окрема емоція з'являється у свідомості, коли більш базовий основний афект є автоматичним і неявним. Основним ефектом є стан, що постійно

змінюється, з властивостями на основі валентності та збудження [71]. Сучасні дослідження використовують «систему емоційного зачаття» для класифікації основних ефектів, таких як гнів, смуток і страх. Цей термін відноситься до знань про конкретні емоції, які люди розуміють для ефективного прояснення та автоматичного приписування основного афекту певному стану, який є ефективним і концептуальним, коли внутрішні відчуття тіла та зовнішня інформація з навколишнього середовища пов'язані разом на певний момент часу. Категоризація емоцій перетворює основний афект у навмисний стан, дозволяючи людям досліджувати, що викликало емоційну зміну, що робити далі, і як ефективно та ефективно спілкуватися з іншими [73]. Тому емоційна складність є прямим результатом системи емоційного зачаття.

Крім того, емоційна складність включає принаймні дві різні одночасні або послідовні емоції одночасно. Послідовний або безперервний стан – це швидка зміна двох або більше емоційних станів, наприклад, чиста емоція з'являється спочатку, а потім швидко змінюється іншою емоцією. І навпаки, одночасна складна емоція «реагує на стимули двома або більше протилежними емоціями» [65]. Ротман та ін. [76] вказують, що одночасні стани включають змішані емоції та емоційну амбівалентність, а послідовні стани включають афективний перехід та емоційну невідповідність. Визначення та відмінності в цих станах впливають із факторів ознак, включаючи ефективне обертання, афективну мінливість, емоційну інертність та емоційну складність [79]. Тому деякі сучасні дослідження вимірюють емоційну складність за рівнем емоційної усвідомленості [81].

Емоційна складність визначається безліччю, часто розглядаючи спільне виникнення та диференціацію позитивних і негативних емоцій як провідні індекси [49]. Індекс спільної появи одночасно відображає дві протилежні валентності емоцій (наприклад, щастя і смуток). На відміну від цього, диференціація позитивних і негативних емоцій, названа індексом гранулярності, відображає характерну відмінність між емоціями [67].

Хоча більшість емоційних переживань можна представити за допомогою позитивних і негативних вимірів [1], ступінь, до якої дорослі розрізняють емоції, різна. Барретт [77] стверджувала, що люди спочатку відчують основний афект, який потім класифікують як особливу емоцію (наприклад, гнів, розчарування тощо). Важливо оцінювати емоційну складність за допомогою індексу спільної появи та деталізації. Дослідження показують, що самозвіти про емоції та етикетки емоцій, які використовуються при зачатті, відображають більше форм в емоційних словах при диференціації; і вони також відображають відмінності в феноменологічному досвіді дорослих [3].

Заутра та ін. [69] запропонували динамічну модель впливу, щоб досліджувати відмінності емоцій людей у часі. Динамічна модель впливу стверджує, що невизначеність описує емоційні переживання, а тиск у ситуаціях посилить невизначеність. Обробка інформації вимагає когнітивних стратегій і стає складнішою при складних емоційних переживаннях. Отже, Динамічна модель впливу припускає, що емоції поляризуються в середовищі високого тиску. Наприклад, високий рівень негативних емоцій часто супроводжується низьким рівнем позитивних емоцій. Динамічна модель впливу має на меті оцінку емоційних станів, не ігноруючи рівень стресу, а це означає, що співвідношення між позитивними та негативними емоціями може змінюватися під час обробки інформації (наприклад, когнітивні та емоційні методи обробки). Крім того, важливо побудувати принаймні два виміри для загальної класифікації емоцій: один для оцінки негативних емоцій із супутнім рівнем мотивації, а інший — для оцінки рівня позитивних емоцій із супутньою обробкою [16].

Один новаторський підхід використовує «мікропоздовжні» методи для оцінки емоцій та інтенсивних подій у кількох точках [31]. Цей метод передбачає відмічення кореляції між позитивними і негативними емоціями в кожен момент часу і спостереження за тим, що відбувається з цією асоціацією, коли в повсякденному житті відбувається тиск або інші деструктивні події. Крім того, люди можуть визначити, чи була стресова подія більшою за

масштабом або відбувалася частіше, ніж їхній середній досвід, багаторазово вимірюючи ці супутні переживання. Щоб отримати відхилення від середніх значень, незалежні змінні орієнтовані на особистість. Особисто-центрований негативний афект можна використовувати як предиктор у типовій моделі для оцінки його зв'язку з позитивним афектом з часом у контексті лінійної змішаної моделі. У цьому випадку вибір, яку валентність слід моделювати як незалежну чи залежну змінну, є випадковим, але може керуватися конкретними питаннями дослідження [73].

Останнім часом, однак, намітився один із шляхів вивчення природних емоцій при комп'ютерних іграх. Цей шлях розробляється швейцарськими психологами. Так, дослідження С. Кайзер та ін. [75] було спрямоване на отримання патернів лицьової експресії, що відповідають емоціям щастя, задоволення, гордості, розчарування, страху, гніву, печалі та ін. Гра супроводжувалася відеозйомкою лицьової експресії. Т. Джонстоун фіксував під час гри мовні звіти про поточний стан гри, у результаті було виділено мовні патерни різних емоцій. Комп'ютерна гра дає можливість одночасно фіксувати багато параметрів прояву емоцій: моторні, електрофізіологічні, мовні [37].

Питання вимірювання також мають значення, якщо вас цікавлять потенційні кореляції емоційної складності. Ідеальними можуть бути вимірювання емоцій з субшкалами або елементами, які є відносно незалежними. Інше питання, яке потрібно вирішити, полягає в тому, чи мають певні показники емоційної складності подібне значення [32].

Патопсихологічна оцінка порушень емоцій.

Психологічні методики, що дозволяють оцінювати афективні порушення, зазвичай являють собою опитувальники шкали самооцінки. Серед них найвідоміші спрямовані на визначення виразності тривоги (шкала Спілбергера) та депресії (Бека, Гамільтона). У зв'язку з тим, що випробуваний самостійно оцінює рівень своєї емоційності результати перерахованих шкал слід порівнювати з клінічними показниками. Їх використання обгрунтовано переважно оцінки ефективності терапевтичних заходів [23].

Одним із найбільш значущих в оцінці емоційних порушень є проєктивний тест колірних виборів Люшера [23]. З його допомогою вдається визначити рівень стресу (тривоги). Тест Люшера являє собою набір карток різного кольору (зазвичай використовується восьмикольоровий тест). Випробуваному пропонується розмістити їх у міру зниження симпатії до кольору – на перше місце поставити «найприємніший» на момент обстеження колір, на останнє – «найнеприємніший». Дослідження повторюється двічі. За кожним кольором закріплено відповідні параметри, що характеризують індивідуально-психологічні особливості людини [24].

Символіка кольору, на думку Л.Н.Собчик [25], сягає корінням у витoki існування людини землі і пов'язані з емоційною оцінкою явищ природи (сонця, плодів, ночі, крові та інших.). Люшер виділив чотири основні кольори (синій, зелений, червоний, жовтий) та чотири додаткові (фіолетовий, коричневий, чорний, сірий), а також зазначив, що постановка кольору на перше місце вказує на колірні асоціації з основним способом дії, на друге – з метою, якої людина прагне, на третє і четверте – з емоційною оцінкою істинного стану речей, на п'яте і шосте – з незатребуваними на даний момент резервами, останні місця – з пригніченими потребами [1].

На підставі методу колірних виборів Люшера можлива оцінка рівня тривожності та стресу.

Діагностика емоційної стійкості. Явно неадекватний підхід сформувався щодо емоційної стійкості. Вивчається не емоційна властивість особистості, а ефективність діяльності при емоціогенних впливах будь-якого характеру. Сила емоцій при цьому не реєструється, як і ефективність діяльності в спокійній ситуації. Тому важко об'єктивно судити про її погіршення чи покращення, а отже, і про ступінь емоційної стійкості людини.

Як уже говорилося, справжня стійкість людини до дії емоціогенних факторів повинна визначатися двома способами: за часом появи емоційного стану при тривалому і безперервному впливі емоціогенного фактора (наприклад, при вимірюванні стійкості до монотонності роботи, або до

фруструючого фактора), або ж при одноразовому впливі емоціогенного фактора різної сили та значущості для людини [42].

Підсумовуючи можна сказати, що сучасні дослідження забезпечують систематичне вивчення досвіду складних емоцій у повсякденному житті. Результати проливають світло на емоційні переживання, які можуть сильно змінитися протягом одного дня, а також на епізоди емоційного розладу в результаті важливої події в поєднанні з надмірним хвилюванням або надзвичайною напругою. Ці результати повністю узгоджуються з визначенням емоційної складності, які стверджують, що люди можуть переживати дві або більше емоцій одночасно або послідовно.

## 2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження

Для проведення дослідження особливостей емоційної сфери жінок, що перехворіли на COVID-19 було використано дві психологічні методики, що дозволяють оцінювати афективні порушення та являють собою опитувальники шкали самооцінки, а саме шкала Спілбергера, спрямована на визначення виразності тривоги (особистісної та ситуативної) та шкала депресії Бека.

Респондентки заповнювали анкети у гугл формі [50]: спочатку заповнювали соціально-анамнестичну анкету (див. Додаток А), далі відповідали на питання опитувальника шкали тривоги Спілбергера, що складається з двох субшкал (особистісної тривоги та ситуативної), далі – на питання опитувальника шкали депресії Бека.

Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч.Д.Спілбергером та адаптована Ю.Л.Ханіним [62].

Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, що відображає схильність суб'єкта до тривоги і що передбачає наявність в нього тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозові, відповідаючи кожному певною реакцією. Як схильність, особистісна тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, що оцінюються людиною як небезпечні для самооцінки, самоповаги. Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується емоціями, що суб'єктивно переживаються: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різною за інтенсивністю та динамічністю у часі [62].

Особи, що відносяться до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності в широкому діапазоні ситуацій та

реагувати дуже вираженим станом тривожності. Якщо психологічний тест висловлює у випробуваного високий показник особистісної тривожності, це дає підстави припускати в нього появу стану тривожності у різноманітних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки його компетенції і престижу.

Обробка результатів включає наступні етапи:

1. Визначення показників ситуативної та особистісної тривожності за допомогою ключа.
2. На основі оцінки рівня тривожності складання рекомендацій для корекції поведінки випробуваного.
3. Обчислення середньогрупового показника ситуативної тривожності та особистісної тривожності та їх порівняльний аналіз залежно, наприклад, від статевої приналежності досліджуваних [62].

При аналізі результатів самооцінки слід пам'ятати, що загальний підсумковий показник по кожній з підшкал може бути в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому що вище підсумковий показник, то вище рівень тривожності (ситуативної чи особистісної).

При інтерпретації показників можна використовувати такі орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів – низька,
- 31 – 44 бали – помірна;
- 45 і більше – висока.

