

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Статеві особливості тривожності осіб, що перенесли covid-19

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 201
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Квардакова Світлана Дмитрівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

К.мед.н., доц.
(наукова ступінь, вчене звання)

Прокопович Євгеній Михайлович
(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 1 ПРОБЛЕМА СТАТЕВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ОСІБ, В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ	5
1.1 Феномен тривоги в науковій літературі.....	5
1.2 Проблема постковідної тривожності в науковій літературі.....	10
1.3 Статеві особливості тривожності осіб, що перенесли covid-19, в науковій літературі.....	13
Висновки до розділу 1	15
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАТЕВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19	17
2.1 Підходи до дослідження тривоги.....	17
2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження статевих особливостей тривожності осіб, що перенесли covid-19.....	19
2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих даних.....	23
Висновки до розділу 2	35
РОЗДІЛ 3 ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ КЛІЄНТІВ ІЗ ПРОБЛЕМОЮ ТРИВОЖНОСТІ	37
3.1 Підходи до консультування клієнтів із проблемою тривожності після перенесеного covid-19.....	37
3.2 Програма психологічної інтервенції.....	44
Висновки до розділу 3	50
ВИСНОВКИ	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57

ВСТУП

Актуальність: за наявними даними наукових досліджень щодо постковідної тривожності (Тавахомі М., Занжарі Н., Е. Наварро-Пардо), виявлена тенденція до її різного перебігу у кожної із статі. Зокрема, у жіночій статі постковідна тривожність зустрічається частіше, а також протікає складніше і довше, ніж у чоловіків. Через це важливо з особливою увагою ставитися до психічного стану жінок після перенесеного вірусного захворювання covid-19.

У зв'язку з тим, що covid-19 являється новою, агресивною, а тому і активно досліджуваною хворобою, в багатьох країнах світу проводяться різноманітні дослідження, присвячені вивченню впливу covid-19 на людину, і як один із аспектів дослідження являється вивчення постковідної тривожності, що в багатьох випадках виникає після перенесеної хвороби. Подібні дослідження з'являються і в Україні, і ми, обираючи дану тему, демонструємо свою зацікавленість у долученні до вивчення впливу covid-19 на людину.

Важливість вивчення саме аспекту тривоги пов'язана із тим, що вона може ускладнювати повноцінне життя індивіда, виступаючи тригером для багатьох соматичних хвороб. А. Бек відзначав, що довготривалі психофізіологічні реакції, пов'язані із станом тривоги у тих осіб, що схильні відповідати на стресові фактори станом тривоги, безсумнівно, можуть привести до розвитку психосоматичних розладів. Відомо, що широкий спектр фізіологічних реакцій, супроводжуваних станом тривоги (збудження серцево-судинної системи та, зокрема, пригнічення шлунково-кишкового тракту) пояснює чому на фоні тривалого стану тривоги формуються психосоматичні розлади, зокрема, порушення вищезазначених систем організму.

Об'єкт: феномен тривоги

Предмет: статеві особливості тривожності осіб, що перенесли covid-19

Мета: дослідити статеві особливості тривожності осіб, що перенесли covid-19

Завдання: 1) проаналізувати наукову літературу з даної тематики; 2) організувати та провести емпіричне дослідження стосовно проблеми; 3) проаналізувати та проінтерпретувати отримані дані щодо досліджуваної тематики; 4) розробити та запропонувати програму психологічної інтервенції.

Методи: 1) аналіз наукової літератури; 2) психодіагностичні дослідження:

- методика «Шкала оцінки рівня реактивної і личностної тривожності Спилбергера-Ханина»;
- методика «SPIN-тест на соціофобію».

3) метод математично-статистичної обробки даних за допомогою спеціалізованої програми Jamovi:

- аналіз надійності та описові статистики;
- перевірка гіпотез про середні;
- кореляційний аналіз;
- однофакторний дисперсійний аналіз.

4) метод психологічної інтервенції.