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) запропонована А.Т. Беком в 1961 р. і розроблена на основі клінічних спостережень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії та скарг, що найбільш часто пред'являються пацієнтами [61]. Після співвіднесення цього списку параметрів з клінічними описами депресії, що містяться у відповідній літературі, був розроблений опитувальник, що включає 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, що відповідають специфічним проявам/симптомам депресії. Ці

твердження ранжировані зі збільшенням питомого вкладу симптому у загальну міру тяжкості депресії.

Відповідно до ступеню вираженості симптому, кожному пункту надано значення від 0 (симптом відсутній, або виражений мінімально) до 3 (максимальна вираженість симптому). Деякі категорії включають альтернативні твердження, що мають еквівалентну питому вагу.

При інтерпретації даних враховується сумарний бал у всіх категоріях. Загальний бал:

- 0-9 – відсутність депресивних симптомів;
- 10-15 – легка депресія (субдепресія);
- 16-19 – помірна депресія;
- 20-29 – виражена депресія (середньої тяжкості);
- 30-63 – важка депресія [61].

У початковому варіанті методика заповнювалася за участю кваліфікованого експерта (психіатра, клінічного психолога або соціолога), який зачитував вголос кожен пункт із категорії, а після просив пацієнта вибрати твердження, яке найбільше відповідає його стану на поточний момент. Пацієнту видавалася копія опитувальника, за яким він міг стежити за пунктами, що читаються експертом. На підставі відповіді пацієнта дослідник зазначав відповідний пункт на бланку. На додаток до результатів тестування дослідник враховував анамнестичні дані, показники інтелектуального розвитку та інші параметри, що цікавлять.

Вище описані опитувальники були надіслані разом з соціально-анамнестичною анкетною, яку пройшли 44 респонденти жіночої статі. Саме ці відповіді становлять базу для дослідження вікових особливостей емоційної сфери жінок, що перенесли захворювання COVID-19.

Для дослідження саме вікових особливостей, отримані відповіді далі було розділено на чотири групи. В анамнестичній анкеті в графі «вік» були вказані вікові діапазони, саме за ними і відбувся розподіл опитуваних жінок на чотири групи. Опитування пройшло 44 жінки: 14 жінок віком від 18 до 25 років, 14

жінок віком від 26 до 35 років, 9 жінок 36-45 років, 6 жінок від 46 до 55 років та одна жінка вікового діапазону 56-65 років. Так як віковий діапазон 56-65 років складала лише одна респондентка, цей діапазон не брався до уваги. Розглядалися чотири групи вікових діапазонів окремо (18-25 років, 26-35 років, 36-45 років та 46-55 років). Далі ці чотири групи було поділено на дві великі групи для подальшого порівняння за віком. Так, у подальшому відбулося порівняння особливостей емоційної сфери жінок, що перехворіли на коронавірусну інфекцію молодого віку (поєднали дві груп 18-25 та 26-35 років у групу 18-35 років) та старшого віку (групи 36-45 років та 46-55 років – у групу 36-55 років).

Отримані під час анкетування результати надходили автоматично у таблицю [50]. Далі були пораховані інтегральні показники згідно з ключами тестування, лише після цього і можна було аналізувати та оцінювати отримані результати.

Наступним кроком було – аналіз отриманих даних математично-статистичним методом. Для цього було використано спеціальну статистичну програму Jamovi. Використовувати інструменти даної програми можна увівши отримані під-час анкетування дані, але не в сирому вигляді, а вже переведені за нашими «ключами» в інтегральні показники.

Саме робота у даній статистичній програмі показує на скільки отримані у ході нашого дослідження дані можуть вважатися статистично вірними і чи можна отримані результати екстраполювати на більшу вибірку ніж ту, що була у нашому дослідженні.

Порівнюючи такі показники як середнє статистичне, мода, медіана, стандартне відхилення, тощо можна оцінити вибірку респондентів, що приймала участь у опитуванні. Подивитись на гомогенність вибірки та оцінити чи відповідає розподіл нормальному розподілу (розподіл Гауса).

Програма Jamovi також надає можливість для проведення кореляційного аналізу. Кореляційний аналіз є досить цікавою річчю, що може показати взаємозв'язки, які неможливо побачити «не озброєним коком». Тобто

можливо побачити як один показник впливає на інший. Наприклад, зростання одного показника впливає на ріст іншого (позитивна кореляція), чи навпаки зростання одного показника тягне за собою зниження іншого (обернена кореляція).

Підсумовуючи, можна виділити такі кроки проведення нашого дослідження:

- Створення опитувальника, який складався з анамнестичної анкети та методик Шкала тривожності Спілбергера та Шкала депресії Бека.
- Збір даних.
- Переведення сирих балів у інтегральні показники.
- Аналіз інтегральних показників.
- Математико-статистичний аналіз даних.
- Висновки та узагальнення.

### 2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних

Для проведення даного дослідження була надіслана гугл форма з проханням заповнити її жінок, що мали в анамнезі захворювання на коронавірусну інфекцію COVID-19 [50].

Під-час проведення дослідження досить цікавим фактом виявилось те, що досить багато людей (в даному випадку жінок) ведучи доволі активний спосіб життя, не дотримуючись строгих карантинних заходів, не зменшуючи соціальних контактів, попри це не захворіли на COVID-19, деякі з них навіть не вакциновані. Дана група людей спонукала задуматись над фактом, що можливо люди, які не мають підвищеного рівня занепокоєння чи тривожності з приводу захворювання на COVID-19 більш стійкі перед зустріччю з даним захворюванням.

Але перейдемо до отриманих результатів.

Опитування пройшло 44 жінки. Розподіл опитуваних за віком:

- 14 жінок 18-25 років – це становить 31,8 % від усіх опитуваних;
- 14 жінок 26-35 років – 31,8 % від усіх опитуваних;
- 9 жінок 36-45 років – 20,5 %;
- 6 жінок 46-55 років – 13,6 %;
- 1 жінка 56-65 років – 2,3 %.

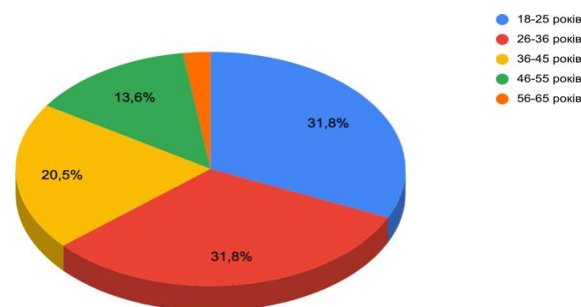


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за віком

Інформацію про вибірку можна узагальнити наступним чином [27]:

- 89 % опитуваних проживають в містах, решта – в селищах та селах;
- 68 % опитуваних знаходяться у стосунках, або у шлюбі;

- 77 % мають одну або більше вищих освіт;
- 87% мають середній та вище середнього дохід;
- лише 2,3% опитуваних (а це 1 особа з 44) втратила роботу через захворювання на COVID-19;
- 85 % на момент захворювання проживали не самі та мали нагоду, щоб хтось за ними доглядав під час хвороби;
- 68 % опитуваних не мали ускладнень під-час захворювання;
- у 100 % опитуваних лікування проходило амбулаторно.

Щоб мати змогу мати певну картину емоційного стану до моменту захворювання на COVID-19 в соціально-анамнестичній анкеті були поставлені питання (див. Додаток А) і отримані наступні відповіді на них:

- 70 % опитуваних мали скарги або незручності з пам'яттю до захворювання на ковід (було важко пригадати чи запам'ятати інформацію);
- 64 % опитуваних мали скарги на свій рівень уважності до захворювання на COVID-19;
- 50 % респондентів відмітили за собою підвищений рівень дратівливості до захворювання на COVID-19;
- 61 % опитуваних мали складнощі зі сном (безсоння чи підвищена сонливість) до захворювання на COVID-19;
- 61 % опитуваних помічали за собою перепади настрою до захворювання на COVID-19.

Тобто можна зробити висновки, що емоційний стан більше 50 % опитуваних оцінювався ними самими як незадовільний вже до моменту захворювання на коронавірусну інфекцію COVID-19. Хоча на питання «Чи звертались ви за спеціалізованою допомогою з приводу розладів настрою до моменту захворювання на COVID-19» 93 % опитуваних відповіли «ні» [27].

Далі отримані дані були проаналізовані статистичним методом для того, щоб розуміти на скільки отримані результати можуть бути інтерпретовані на більш масштабну вибірку (дивись Табл. 2.1).

### Розподіл отриманих статистичних даних за віком респондентів

Статистичні величини	Вік	Тривожність ситуативна	Тривожність особистісна	Шкала Бека
N	18-25	14	14	14
	26-35	14	14	14
	36-45	9	9	9
	46-55	6	6	6
Mean	18-25	46.8	50.4	17.0
	26-35	45.0	46.3	11.1
	36-45	44.2	46.1	10.2
	46-55	48.5	47.3	12.7
Median	18-25	44.5	51.0	14.0
	26-35	43.5	49.5	9.00
	36-45	46	44	6
	46-55	45.5	46.5	11.0
Mode	18-25	42.0	42.0	2.00
	26-35	39.0	53.0	3.00
	36-45	50.0	42.0	11.0
	46-55	44.0	41.0	11.0
Standard deviation	18-25	10.2	7.98	13.4
	26-35	6.63	7.93	7.90
	36-45	6.48	8.71	12.8
	46-55	6.89	5.96	5.47
Minimum	18-25	28	38	2
	26-35	33	27	3
	36-45	30	33	1
	46-55	42	41	7
Maximum	18-25	71	66	57
	26-35	57	53	27
	36-45	50	64	43
	46-55	59	58	22
Shapiro-Wilk W	18-25	0.938	0.964	0.777
	26-35	0.962	0.831	0.875
	36-45	0.847	0.939	0.646
	46-55	0.859	0.910	0.903
Shapiro-Wilk p	18-25	0.392	0.787	0.003
	26-35	0.763	0.012	0.050
	36-45	0.069	0.575	<.001
	46-55	0.186	0.436	0.389

Аналіз отриманих даних за шкалою депресії Бека.

З оглядом на отримані показники середньостатистичного значення, моди та медіани по шкалі депресії Бека для інтерпритації можна взяти лише результати опитування вікової групи 46-55 років. Отримані дані в інших вікових групах не є придатними для інтерпритації. Дана ситуація могла виникнути у зв'язку з тим, що статистичній програмі Jamovi не вистачило даних для обробки, або вибірка у нашому дослідженні негетерогенна.

Результати опитування за шкалою Бека вікової групи 46-55 років ілюстровано на діаграмі нижче (Рис. 2.2):

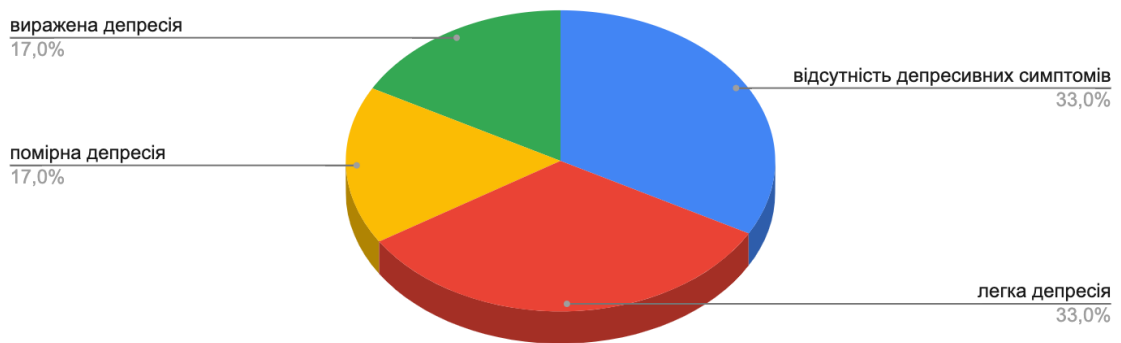


Рис. 2.2. Результати опитування за шкалою Бека вікової групи 46-55 років

Отже, отримані результати опитування вікової групи 46-55 років відображають, що:

- 33 % опитованих мають відсутність депресивних симптомів;
- 33 % – мають легку депресію;
- 17 % – мають помірну депресію;
- 17 % – мають виражену депресію.

З інтегральними показниками по даній шкалі можна ознайомитись у Додатку Б.

Хочеться відмітити, що до моменту захворювання на COVID-19 більше 50% респондентів помічали за собою підвищений рівень дратівливості, перепади настрою, труднощі із запам'ятовуванням інформації, скаржилися на

свій рівень уваги, мали складнощі зі сном. Тобто ще до моменту захворювання на COVID-19 більшість опитуваних були в не самому оптимальному емоційному становищі.

Можна зробити припущення, що негативний вплив на емоційний стан могли мати карантинні обмеження пов'язані з пандемією та напруга, яка транслиувалася у засобах масової інформації. Карантин після захворювання, ізоляція, дистанція, віддалена праця та навчання, ще й такий тривалий період – це абсолютно новий досвід, з яким зіткнулося людство всього світу. Зрозуміло, що можливо хтось і був у захваті, чи швидко адаптувалися з новою реальністю, але в більшості своїй люди були у стресовому стані. Тобто людство у великому масштабі отримувало новий досвід, а на адаптацію був необхідний час, можливо адаптувались не всі [44].

Досить важливим чинником зростання стресу та негативного впливу на емоційну сферу мали засоби масової інформації, оскільки трансливалось багато інформації, яку люди могли сприймати у темних кольорах, «накручувати» себе. Щоденні новини, статистика летальних випадків, новини з багатьох джерел інформації та багато невизначеності, оскільки пандемію COVID-19 людство проходить вперше [39].

З анамнестичної анкети отримуємо досить цікаві дані, що жінки старшого віку у більшості не мали скарг на свій емоційний стан до моменту захворювання на COVID-19. Проте лише 7% опитуваних (3 респонденти із 44) зверталися за спеціалізованою допомогою з приводу розладів настрою.

Тобто, дана вікова категорія опитуваних мала менше скарг на свій емоційний стан до моменту захворювання, проте після хвороби симптоми депресії мали свій прояв. Або це просто збіг, або молоде покоління має більш високий рівень стресу, тривоги, більше часу витрачає на засоби масової інформації та соціальні мережі. Тобто знову припускаю, що можливо саме засоби масової інформації нагнітали фарби навколо COVID-19 і більш молодше покоління має більший доступ до цієї інформації, або ж покоління в

цілому має більше привидів для стресу і відповідно має меншу емоційну стабільність.

Підсумовуючи у ході опитування отримані дані, можна сказати, що мінімум 33% осіб, що перенесли захворювання COVID-19 мають негативні наслідки у вигляді помірної чи вираженої депресії, що не може не бентежити, бо отриманий відсоток досить великий. І якщо зважати на те, що група опитуваних 46-55 років до моменту захворювання на ковід у більшості своїй скарг на свій емоційний стан не мала, а ,як наслідок, після захворювання відсоток жінок, що мають симптоматику депресії від проявів від легкої до вираженої форми, то сміливо можна сказати, що перенесене захворювання має вплив на емоційний стан особи, що перехворіла.

Проте, на мою думку, не лише перенесене захворювання на COVID-19 може призводити до виникнення симптомів депресії після перенесеної хвороби. Будь-яка хвороба, яка протікала з ускладненнями, зі стаціонарним лікуванням, яка обмежує людину від соціуму, накладає будь-які інші обмеження, має тривалий період відновлення тощо, може мати подальший вплив на емоційний стан особистості. Просто не про кожну хворобу досліджують у таких масштабах як наразі COVID-19. Також, на мою думку суттєво вплинув на психіку та емоційний стан людей локдаун [33, 39].

Також, в свою чергу підвищує рівень тривоги велика кількість неоптимістичної інформації, що поширюється через засоби масової інформації, на осіб, що цю інформацію зустрічають, що навіть нетяжкий перебіг захворювання на коронавірусну інфекцію на фоні підвищеного рівня тривоги, як наслідок, може призвести до проявів симптомів депресії та зростання рівня тривожності. Саме тривожність досліджуємо та аналізуємо далі.

Аналіз отриманих даних за шкалою тривоги Спілбергера.

Для подальшої інтерпретації знову звернемося до зведених інтегральних даних за даними шкалами у Додатку Б та до статистичного аналізу цих даних, що зведено у Табл.2.2.

### Статистичні показники за шкалами тривожності Спілбергера

Статистичні величини	Тривожність ситуативна	Тривожність особистісна
N	43	43
Missing	0	0
Mean	45.9	47.7
Median	44	49
Mode	44.0	42.0 <sup>a</sup>
Standard deviation	7.85	7.84
Minimum	28	27
Maximum	71	66

Співставляючи отримані дані середньостатистичного значення, стандартного відхилення, моди та медіани шкал ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера можна зробити висновок, що дані по обом шкалам є придатними для інтерпретації: середньостатистичне значення, мода, медіана близькі за значенням, відхилення між значеннями менше десяти відсотків, а саме складає 7,85%.

На відміну від отриманих даних опитування за шкалою Бека, шкали ситуативної та особистісної тривожності мають нормальний розподіл, що ілюструється на Рис.2.3. та Рис.2.4.

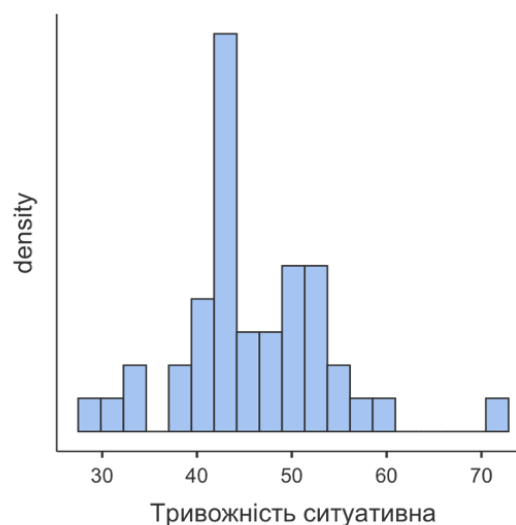
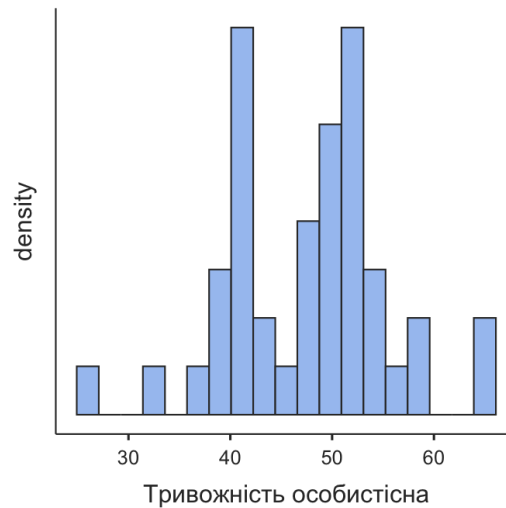


Рис.2.3. Розподіл інтегральних даних за шкалою ситуативної тривожності.

Гістограма вище ілюструє майже нормальний розподіл даних, що також підтверджує гідність для інтерпретації отриманих в даному дослідженні.

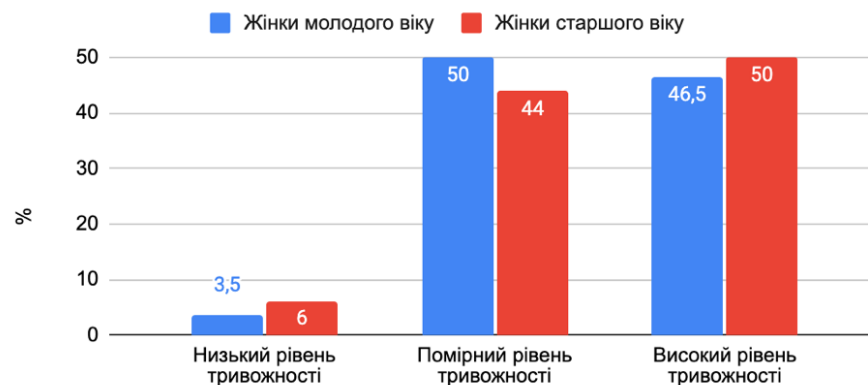
Подібну «картину» отримуємо в результатах і за школою особистісної тривожності, див. рис 2.4.



*Рис.2.4.* Розподіл інтегральних даних за шкалою особистісної тривожності.

Для більш наглядного порівняння значень по шкалі Спілбергера у різних вікових групах, умовно розділимо отримані результати за двома віковими групами (ілюстровано на Рис. 2.5):

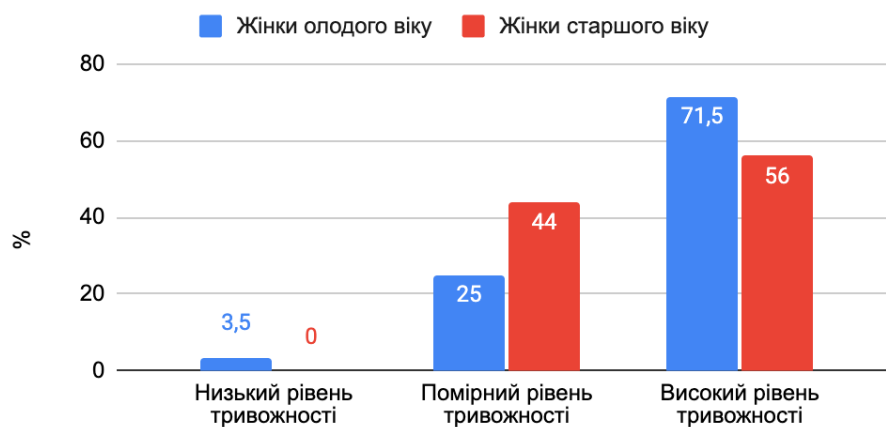
- Жінки молодого віку, 18-35 років – 28 респондентів;
- Жінки старшого віку, 36-55 років – 16 респондентів.



*Рис. 2.5.* Рівень ситуаційної тривожності у жінок молодого та старшого віку.

З наведеної вище діаграми видно, що рівень ситуаційної тривожності виражений: сягає помірною та високого рівня, пропорційність майже однакова у обох вікових категоріях.