РОЗДІЛ 1 ПРОБЛЕМА СТАТЕВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ОСІБ, В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1 Феномен тривоги в науковій літературі

Феномен тривоги у науковій літературі розглядається, з одного боку, як стан, що може бути або нормативним, або патологічним [32], з іншого боку розглядається як особистісна риса (тривожність) та прояв тривоги [31, 45]. Поділ тривоги на дві форми (як стан і як риса) був запропонований відомим американським дослідником тривоги Чарльзом Спілбергером [34].

Тривога в розгляді через призму нормативного, ситуативного стану розглядається як базова емоція людини, що в критичних та надзвичайних ситуаціях слугує адаптивній діяльності. Зокрема, помірно виражена тривога у вигляді занепокоєння попереджає організм про загрозу, що насувається та мобілізує організм для її подолання. В даному випадку тривога пов'язана із прогностичними функціями психіки, виконуючи таким чином адаптивну роль, мобілізуючи резервні можливості людини в складних життєвих обставинах [18].

В розгляді тривоги через призму нормативності існує велика кількість визначень та поглядів. Так, Ч. Спілбергер визначає тривогу як неприємний по своєму емоційному забарвленню стан, що характеризується суб'єктивними відчуттями занепокоєння, похмурих передчуттів, а з фізіологічного боку – активацією автономної нервової системи [51]. Також автор відзначає, що стан тривоги є конгруентним тимчасовому емоційному стану, викликаному дією факторів, що являються для особистості реальною або уявною загрозою [34].

Автори Є. Соколов та Є. Белова визначають тривогу як стійкий психічний стан, що характеризується зворотністю при нормалізації соматичного стану та соціальних умов та визначається як стан невизначеної загрози, характер і спрямованість якої невідомі [25].

За визначення О.І. Захарова, тривога представляє собою емоційно насичене відчуття, що притаманне особистостям із підвищеним рівнем

почуття обов'язку, відповідальності, гідності, а також чутливим до їхнього становища серед оточення. Тривога у таких особистостей виникає як наповнене переживанням почуття відповідальності за власне благополуччя, життя, а також за життя близьких і значимих людей [20, 177].

Відомий психофізіолог Ф.Б. Березін розробив систему тривожних станів [20, 178]:

- перший елемент тривожного ряду – це відчуття внутрішньої напруги, якому характерний найменший ступінь тривоги. Для цього стану характерна напруженість, відчуття настороги, душевний дискомфорт. Такі відчуття сигналізують про необхідність звернути увагу на пошук існуючої або можливої загрози. Для швидкого усунення внутрішньої напруги необхідно звернути увагу на пошук джерела тривоги;
- другий елемент – це гіперстезії: колись нейтральні певні подразники, що під дією деяких обставин починають асоціюватися із тривогою. Довкола значущого подразника починають групуватися певні стимули, що колись були нейтральними. В кінці кінців людину починають турбувати речі, обставини або події, які раніше не викликали негативних емоцій та «не діяли на нерви»;
- третій елемент – це почуття неусвідомлюваної та неопредмеченої небезпеки. Неусвідомлення причин для тривоги може пов'язуватися із відсутністю необхідної інформації щодо потенційно загрозливої ситуації, або бути наслідком того, що нова інформація про витoki тривоги входять в конфлікт із уявленням людини про власну особистість. Чим більше зростає інтенсивність тривоги, тим більше знижується логічна оцінка на адекватне осмислення інформації, що сприймає людина, що тривожиться;
- четвертий елемент – це страх. Неспроможність людини усвідомити причини власної тривоги спонукає її приписувати

пояснення різним обставинам, через що починає формуватися страх перед цими обставинами. Так з'являється обмежувальна поведінка, яка зменшує в деяких випадках інтенсивність тривоги, але не торкається істинних витоків тривожного стану;

- п'ятий елемент – це тривожність, що супроводжується відчуттям неминучої катастрофи. Людина, перебуваючи в такому стані, вважає, що загрози уникнути неможливо і що неминуче має трапитися щось погане. Стан супроводжується підвищеною активністю, панічним настроєм на пошуком допомоги;
- шостий елемент – це боязливо-тривожне збудження, який являється крайньою формою тривожної системи. Унеможлиблюється цілеспрямована і адекватна діяльність, поведінка дезорганізовується, тривога сягає максимуму;
- сьомий елемент – це жах (афективний страх), що представляє собою крайню форму страху. Цей психічний стан виникає під час неочікуваної небезпеки, що несе реальну або уявну загрозу.