Рівень особистісної тривожності у опитуваних жінок також сягає високого та помірною рівня, проте аж 71,5 % опитуваних жінок молодого віку мають високий рівень особистісної тривожності (дивись Рис.2.6).



*Рис. 2.6.* Рівень особистісної тривожності жінок молодого та старшого віку.

Тобто на превеликий жаль, близько 95 % відсотків опитуваних жінок мають помірний та високий рівень тривожності.

Отримані дані досить високого рівня тривожності спонукають до думок, що або потрібно переглядати норми оцінювання тривожності, або ж підвищений рівень тривожності міг і спровокувати зниження захисних функцій організму, та як наслідок – захворювання на COVID-19.

Як вже згадувалось вище (при аналізі отриманих даних за шкалою депресії Бека), в анамнестичній анкеті респондентки оцінювали свій емоційний стан до моменту захворювання на COVID-19. Близько двох третіх опитуваних відмічали занепокоєння своїм емоційним станом до захворювання. Знову допускаю, що або це реалії сучасного життя – підвищений рівень стресу, тривожності тощо, або ж перенавантаження негативною інформацією пов'язаною з COVID-19 у засобах масової інформації [33, 39, 63].

Кореляційний аналіз показав відсутність взаємозв'язку з сімейним станом, фінансовим становищем, наявністю дітей, регіоном проживання, емоційним станом чи скаргами на свій емоційний стан до моменту захворювання на коронавірусну інфекцію з рівнем тривожності. Проте є пряма кореляція між усіма шкалами (див. Табл. 2.3).

Табл. 2.3.

### Кореляція між інтегральними показниками за трьома шкалами

Шкали	Величини	Тривожність ситуативна	Тривожність особистісна	Шкала Бека
Тривожність ситуативна	Pearson's r	—		
	p-value	—		
Тривожність особистісна	Pearson's r	0.793 ***	—	
	p-value	<.001	—	
Шкала Бека	Pearson's r	0.737 ***	0.713 ***	—
	p-value	<.001	<.001	—

Аналізуючи дані отримані з опитувальників тривожності Спілбергера та шкали депресії Бека, можна дійти висновку, що емоційний стан жінок, що перехворіли на COVID-19 є незадовільним: надзвичайно високий рівень тривожності мають респондентки та третина мають помірні, виражені та тяжкі прояви депресії.

До моменту захворювання на коронавірусну інфекцію респондентки з вікової групи 46-55 років у більшості не помічали за собою негативних проявів свого емоційного стану, проте після захворювання ситуація змінюється в негативну сторону. Присутні і симптоми депресії різного ступеню прояву, а ось рівень тривожності як ситуативної, так і особистісної є помірним та високим. Тобто сучасна жінка має високий рівень тривожності як власну особистісну рису, так і реакцію на певні ситуації.

Тобто як висновок з отриманих даних, можна сказати, що перенесення коронавірусної інфекції все ж таки спричинює виникнення депресії як мінімум в третини випадків, при цьому також більшість респонденток мають високий рівень особистісної та ситуативної тривожності, що в свою чергу могло і

підвищити імовірність зараження коронавірусом. Дане питання для мене є відкритим, оскільки відомо, що стрес негативно впливає на імунну систему. Також у ході даного дослідження було отримано досить цікаву інформацію: особи, що попри пандемію та карантинні обмеження продовжували вести активний спосіб життя, подорожували, зустрічались із друзями, не були привиті тощо – не мали в своєму анамнезі захворювання на COVID-19, що знову ж таки змушує задуматись над компонентом стресового та тривожного стану особистості, як фактором збільшення імовірності захворювання на COVID-19.

## Висновки до розділу 2

Діагностика емоцій представляє певну проблему. У чистому вигляді оцінити і виокремити емоцію майже неможливо; існують методи дослідження тривожності, агресивності, оптимізму, песимізму, сором'язливості тощо.

Можна досліджувати емоційні стани експериментальним шляхом, занурюючи піддослідних у певні змодельовані обставини, слідкувати за проявами емоцій, їх описувати, шукати причинно-наслідкові зв'язки. Експериментальний метод має як свої переваги, так і недоліки. Більш практичним для реалізації є шлях проведення опитування піддослідних, використовуючи перевірені, надійні, валідні, апробовані тестові методики.

Для оцінки емоційного стану жінок, що перехворіли на коронавірусну інфекцію COVID-19 в даній роботі використовувались опитувальники «Шкала тривоги Спілбергера» та «Шкала депресії Бека». За допомогою першого опитувальника можна було оцінити рівень особистісної тривожності та реактивної (ситуаційної) тривоги, за допомогою другого – оцінити наявність значущих симптомів депресії.

Особистісна тривожність є конституційною межею, що зумовлює схильність сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. При високій особистісній тривожності кожна з цих ситуацій матиме стресовий вплив на суб'єкт і викликатиме у нього виражену тривогу.

Стан реактивної (ситуативної) тривоги виникає при попаданні в стресову ситуацію та характеризується суб'єктивним дискомфортом, напруженістю, занепокоєнням та вегетативним збудженням. Зіставлення результатів з обох підшкал дає можливість оцінити індивідуальну значущість стресової ситуації для випробуваного.

В свою чергу шкала депресії Бека розроблена на основі клінічних спостережень, дозволяє виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії та найпоширеніших скарг пацієнтів.

В ході проведення даного дослідження було виявлено, що мінімум 33% жінок, що перенесли захворювання COVID-19 мають негативні наслідки у вигляді помірної чи вираженої депресії, що не може не бентежити, бо отриманий відсоток досить великий. А ось рівень тривожності досить високий у всіх вікових категоріях респонденток, і лише 7% опитуваних мають низький рівень тривожності. Можливо мала вплив не сама перенесена хвороба, але рівень напруги, який транлюють засоби масової інформації навколо коронавірусної інфекції. Також, на мою думку, суттєво вплинув локдаун на психіку та емоційний стан людей.

Як висновок, з отриманих даних, можна сказати, що перенесення коронавірусної інфекції спричинює виникнення депресії в третини випадків, при цьому більшість респонденток мають високий рівень особистісної та ситуативної тривожності. Завдяки анамнестичній анкеті було встановлено, що опитувані перебували у стресовому стані ще до моменту захворювання, що в свою чергу могло підвищити імовірність зараження коронавірусом. Але це вже зовсім інше дослідження.

## **РОЗДІЛ III. ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ РОБОТИ З ПОСТКОВІДНИМИ СТАНАМИ**

### **3.1. Робота психолога з особами, що перенесли важкі інфекційні хвороби**

Психологія як наука про поведінку та психічні процеси акцентує увагу на навчанні та знаннях про такі аспекти (наприклад, розвиток протягом життя, навчання, мотивації, переживання, емоції, пізнання, соціальна поведінка та установки, особистість тощо). Крім того, важливо зрозуміти, як біологічні, поведінкові та соціальні фактори впливають на здоров'я та ймовірності розвитку хвороби [59].

Тяжка інфекційна хвороба – це випробування не лише для організму людини, а й для психіки особистості. Як вже говорилося в попередніх розділах, тяжкість наслідків залежить від того, на скільки складно протікала хвороба, чи є наслідки для тілесного та ментального здоров'я, чи мала людина до моменту захворювання проблеми зі здоров'ям, будь-які проблеми в соціальному плані, можливо на роботі, в стосунках, фінансові труднощі, ментальні розлади тощо [25].

Успіхи психологічних, медичних і фізіологічних досліджень привели до нового способу мислення про здоров'я та хвороби. Здоров'я та хвороба розглядаються як продукт комбінації факторів, включаючи біологічні характеристики (наприклад, генетичну схильність), поведінкові фактори (наприклад, спосіб життя, стрес, переконання щодо здоров'я) та соціальні умови (наприклад, культурний вплив, сім'я), відносини та соціальна підтримка). Така концептуалізація здоров'я та хвороби має багато наукових і практичних переваг [34].

При контакті з інфекційним агентом лише у частини людей розвивається клінічна хвороба, а тяжкість і тривалість симптоматики у тих, хто захворів, дуже різняться. Існують також істотні незрозумілі відмінності між людьми в

процесі реактивації прихованих вірусних інфекцій. Причини мінливості відповіді недостатньо зрозумілі, і можливості того, що психологічні фактори відіграють певну роль, приділяється підвищеній увазі [74].

Тобто однозначно можна сказати, що тяжка інфекційна хвороба матиме певні наслідки для людини, а ось на скільки вони будуть значущими буде залежати від багатьох факторів. В однієї людини хвороба середньої тяжкості перебігу матиме одні наслідки, а в іншій такий самий перебіг захворювання на тяжку інфекцію – зовсім інші (як для тілесного, так і для ментального здоров'я) [67].

Історично існував перебільшений страх, пов'язаний із інфекцією, порівняно з іншими станами. Інфекція має унікальні характеристики, які пояснюють цей непропорційний ступінь страху: вона передається швидко і непомітно; історично це було причиною захворюваності та смертності; знову з'являються старі форми і з'являються нові; і ЗМІ, і суспільство часто вражені. Оскільки під час спалаху пацієнт є і жертвою, і переносником, і оскільки існує можливість порушення особистих прав, щоб контролювати спалах, інфекція може розглядатися (і була зображена в масовій культурі) як вторгнення чужинця [47].

Також є очевидним той факт, що передумови захворювання – теж вагомий фактор, але він не є однозначним [48]. Тобто, наприклад, для особи, яка хворіє на важку інфекційну хворобу, мала досвід лікування свого тіла, хвороба може і не створити подальших проблем, оскільки досвід реагування є, людина розуміє, які медикаменти їй потрібні, до яких спеціалістів звертатися, в якому випадку потрібно викликати швидку, а коли можна заспокоїтись та просто дати тілові належний відпочинок для відновлення. Та ж сама ситуація і з ментальними проблемами: якщо особа має досвід психотерапії чи хоча б психологічного консультування, розуміє, які в неї є проблеми, як з ними справлятися, то при загостренні симптомів є висока ймовірність того, що напрацьований досвід буде втілений у життя, тобто людина ознайоmlена з техніками самопомоги. І це чудово.

Зовсім інша ситуація складеться в особи, яка не мала досвіду догляду ні за своїм тілесним здоров'ям, ні за ментальним. Тобто існуючі проблеми зі здоров'ям чи з психікою можуть застати зненацька, можуть зрости та вірогідно можуть також ускладнити і процес одужання від інфекційної хвороби [41].

Хочеться також наголосити на тому, що в більшості випадків тяжка інфекційна хвороба більш чи менш зіштовхне хворого з серйозними питаннями – питання життя та смерті. Страх смерті. Цей страх нагряне людину в більшій чи меншій мірі. Якщо при захворюванні існує велика імовірність летальних випадків, чи як у випадку із корона вірусною інфекцією система охорони здоров'я була місцями просто перевантажена і не мала змоги надати необхідної та гідної медичної допомоги – ймовірність летального завершення захворювання, на жаль, зростає [34]. Тобто питання життя і смерті постане перед людиною, і дуже важливим буде те, щоб людина не втрачала надії на те, що саме її випадок захворювання поповнить статистику з позитивним фіналом.

І отримуємо наступне: емоційний стан, стійкість психіки, позитивне мислення, віра та надія на благополучний перебіг захворювання, навіть при наявності проблем зі здоров'ям, є дуже важливим чинником. Чинником, який збільшить імовірність на одужання та благополучний перебіг захворювання та чинником, який покаже необхідність звернення до спеціаліста.

Психологи, як професіонали, чия підготовка присвячена вивченню людської поведінки, відіграють важливу роль у розробці стратегій поведінкових змін та у розробці відповідей громадського здоров'я на інфекційні захворювання [20].

Саме тому допомога та турбота про ментальне здоров'я, тобто робота з психологом у випадку перенесення важких інфекційних захворювань є дуже важливою та корисною.

Рекомендації для відновлення психоемоційного стану хворого можуть бути наступними.

Першою та головною рекомендацією буде – дотримуватись рекомендацій лікарів. Коли тіло хворе досить важко вести повноцінний спосіб життя. Тому першим і найголовнішим буде турбота про власне тіло. Ця рекомендація актуальна не лише для відновлення після важкої інфекційної хвороби, а й будь-кому в повсякденному житті. А ось після захворювання на різного роду важкі інфекційні хвороби – слідкувати рекомендаціям лікаря, можливо відносно прийому ліків, способу життя, можливо дотримання дієти тощо, є дуже і дуже важливим компонентом відновлення.

Другою рекомендацією буде дотримання психогігієни. Тобто збереження та зміцнення психічного здоров'я шляхом виконання певних практичних заходів та рекомендацій [53].

Основними правилами психогігієни, які в 1908 році були сформульовані К. У. Бірсом та А. Майєром, являються:

1. Турбота про збереження психічного здоров'я, профілактика психічних та нервових захворювань та дефектних станів.
2. Поліпшення лікування психічно хворих і догляд за ними.
3. Роз'яснення значення психічних аномалій для проблем виховання, економічного життя, злочинності та взагалі людської поведінки [53].

Тобто психічна гігієна включає в себе всі заходи, які служать для захисту і підтримки психічного здоров'я. Це включає звички способу життя і моделі поведінки, які підтримують людей, які страждають від стресу (наприклад, стрес) займатися, а також щоденні «заходи догляду» за душею [51].

Наступною рекомендацією буде робота з психологом відносно негативних думок різного характеру, які скоріш за все виникатимуть у хворого. Тому що хвороба могла спричинити соціальну ізоляцію, або як мінімум, зменшення соціальних контактів в активній фазі захворювання. Факт ізоляції може переноситись різними особами по-різному. Зрозуміло, що більш інтровертивні особистості будуть менше страждати від обмежень у спілкуванні, а ось екстравертам може бути значно важче впоратись з цією проблемою. Тобто при необхідності та за можливості, потрібно знайти спосіб

подолати соціальну ізоляцію хворого. І у роботі з психологом можна, чи навіть необхідно, обговорювати проблеми, які турбують хворого. Особливо корисним буде психологічне консультування у випадку виникнення суттєвих змін у житті хворого: чи то вагома шкода для здоров'я, чи фінансові труднощі, втрата роботи тощо.

Отже, при роботі з хворим, що переніс важку інфекційну хворобу, окрім того, що необхідно дотримуватись рекомендацій лікарів щодо лікування та періоду відновлення, задачами психолога є:

- допомогти хворому знизити рівень стресу;
- пояснити важливість та способи догляду за своїм психічним здоров'ям;
- працювати з негативними думками хворого;
- допомогти хворому не боятись думок про смерть;
- наголошувати на важливості мислити критично, особливо це стосується інформації отриманої із засобів масової інформації;
- допомогти справитися з наслідками хвороби, якщо такі матимуть місце (чи з психологічними наслідками, чи прийняти зміни в соціальному статусі хворого, чи врівноважити емоційний стан, щоб прийняти іншого роду зміни, які тягне за собою перенесене захворювання).

Бувають випадки, що просто психологічною підтримкою чи психологічним консультуванням не допомогти, тому що існує ряд інфекційних захворювань, що можуть призвести до утворення психічних розладів [39]. В цьому випадку необхідна діагностика стану, можливе медикаментозний супровід, в тяжких випадках – стаціонар, але цим вже займатиметься лікар психіатр. Можливо робота з хворим, що переніс інфекційне захворювання, буде складатися з тандему психіатра та психолога.

В залежності від наслідків хвороби, тобто, якщо наслідки є і вони негативного характеру, пацієнт може мати і тривожні розлади, може розвинути депресія, навіть суїцидальні думки. Тому важливою рекомендацією також

стане психодіагностика, або хоча б консультація з психологом чи психіатром після одужання задля уникнення негативних наслідків для психіки.

З ростом кількості інфекцій та стрімкості їхніх мутацій, людської мобільності та зростанням ймовірності заразитися та передавати ці інфекції, можна припустити, що захворюваності будуть, а отже попит на психологів у лікарнях та медичних установах зростатиме, і клінічна психологія здоров'я ставатиме однією з найважливіших дисциплін у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, психологи як постачальники поведінкового здоров'я відіграють важливу роль у розумінні того, як біологічні, поведінкові та соціальні фактори впливають на здоров'я та хвороби [35]. Вони мають підготовку, навички та знання, щоб зрозуміти, як основні поведінкові та когнітивні процеси (наприклад, пізнання, емоції, мотивація, розвиток, особистість, соціальна та культурна взаємодія) готують організм до розвитку дисфункцій. З іншого боку, вони навчені розуміти, як змінюються ці поведінкові та когнітивні функції, фактори, які сприяють їх зміні, і як ці дисфункції діагностуються та лікуються. Вирішуючи такі проблеми, вони також навчаються та вміють використовувати кілька психологічних, психодіагностичних і психотерапевтичних прийомів, які допомагають і впливають на здатність людей функціонувати в різноманітних умовах і ролях. Крім того, вони допомагають людям змінити свою поведінку та спосіб життя, щоб запобігти проблемам зі здоров'ям і одужати. Психолог залюбки запропонує методи для профілактики та лікування захворювань, зміцнення та підтримки здоров'я, виявлення психологічних факторів, які сприяють фізичним захворюванням [17, 32].

Якщо хворий намагається принести здорові зміни у своє життя, боретися з початком хвороби або стикається з будь-якими іншими проблемами зі здоров'ям, звернення до психолога – це один із способів стати на правильний шлях. Проконсультувавшись з одним із цих фахівців, можливим буде отримати доступ до підтримки та ресурсів, призначених для того, щоб

допомогти людині впоратися з хворобою та досягти позитивних змін та цілей у сфері охорони здоров'я.

Отже, клінічна роль психологів як медичних працівників різноманітна з різними сферами надання медичної допомоги (первинна, вторинна та третинна допомога) та різноманітними субспеціальностями. Загалом, психологи оцінюють, діагностують та лікують психологічні проблеми та поведінкові дисфункції, які є результатом або пов'язані з фізичним та психічним здоров'ям. Крім того, вони відіграють важливу роль у пропаганді здорової поведінки, попередженні захворювань та покращенні якості життя пацієнтів. Вони виконують свої клінічні ролі відповідно до строгих етичних принципів і кодексу поведінки [20].

### 3.2. Програма інтервенції для осіб, що перехворіли на COVID-19

Відштовхуючись від результатів, які були отримані у нашому дослідженні спробуємо скласти програму інтервенції для осіб, що перехворіли на COVID-19. Перед проходженням опитування для даного дослідження, опитувані заповнювали анамнестичну анкету. В анкеті були поставлені деякі питання відносно емоційного стану опитуваних, їхнє суб'єктивне бачення свого стану та об'єктивне, якщо було звернення до спеціалістів з охорони психічного здоров'я. І що цікаво досить велика кількість опитуваних відмічали в себе нестійкий емоційний стан, підвищений рівень тривоги, проблеми зі сном тощо. І в результаті пройдених тестувань на виявлення рівня особистісної тривожності, ситуативної тривожності та симптомів депресії, було виявлено, що надзвичайно велика кількість опитуваних мають середній та високий рівні тривоги, та дві третіх опитуваних мають прояви депресії різного рівня.

Тому зрозумілим буде, що через наявність чи розвиток у опитуваних жінок, що перехворіли на COVID-19, високого рівня тривожності та проявів депресії, програму інтервенції спрямуємо на зниження рівня тривоги та запобігання утворення депресивних розладів [9, 39].

Обґрунтування необхідності звернення за кваліфікованою психологічною допомогою особам, що перенесли тяжку інфекційну хворобу було надано у попередньому розділі. Тому наразі мова піде про конкретні шляхи та методи психологічної допомоги особам, що перехворіли на коронавірусну інфекцію.

Першим кроком буде так само як і для будь-якої особи, що перенесла важку інфекцію – це дотримуватись порад лікарів відносно періоду відновлення після хвороби. Спочатку тіло, а потім душа. Необхідно буде приділити час не лише медикаментозному лікуванню, а й слідкувати за режимом сну, вдосталь відпочивати, мінімізувати фізичне навантаження, мати повноцінне харчування сповнене овочами та фруктами, пити вдосталь води, яка допомагає знімати інтоксикацію, виводити з організму продукти розпаду

гормонів стресу та адреналіну, відслідкувати та збалансувати в організмі рівень вітамінів, мікро та макроелементів [42].

Наступною порадою буде – уникати психічного навантаження. Кожна людина знає ті чи інші ситуації, що можуть вивести її зі стану рівноваги. Чи то робота, чи домашні справи, чи можливо перегляд телевізійних передач, чи спілкування з людьми, з якими є розбіжності думок тощо. Бо можливо одна людина радіє тому, що вона повертається до роботи, дуже на це чекала і отримує задоволення, виконуючи свої робочі обов'язки, а іншій особі робочий процес дається важко. Для когось висадка квітів чи можливо овочів в своєму підвір'ї – то велика радість та свого роду медитація, а для когось навпаки момент стресу та небажання тим займатись. Всі психонавантажувальні обставини дуже унікальні, тому єдиної поради чи то йди чи не йти на роботу, саджати квіти для врівноваження нервової системи чи забути про ті квіти, чи готувати їжу чи лише лежати відпочивати і перший час просити допомоги в цьому питанні – не буде. Це процес індивідуальний, але головним буде уникання стресових для себе ситуацій [42, 48].

Далі буде важливим питання відносно психогігієни. Почати з профілактики психічних розладів, не чекати коли вони «нагрянуть». Багато психологів працюють саме в області профілактики, зосереджуючись на тому, щоб допомогти людям зупинити проблеми зі здоров'ям, перш ніж вони почнуть. Це може включати в себе допомогу не лише тим, хто переніс інфекційні хвороби, а й, наприклад, підтримувати здорову вагу, уникати ризикованої або нездорової поведінки та підтримувати позитивний погляд, який може боротися зі стресом, депресією та тривогою [33].