Зигмунд Фрейд розмежовував поняття тривоги на об'єктивну та невротичну. Під першим поняттям він розумів страх, під другим – тривожність. Об'єктивна тривога виникає як відповідь на реальну загрозливу ситуацію у зовнішньому світі, а невротична тривога представляю собою відповідь на уявну небезпеку у внутрішньому світі особистості [20, 179].

Розгляд тривоги через призму патологічного стану заключається у визначенні її як одного із основних факторів психічної дезадаптації. Тривога в даному випадку оцінюється або як основа психопатологічної симптоматики, або як базис, на якому формується психічна дезадаптація. Широкий спектр фізіологічних реакцій, супроводжуючих стан тривоги (збудження серцево-судинної системи та, зокрема, пригнічення шлунково-кишкового тракту) пояснює чому на фоні тривалого стану тривоги

формується психосоматичні розлади, зокрема, порушення вищезазначених систем організму [32].

Термін тривоги як особистісної риси (тривожності), за визначенням Ч. Спілбергера, описує відносно стійкі індивідуальні відмінності у схильності індивіда відчувати стан тривоги. Особистість із рисами тривожності схильна сприймати навколишній світ як такий, що містить в собі загрозу та небезпеку в помітно більшій мірі, ніж особистість с низьким рівнем тривожності [34].

Автори Забродін Ю.М., Бороздіна Л.В. та Мусіна І.А. визначають тривожність як якість, що відображає досить стійку індивідуальну рису, що визначається тенденцією суб'єкта сприймати загрозу власній особистості та готовністю реагувати на це підвищеним станом тривоги в умовах навіть невеликої загрози чи напруження [31, 45]. Автори Петровський А.В. та Ярошевський М.Г. визначають тривожність як схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги [32].

Щодо клінічних проявів тривожності, то симптоми поділяються на дві великі групи: психічні та соматичні [11, 82]. До першої групи відносяться:

- хвилювання щодо можливих невдач, стурбованість за майбутнє;
- хвилювання через дрібниці;
- роздратованість та нетерплячість;
- відчуття напруження, скутість;
- неможливість розслабитися;
- відчуття перебування «на межі зриву»;
- неможливість до концентрації;
- погіршення пам'яті;
- швидка втомлюваність;
- нав'язливі думки, образи, страхи.

Щодо соматичної симптоматики, то характерні наступні прояви:

- пітливість, холодні та вологі долоні;

- сухість у роті;
- відчуття «кома у горлі»;
- почуття недоліку повітря;
- нудота, діарея, болі у животі;
- біль на напруга у м'язах;
- запаморочення;
- стан перед втратою свідомості;
- понижене лібідо;
- прискорене серцебиття;
- припливи жару чи холоду.

Деякі автори вважають принципово важливим питання розмежування понять тривоги та страху. Так, К. Ясперс запропонував чітке розмежування термінів, зокрема, страх співвідноситься з конкретним стимулом чи об'єктом, тоді як тривога відчувається без зв'язку з певним стимулом [31, 45]. Під час страху інтенсивність емоційної реакції пропорційна величині, що викликає її, тоді як тривога являється емоційною реакцією «безпредметною», а емоційне забарвлення непропорційне величині об'єктивної загрози [1, 24].

Автори Зінбарг Р., Барлоу Д., Хьортц Р. описують відмінність страху та тривоги простим прикладом-поясненням: «відбувається щось жахливе і мені потрібно здійснити певні дії, щоб зупинити це (індивід, що відчуває страх)»; «щось жахливе може відбутися. Я можу виявитися не готовим до боротьби, але я маю хоча би спробувати» (індивід, що відчуває тривогу) [60].