Також досить багато статистичних досліджень [22] говорить про те, що тривожні та депресивні розлади з великою імовірністю з'являться у першому півріччі після перенесеного COVID-19. Тобто має місце розвиток так званого постковідного синдрому, головною ознакою якого є астеничний синдром [6]. Тому звернення до психолога у якості профілактики – обґрунтована порада.

Ще однією частиною психогігієни буде порада мати власну тривалу (хоча б від півроку) психотерапію. Чому? Близько семидесяти відсотків респондентів, що брали участь у даному дослідженні відмічали в себе пригнічений стан, нервову перенавантаження, підвищений рівень тривоги ще до моменту захворювання на COVID-19. Саме з цього я можу припустити, що можливо саме такий стан спричинив уразливість організму до інфекції, можливо, що саме стійкий стрес спричинив пригнічення імунітету [19]. Але це вже зовсім інше дослідження.

Чому можна іще так припустити? А саме тому, що багато осіб, яким було надіслане посилання для проходження опитування відповідали, що не можуть прийняти в ньому участь через те, що вони не хворіли на коронавірусну інфекцію, хоча вели досить активний спосіб життя і продовжували відвідувати місця скупчення людей, продовжували подорожувати. Якщо ж вони це робили, то ймовірно через те, що вони отримували від цього задоволення, і скоріш за все в них був високий чи хоча б вище середнього рівень задоволеності життям, а рівень стресу, навпаки нижчий, оскільки відвідувати місця скупчень людей продовжувалось під час пандемії, а отже і тривоги з приводу ймовірного зараження не було [20].

А як же в цьому питанні допомогла б психотерапія? А ось як. Якщо особа помічала за собою тривожні думки, погане емоційне самопочуття, проблеми зі сном тощо, то вона могла винести ці питання у ході терапії і знизити ці тривожні фактори. І можливо, можна було б не доходити до стану психічного перенавантаження і, як наслідок, зниження імунітету [20, 22]. Але це ще порада відносно профілактики психологічних захворювань, які мали б місце до моменту захворювання.

Давайте розглянемо випадок, коли захворювання на COVID-19 сталося і воно призвело до проблем із психоемоційним станом, як у більшості осіб, що пройшли опитування у даному дослідженні. Яким чином може відбуватись відновлення за допомогою знову ж таки тієї ж психотерапії [32, 37]?

Радити певний метод психотерапії не доцільно, оскільки це особиста справа кожного. Але для прикладу коротко наведу протокол роботи методом когнітивно-поведінкової терапії з ковід-асоційованою тривогою та феноменом посттравматичного зростання на фоні пандемії [35], який передбачає розв'язання даних проблем за п'ять-шість сесій. Протокол було розроблено Центром Когнітивної та Поведінкової Терапії (ССВТ) та Службою Первинної медичної допомоги Центрального Огайо (СОРС) [40, 68] та включає в себе такі кроки:

- 1 сесія: оцінка симптомів тривоги та депресії. На цій сесії клієнтові будуть запропоновані спеціальні опитувальники, завдяки яким буде оцінено вихідний емоційний стан клієнта. Також будуть задаватися розгорнуті питання для виявлення клієнтом негативних думок та установок стосовно COVID-19. Також необхідно з'ясувати наявні проблеми соціального характеру: стосовно можливої втрати роботи, фінансове становище, яке могло постраждати через карантинні обмеження, ситуацію в стосунках тощо. Необхідно чуйно та уважно вислухати клієнта та запланувати наступну зустріч. Можливо саме запланована зустріч дасть відчуття, що людина може щось контролювати та щось планувати, що буде вимістити свою тривогу в разі її виникнення між сесіями [40, 68].

- 2 сесія: залучення в КПТ тривоги, пов'язаної з пандемією. На даній сесії доцільним буде провести з клієнтом мотиваційне інтерв'ю. Також необхідно виявити емоційні стани, що супроводжують тривогу стосовно ковід. Скоріш за все буде виявлені такі почуття як страх, безсилля, відчай тощо. І головним є те наголошення на тому, що прояви цих емоцій – це нормально. Показати, що виникнення тривоги служить спонуканням до дій, можливо тих дій, які створять безпечне середовище під-час пандемії. Тобто донести до клієнта, що почуття тривоги під-час пандемії – це цілком нормальна та здорова реакція. Необхідно також виявити тригери, які передують виникненню почуття тривоги. В ідеалі, донести до клієнта модель, яка передбачає не уникнення тригерів, а виявити альтернативні уникненню дії. Також на цій сесії

ознайомлюють клієнта з FEAR (F-eelings (відчуття), E-xpecting (очікування поганого), A-lternative (альтернативні думки та кроки), R-esalts (результати та нагороди)) моделлю, оскільки надалі буде вестись робота саме завдяки цій моделі. Також наприкінці сесії необхідно отримати зворотній зв'язок від клієнта, спитати, що корисного було отримано на сесії та назначити наступну зустріч [40, 68].

- 3-5 сесія: застосування моделі ковід-коупінгу на основі моделі FEAR (F-eelings, E-xpecting, A-lternative, R-esalts) для подолання тривоги Ковід-19. На цих сесіях пропонується створити з клієнтом ієрархію від 3 до факторів-тригерів дискомфорту до тривоги, що провокує пандемія. Потрібно класифікувати тригери, що провокують надмірну реакцію, а які уникнення. Наступним кроком є пристосувати протокол FEAR до уникнення. Дуже бажано навчити клієнта працювати з моделлю FEAR, також можна дати домашнє завдання використовувати дану модель та винагороджувати себе за кожен успіх. Далі потрібно перейти до створення плану трьох експериментів для найнижчого фактора з ієрархії та запропонувати клієнту подумати над трьома доводами чому йому вдасться впоратися с тривогою пов'язаною з ковід у цих експериментах. Наприкінці роботи рекомендовано запитати у клієнта як у повсякденному житті від зможе застосовувати модель FEAR, необхідно нагадати про дотримання карантинних вимог та в цілому попросити зворотній зв'язок відносно пройдені роботи, можливо запропонувати зустрітись для фінальної сесії [40, 68].

Звісно відомо, що існує багато різних видів психотерапії, але «золотим стандартом» у роботі з тривожними та депресивними розладами вважається саме когнітивно-поведінкова терапія, саме тому в даній роботі наведений протокол роботи з тривогою саме у даному методі психотерапії. Протокол був розроблений саме під-час пандемії, для роботи з труднощами, що виникатимуть у людей через ковід.

Загалом, методи психологічної корекції мають підбиратися індивідуально та обов'язково мають врахувати наступні чинники:

- емоційний стан особи, до моменту захворювання;
- перебіг захворювання;
- відношення та реакція хворого на своє захворювання.

Про кожен пункт скажемо більш детально.

Враховуючи емоційний стан особи до моменту захворювання будуть вноситись поправки і в самій роботі, і в кількості сесій, і, можливо, вирішуватиметься питання медикаментозного супроводу. Зрозуміло, що особа, яка і до моменту захворювання на COVID-19 мала проблеми із ментальним здоров'ям, потребуватиме більш тривалої терапії для вирішення не лише розладів, що з'явилися в зв'язку з перенесеним захворюванням [39].

Перебіг захворювання. Теж дуже важливий момент. Одна справа, якщо людина отримувала лікування амбулаторно, мала легкий перебіг захворювання, не втратила через захворювання роботу, мала таку змогу, щоб за нею хтось доглядав під-час хвороби, то це один випадок. А ось, якщо людина мала середньої тяжкості перебіг, або тяжкий, потрапила в лікарню і було очевидцем летальних випадків від такого ж захворювання як в неї, втратила через хворобу роботу, потрапила у важке фінансове становище тощо, це все має враховуватись, оскільки могло являтися посилюючим фактором для розвитку депресивних та тривожних розладів [42].

Іще одним не мало важливим фактором для розуміння стану пацієнта є його особисті переживання та його відношення до вірусу, до пандемії та свого кейсу захворювання на ковід. Цей пункт, напевне, найменш потребує пояснення, тому що зв'язок в цілому зрозумілий: чи більше тривоги, пов'язаної з вірусом та страхом захворіти ним – тим більше ймовірне погіршення емоційного стану хворого як у момент хвороби, так і після одужання. І навпаки: чим менше страху перед хворобою – тим менший вплив на психоемоційний стан може статися після одужання [63].

Якщо ж бажання звернутись по кваліфіковану допомогу до психотерапевта відсутнє, то можна скористатись наступними порадами самопомоги.

В першу чергу необхідно подбати про сон. Режим сну має бути регулярним, потрібно уникати кофеїну та екранів перед сном. Корисно займатися заходами, які сприяють заспокоєнню, наприклад, приймати ванну або читати книгу.

Наступною порадою буде залишатись на зв'язку. Важливо підтримувати соціальні зв'язки з друзями та родиною.

Чудовим буде займатись приємними видами діяльності, робити речі, які приносять задоволення.

Задля зниження рівня тривоги необхідне відчуття контролю. Можна зосередитись на речах, які можна проконтролювати, планувати свій день, планувати відпочинок, ставити невеликі завдання та відмічати їх як виконані.

Почуття надії. Можна поговорити з іншими про свій досвід, але необхідно переконатись, що це збалансовано позитивними моментами у житті.

Також, можливо корисним буде встановити вдома розпорядок дня і бути організованим. Знайти єдине місце, щоб покласти ключі, телефон і щоденник, скласти список справ, встановлювати будильники як нагадування.

Управління втомою. Потрібно уникати перенапруження, відпочивати, коли це необхідно, і чергувати складніші завдання на мислення з низькими витрати енергії.

Стратегії подолання. Використовувати стратегії подолання, які добре працювали у минулому, і уникати некорисних стратегій (кофеїн, алкоголь, наркотики тощо).

І знову ж таки – турбота про тіло. Необхідно залишатись активними та регулярно виконувати фізичні вправи за рекомендаціями лікаря. Їсти і пити здорову їжу, невеликими і регулярними прийомами їжі. Отримувати якомога більше сонячного світла, природи та свіжого повітря [71].

Отже, з усього вище обґрунтованого, план інтервенції для осіб, що перенесли захворювання на нову коронавірусну інфекцію COVID-19 узагальнено буде виглядати таким чином:

- дотримуватись рекомендацій лікарів;

- психогігієна;
- уникати психічного навантаження та стресових факторів;
- медитативні практики, арт-терапія, йога;
- психотерапія як профілактика тяжкого перебігу захворювання;
- та психотерапія як інструмент відновлення психоемоційного стану після перенесеного захворювання.

Знову ж таки нагадаю, що метод психотерапії має обиратись індивідуально, виходячи з власних вподобань особи, виходячи з її досвіду, стилю мислення та сприйняття інформації, тобто підібрати та знайти «свій» метод психотерапії. Але, все таки, головною порадою буде не віднайти «свій» метод психотерапії, а зустріти «свого» терапевта, оскільки лікує не метод, а Душа терапевта [64].

### Висновки до розділу III

Оскільки все більше людей намагається піклуватися про своє здоров'я, як фізичне, так і ментальне, все більше людей шукають інформацію та ресурси, пов'язані зі здоров'ям. Психологи зосереджені на навчанні людей щодо власного здоров'я та благополуччя, тому вони ідеально підходять для задоволення цього зростаючого попиту.

Саме тому однією з найперших рекомендацій для осіб, що перехворіли, або ще краще – ще не хворіли ані на COVID-19, є профілактика. Під профілактикою розумію: дотримання режиму сну, повноцінне харчування, фізичні вправи, зниження або уникнення стресових факторів, психогігієну, психотерапію, уникнення психічного навантаження. Пам'ятаємо, що спочатку тіло, а потім – психіка.

У разі ж захворювання на будь-яку важку вірусну хворобу дуже важливим моментом буде – дотримуватись рекомендацій лікарів. Саме спільною працею зі сторони лікаря, пацієнта та психолога можна досягти бажаних цілей відносно свого фізичного та ментального здоров'я.

Після ж перенесеного захворювання на COVID-19 рекомендована консультація з психологом після перенесеного захворювання, через три місяця, через півроку, а далі за необхідністю. У разі роботи з психологом відносно підвищеного рівня тривоги та появу депресивних розладів рекомендована робота з психологом, за необхідності медикаментозного втручання – у парі з психіатром.

На сьогодні «золотим» стандартом у роботі з тривожними та депресивними розладами на сьогодні вважається когнітивно-поведінкова терапія. Складено навіть протокол роботи із тривогою, що виникає у зв'язку з коронавірусною інфекцією та пандемією. Саме тому в даній роботі розглянуто та рекомендовано як інструмент психотерапії протокол роботи методом когнітивно-поведінкової терапії з ковід-асоційованою тривогою та феноменом посттравматичного зростання на фоні пандемії.

У даному протоколі запропоновано роботу з даною проблемою протягом 5-6 сесій за таким планом:

- 1 сесія: оцінка симптомів тривоги та депресії.
- 2 сесія: залучення в КПТ тривоги, пов'язаної з пандемією.
- 3-5 сесія: застосування моделі ковід-коупінгу на основі моделі FEAR (F-eelings, E-xpecting, A-lternative, R-esalts) для подолання тривоги Ковід-19.

Звісно, що тривалість роботи з психологом буде варіюватись індивідуально та буде залежати від складності перебігу захворювання, від стану, в якому пацієнт «зайшов» у хворобу, від наслідків у різних сферах життя, які з'явилися у пацієнта завдяки перенесеному захворюванню та від особистого ставлення пацієнта до цього захворювання.

## ВИСНОВКИ

У ході написання даної роботи було виконано наступні завдання.

1. В першу чергу було проаналізовано наукову літературу з питань вивчення та дослідження емоційної сфери особистості. Було виявлено, що емоційна сфера особистості – це багатогранне утворення, що включає, крім самих емоцій, емоційні явища: емоційний тон, емоційні стани, емоційні властивості особистості, емоційні стійкі відносини (почуття). Кожне з них, на думку авторів, має диференційовані ознаки.

Емоційна сфера особистості являє собою сукупність властивостей людини, які характеризують зміст, якість та динаміку її емоцій і почуттів.

Розлади емоційної сфери полягають у хворобливих переживаннях тих чи інших емоційних станів. Основне порушення полягає у зміні емоційного стану у бік пригнічення або піднесення.

COVID-19, як і будь-який інший вірус, впливає на роботу багатьох систем організму та вражає не тільки дихальні шляхи та легені, але й центральну нервову систему. Ці органічні ушкодження призводять до того, що у людини розвиваються психічні та неврологічні порушення, що в свою чергу суттєво впливає на емоційний стан особистості.

2. Далі було проведено емпіричне дослідження щодо виявлення вікових особливостей емоційного стану жінок, що перехворіли на COVID-19.

Діагностика емоцій представляє певну проблему. Для оцінки емоційного стану жінок, що перехворіли на коронавірусну інфекцію COVID-19 в даній роботі були задіяні опитувальники «Шкала тривоги Спілбергера» та «Шкала депресії Бека». За допомогою першого опитувальника можна оцінити рівень особистісної тривожності та реактивної (ситуаційної) тривоги, за допомогою другого – оцінити наявність значущих симптомів депресії.

3. В результаті проведення даного дослідження було виявлено, що близько 33% жінок, що перенесли захворювання COVID-19 мають негативні наслідки у вигляді помірної чи вираженої депресії, що не може не бентежити,

бо отриманий відсоток досить великий. А ось рівень тривожності досить високий у всіх вікових категоріях респонденток, і лише 7% опитуваних мають низький рівень тривожності.

Взаємозв'язку з сімейним станом, фінансовим становищем, наявністю дітей, регіоном проживання, емоційним станом до моменту захворювання на коронавірусну інфекцію – не виявлено.

З отриманих даних, можна сказати, що перенесення коронавірусної інфекції спричинює виникнення депресії в третини випадків, при цьому більшість респонденток мають високий рівень особистісної та ситуативної тривожності.

4. Наступним кроком у даній роботі був розробка програми інтервенції для осіб, що перехворіли на COVID-19.

Рекомендацією для осіб, що перехворіли на COVID-19 може бути – після перенесення захворювання на COVID-19 обов'язково відновлювати не лише за фізичне здоров'я, дотримуючись порад лікарів, але й слідкувати своїм ментальним здоров'ям та емоційним станом, вчасно звертатись за кваліфікованою допомогою, тому що ризик виникнення депресії за отриманими у даному дослідженні даними сягає мінімум 33%, а підвищений рівень тривожності, в якому перебуває 95% опитуваних респонденток, можливо, і збільшує імовірність захворювання на COVID-19. Також було запропоновано терапію як метод профілактики розладів емоційної сфери, так і як метод роботи з особами, що вже перехворіли на COVID-19. «Золотим стандартом» психологічної допомоги зі станами депресії та підвищеним рівнем тривоги на сьогодні є когнітивно-поведінкова терапія, саме тому був розглянутий протокол роботи методом когнітивно-поведінкової терапії з ковід-асоційованою тривогою та феноменом посттравматичного зростання на фоні пандемії.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анохин, П.К. Эмоции / П.К. Анохин // Большая медицинская энциклопедия. – 2-е изд. – Т. 35. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1964. – С. 339–367
2. Бандура А. Подростковая агрессия: Изучение влияния воспитания и семейных отношений / А. Бандура, Р. Уолтерс. – М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 1999. – 512 с., с. 19
3. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология : руководство для врачей и клинических психологов. – Киев : Сварог, 2018. – 624 с.
4. Василевская, Н.С. Эмоции в педагогической профессии / Н.С. Василевская // Ярославский педагогический вестник. – 1999. – № 3–4. – С. 134–139.
5. Від інсульту до енцефаліту: як COVID-19 вражає мозок та нервову систему. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/news-52451658>
6. Вітенко І.С., Чабан О.С., Бусло О.О. Сімейна медицина психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. -187 с.
7. Вітенко Н.В. Общая и медицинская психология. К.:«Здоровье».-1994.-С.76-89.
8. Виллюнас В. К. Психология эмоциональных явлений. – М.: Астрель, 2000, 265с.
9. Все про вакцинацію від COVID-19 в Україні. URL: <https://vaccination.covid19.gov.ua/>
10. Гавенко В.Л., Вітенко І.С, Самардакова Г.О. Практикум з медичної психології. -Харків: Регіон – інформ, 2002. – 248 с.
11. Додонов, Б.И. Эмоция как ценность. / Б.И. Додонов. – М.: Политиздат, 1978
12. Загальна та медична психологія (практикум) під заг. редакцією І.Д. Спіріної., І.С. Вітенко. Дніпропетровськ: АртПрес, 2002. -175с.

13. Запорожец А. В. Воспитание эмоций и чувств у дошкольника / Под ред. А. Д. Кошелевой. – М.: Просвещение, 1985, 176 с.
14. Изотова Е. И. Эмоциональная сфера ребенка. – М.: Академия, 2004, 288с.
15. (11) Ильин Е.П., Эмоции и чувства / Е.П. Ильин. – СПб: Питер, 2011, 175с.
16. Клиническая психология: Учебник. – 2-е изд; дополн. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2002. – 864 с.
17. Ковалев С. В. Психология семейных отношений : Учебник / С. В. Ковалев. – М.: Педагогика, 1987. – 160 с., с. 49
18. Комплексна діагностика і фармакотерапевтична корекція афективних розладів внаслідок вживання опіоїдів та психостимуляторів : дис. канд. мед. наук: 14.01.17 / Самойлова Олена Степанівна ; АМН України, Ін-т неврології, психіатрії та наркології. - Х., 2006. - 160 арк.: рис., табл.
19. Корольчук М.С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я. – К., 2002.
20. Коронавірус в Україні – Статистика [05.11.2021 – Карта заражень, графіки], [index.minfin.com.ua](http://index.minfin.com.ua)
21. Коронавірус: статистика по странам. URL: <https://index.minfin.com.ua/reference/coronavirus/geography/>
22. Крайніков Е.В. Навчальна робоча програма з курсу – Вікова психологія (електронна вірсія). <http://www.socd.univ.kiev.ua>.
23. Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А. / Прикладная клиническая психология: учебное пособие . – СПб.: СПбГИПСР, 2012. – 444 с
24. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. / Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов – 2-е изд. – Г.: Медпресс-информ, 2005. – С. 9-23, 123-138.
25. Лебединский, М.С. Введение в медицинскую психологию / М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев. – Л.: Медицина, 1966. – 222 с.
26. Леонгард К. Акцентуированные личности. – М: Издательство: Эксмо-Пресс, 2002 г.. - 358 с.

27. Леонтьев, А.Н. Эмоции / А.Н. Леонтьев // Философская энциклопедия. Т. 5. – М.: Изд-во Московского университета, 1970. – 553 с.
28. Лісовенко А.Ф., Алещенко О.С. Медико-психологічні проблеми адаптації населення в умовах пандемії COVID-19. The II International Science Conference on Science and practical Technologies, January 26 – 29, 2021, Luxembourg, Luxembourg. p. 475-480. DOI - 10.46299/ISG.2021.II
29. Лурия Р.А.. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. (Изд. 4-е) Москва, Медицина, 1977. - 12с. 58
30. Максименко С. Д. / Загальна психологія – Вінниця: Нова Книга, 2004., с. 115-117
31. Максименко С.Д. Медична психологія. – К., 2009. Максименко С.Д. Патопсихологія. – К., 2009.
32. Мілютіна К. Форми психокорекційного впливу / К. Мілютіна. - К.: "ГЛАВНИК", 2007. - 143 с. 57
33. Медична газета, Тематичний номер «Неврологія, Психіатрія, Психотерапія» № 3 2020 р., <https://health-ua.com/multimedia/6/1/2/7/9/1603790837.pdf>
34. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан [2. вид.]. – Вінниця: – 2012. – 134 с.
35. Медична психологія (практикум) / Спіріна І.Д., Лисиця Г.І., Вітенко І.С. Дніпропетровськ: Поліграфіст, 1997. - 54с.
36. Медицинская психология: Учебник. – М.: Медицина, 2004. – 320 с.
37. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – 4-е изд.- Г.: “Медпресс-информ”, 2002. – С.3-61.
38. Немов, Р.С. Психологический словарь / Р.С. Немов. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2007. – 560 с.
39. Неврологічні прояви COVID-19, Спеціалізований медичний портал, <https://health-ua.com/article/62297-nevrologchn-proyavi-COVID19>
40. Нікода К., дипломна робота: Особливості когнітивно-поведінкової психотерапії та сфери психічного здоров'я під час пандемії COVID-19 у світі.

- URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2021/08/Nikoda-K.-Osoblyvosti-KPT-v-chasi-pandemiyi-KOVID-19.pdf>
41. Основи загальної і медичної психології /За ред. І.С.Вітенка і О.С.Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. - 344 с.
42. Основи медичної психології: навч.-метод, посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М, Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. - Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. – 255 с.
43. Офіційний інформаційний портал Міністерства охорони здоров'я України. Ситуація в Україні з COVID-19. URL: <https://covid19.gov.ua/>
44. Пандемія коронавірусної хвороби 2019. Матеріал з Вікіпедії – вільної енциклопедії. URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D1%96%D1%8F\\_%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%96%D1%80%D1%83%D1%81%D0%BD%D0%BE%D1%97\\_%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%B8\\_2019#cite\\_note-WHOпandemic2-2](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D1%96%D1%8F_%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%96%D1%80%D1%83%D1%81%D0%BD%D0%BE%D1%97_%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%B8_2019#cite_note-WHOпandemic2-2)
45. Полищук И.А., Видренко А.Е. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека. - Киев. «Здоровье», 1980. - 122с.
46. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Под ред. Д. Я. Райгородского. - Самара: Изд. Дом «Бархат», 2002. - С. 274-281.
47. Практикум по психологии / Под. ред. Н. Д. Твороговой. -М., 1997.
48. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / К.П. Кискер, Г. Фрай- берг, Г. К. Розе, З. Вульф. - М., 1999. - 504 с.
49. Психология. Словарь/Под.ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского.- М., 1990.- 494 с.
50. Результати отриманих досліджень, соціально-анамнестична анкета та опитувальник: <https://docs.google.com/forms/d/1UfuBgUgsSurvYgY-afU5LWrfxKu2c6npFFpxd5kWV0U/edit#responses>

51. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии. – Издательство: Питер, 2002, 720 с.
52. Рудестам К. Групповая психотерапия / К. Рудестам. - [2-е международное изд.]. -М. - СПб. : «Питер», 2006. - 373 с.
53. Середина Н. В., Шкуренко Д. А.. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология / Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов н/Д: «Феникс». – 512 с.. 2003
54. Скрипченко О. В. , Долинська Л. В. , Огороднійчук З. В. . Вікова та педагогічна психологія: Навчальний посібник. – К.: Просвіта, 2001. – 416 с., 145 с.
55. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. Том 2 / А.С. Спиваковская. - М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЗКСМО-Пресс, 2000. - 464 с.
56. Степанов О.М. Основы психології і педагогіки: Навч. посібник / О.М. Степанов, М.М. Фіцула. - [2. вид., випр., доп.]. -К.: Академвидав, 2006. - 520 с.
57. Терлецька Л. Основы психодіагностики /Л. Терлецька. - К.: "ГЛАВНИК", 2006. - 144 с.
58. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. - М.: Медицина, 1986. - 348 с.
59. Харди И. Врач, сестра, больной / И. Харди. - Будапешт, 1988. - 338 с.
60. Черепанова Е.М. Психологический стресс / Е.М. Черепанова. - М., 1996. - 127 с.
61. Шкала депрессии Бекка. Psylab.info – енциклопедии психодіагностики.  
URL:  
[https://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0\\_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8\\_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0](https://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0)
62. Шкала тревоги Спилбергера. Psylab.info – енциклопедии психодіагностики. URL:  
[https://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0\\_%D1%82](https://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D1%82)

%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%B8\_%D0%A1%D0%BF  
 %D0%B8%D0%BB%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D1%80%  
 D0%B0

63. ЮНІСЕФ: Негативний вплив COVID-19 на психічне здоров'я. Дітей та молоді – це лише вершина айсберга. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/impact-covid-19-poor-mental-health-children-and-young-people-tip-iceberg>

64. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии /И. Ялом. - СПб.: «Питер», 2000. - 640 с. 59

65. Яценко Т.С. Основы глубинной психокоррекции. Теория і практика: Навчальний посібник / Т.С. Яценко. - К.: Вища школа, 2006.

66. American Psychiatric Association Diagnostic Criteria from DSM-IV. Washington, American Psychiatric Association, 1994.

67. Center for Cognitive and Behavioral Therapy (CCBT) and Central Ohio Primary Care (COPC): Total Care through Co-Location. - Adapted Treatment Protocol for COVID19-Related Anxiety. / <https://ccbtcolumbus.com/wp-content/uploa>

68. Cizza G, Eskandari F, Coyle M, Krishnamurthy P, Wright EC, Mistry S, Csako G: Plasma CRP levels in premenopausal women with major depression: a 12-month controlled study. *Horm Metab Res* 2009;41:641-648.

69. Cognitive deficits in people who recovered from COVID-19, медичний журнал *The Lancet*, [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00324-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00324-2/fulltext)

70. COVID викликає психічні захворювання? Дослідження британських науковців. URL: <https://www.dw.com/uk/covid-vyklykaie-psykhichni-zakhvoriuvannia-doslidzhennia-brytanskykh-naukovtsiv/a-55574047>

71. Danner M, Kasl SV, Abramson JL, Vaccarino V: Association between depression and elevated C-reactive protein. *Psychosom Med* 2003;65:347-356.

72. Ford DE, Erlinger TP: Depression and C-reactive protein in US adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med* 2004;164:1010-1014.
73. Handbook of Human Stress and Immunity. 1994 : 301–319. Published online 2014 Jun 27. doi: 10.1016/B978-0-12-285960-1.50016-2
74. Häfner S, Baghai TC, Eser D, Schüle C, Rupprecht R, Bondy B, Bedarida G, von Schacky C: C-reactive protein is associated with polymorphisms of the angiotensin-converting enzyme gene in major depressed patients. *J Psychiatr Res* 2008; 42:163-165.
75. Kling MA, Alesci S, Csako G, Costello R, Luckenbaugh DA, Bonne O, Duncko R, Drevets WC, Manji HK, Charney DS, Gold PW, Neumeister A: Sustained low-grade pro-inflammatory state in unmedicated, remitted women with major depressive disorder as evidenced by elevated serum levels of the acute phase proteins C-reactive protein and serum amyloid A. *Biol Psychiatry* 2007;62:309-313.
76. Kraepelin E: Über Psychosen nach Influenza. *Dtsch Med Wochenschr* 1890;11:209-212.
77. Kraepelin E: Ziele und Wege der Psychiatrischen Forschung. *Z Ges Neurol Psychiatrie* 1918;42:169-205.
78. O'Neill LA: How frustration leads to inflammation. *Science* 2008;320:619-620.
79. Resta E, Mula S, Baldner C, Danyliuk I: Web are all in the same boat: How societal discontent affects intention to help during the COVID-19 pandemic. *Journal of community & applied. Social psychology*, 2022. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/casp.2572>
80. Saeed H. Wahass: The role of psychologists in health care delivery. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410123/>
81. Sartorius N, Maj M: Comorbidity of mental and physical disorders. URL: <https://www.karger.com/Article/Fulltext/365542>
82. SL Keng, MV Stanton, LAB Haskins, CA. Almenara, I Danyliuk: COVID-19 stressors and health behaviors: A multilevel longitudinal study across 86 countries -

Preventive medicine reports, 2022. URL:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211335522000717>

83. Steinberg H, Himmerich H: Emil Kraepelin's habilitation and his thesis: a pioneer work for modern systematic reviews, psychoimmunological research and categories of psychiatric diseases. *World J Biol Psychiatry* 2013;14:248-257.

84. Van Lissa, W Stroebe, NP Leander, M Agostint, I Danyliuk: Using machine learning to identify important predictors. Of. COVID-19 infection prevention behaviors during the early phase of the pandemic – *Patterns*, 2022. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666389922000678>

**Соціально-анамнестична анкета**

1. Ваша стать
2. Ваш вік
3. Регіон проживання
4. Ваш сімейний стан
5. Наявність дітей
6. Освіта
7. Ваш фінансове становище можна охарактеризувати як
8. Чи були Ви працевлаштовані на момент захворювання на COVID-19?
9. Чи втратили ви роботу через захворювання на COVID-19?
10. Якщо ви втратили роботу: Вас звільнили чи перестала існувати структура, в якій Ви працювали?
11. З ким Ви проживали на момент хвороби?
12. Чи мав нагоду хтось доглядати за вами чи допомагати Вам на момент хвороби?
13. Чи були ускладнення під-час хвороби?
14. Лікування проходило: амбулаторно чи вдома?
15. Чи зазнали ви фінансових проблем в зв'язку з захворюванням?
16. Чи звертались ви за спеціалізованою допомогою з приводу розладів настрою до моменту захворювання на COVID-19?
17. Якщо так, то до кого?
18. Чи мали ви скарги або незручності з пам'яттю до захворювання на COVID-19 (було важко пригадати чи запам'ятати інформацію)?
19. Чи мали ви скарги на свій рівень уважності до захворювання на COVID?
20. Чи помічали Ви за собою підвищений рівень дратівливості до захворювання на COVID-19?
21. Чи мали Ви складнощі зі сном (безсоння чи підвищена сонливість) до захворювання на COVID-19?
22. Чи помічали ви за собою перепади настрою до захворювання на COVID?

## ДОДАТОК Б

## Результати (інтегральні дані) опитувань

№	Вік опитуваних:	Тривожність ситуативна	Тривожність особистісна	Шкала депресії Бека
1	18-25	45	53	15
2	18-25	28	40	2
3	18-25	43	54	13
4	18-25	52	48	18
5	18-25	56	54	23
6	18-25	71	66	57
7	18-25	34	38	12
8	18-25	42	42	2
9	18-25	52	59	24
10	18-25	42	49	15
11	18-25	51	55	23
12	18-25	44	49	11
13	18-25	51	57	13
14	18-25	44	42	10
15	26-35	53	50	8
16	26-35	52	53	23
17	26-35	45	53	5
18	26-35	48	48	22
19	26-35	57	53	27
20	26-35	52	53	16
21	26-35	44	52	10
22	26-35	41	37	7
23	26-35	39	41	3
24	26-35	33	27	6
25	26-35	41	42	4
26	26-35	43	51	3
27	26-35	39	39	10
28	26-35	43	49	12
29	36-45	46	42	6
30	36-45	41	42	3
31	36-45	50	50	11
32	36-45	50	52	11
33	36-45	47	47	8
34	36-45	41	44	5
35	36-45	30	33	1
36	36-45	43	41	4
37	36-45	50	64	43
38	46-55	59	58	16
39	46-55	47	49	7
40	46-55	44	41	9
41	46-55	44	46	11
42	46-55	42	43	11
43	46-55	55	47	22
44	56-65	39	46	14