Сучасний американський дослідник депресії та тривоги, нейрофізіолог Алекс Корб розмежовує поняття тривоги, тривожності та хвилювання. Тривогу А. Корб визначає як роздуми про потенційну проблемну ситуацію, тоді як хвилювання і тривожність виступають відчуттями проблеми [13, 48].

1.2 Проблема постковідної тривожності в науковій літературі

Протягом останніх кількох років в науковій літературі активно публікуються результати досліджень щодо фізичного та психічного стану осіб, що перенесли covid-19. Особлива увага приділяється вивченню постковідної тривожності. Серед досліджень містяться дані не лише стосовно самого факту наявності тривоги в осіб, що перехворіли на коронавірус, а й міститься інформація стосовно: варіантів етіології тривоги, фабули тривоги, наскільки часто вона зустрічається та які має ступені вираженості.

Розгляд етіології тривоги у постковідний період зводиться до таких можливих варіантів:

1. вона може бути наслідком ураження клітин головного мозку та крупних нервів. Подібна гіпотеза наводиться авторами Малковою А.А., Ураковою А.В. та Теркуловою А.А. [16]. Щодо цієї гіпотези також висловлюються й інші автори, зокрема, Дорошева О.О., Кудінов В.М. та Крутіков Я.Д., посилаючись на зарубіжних спеціалістів Донг М. та Женг. Ж. Вони зазначають, що, з одного боку covid-19 здатен здійснювати безпосередній вплив на діяльність центральної нервової системи і таким чином викликати соматогенні та органічні розлади емоцій, когнітивної сфери, свідомості, а з іншого боку, страх перед самою хворобою, в свою чергу, збільшує ризик появи психогенних розладів [5, 31];
2. може бути проявом так званого «коронавірусного синдрому», що є психічним розладом в рамках реакції на пандемію covid-19. Оскільки дана пандемія є безпрецедентною в сучасному світі, та пов'язана із великою кількістю життєвих викликів, з умовами невизначеності і постійно змінної ситуації [11, 79];
3. може бути ускладненням в осіб, що представляють собою групу ризику, маючи тривожні розлади в анамнезі, а патологізація тривоги ускладнює одужання [11, 80].

Щодо фабули тривоги у осіб, що перенесли covid-19, то цікаві дані з цього приводу наводять автори Болучевська В. В. та Дремлюк А.С. Вони дослідили, що поширеними фабулами тривоги у постковідний період є: мізофобії (страх інфікування), танатофобії (страх смерті), гаптофобії (страх доторкнутися до оточуючих), амаксофобії (страх їздити в транспорті), агорафобії та соціофобії (страх відкритого простору та соціальної взаємодії) [3, 55]. Зокрема, згідно дослідження «Исследование социальных фобий у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию – covid-19», проведеного Болучевская В. В. та Дремлюк А.С. встановлено, що більше половини перехворівших на covid-19 мають високий рівень соціальної тривожності, котра проявляється специфічною тривогою у ситуаціях взаємодії із незнайомими людьми та виражається в униканні соціальних контактів [3, 62].

Щодо статистики по тривозі у постковідний період та її варіанти інтенсивності, то існують зарубіжні й вітчизняні дослідження на цю тему. Зокрема, автори Казаріна А. та Селіханова В. наводять такі дані [7, 18]:

- в січні-лютому 2020 року в Китаї було проведено онлайн-опитування на предмет виявлення тривоги у постковідний період, в ньому взяло участь більш, ніж 1200 осіб, серед яких у 29% було виявлено тяжкий та помірний ступінь тривоги;
- подібне опитування було проведено в Іспанії, в якому взяли участь 3500 осіб, з яких у 21,6% виявлено тривогу;
- по результатам італійського опитування, в якому прийняли участь 402 особи у постковідний період, тривога виявлена у 42% опитаних [48];
- виходячи із огляду 62 досліджень із 17 країн світу, що включали в себе 162 639 учасників, встановлено, що загальна поширеність постковідної тривожності і депресії становила 33 % .

Автори Тавахомі М., Занжарі Н. також відзначають, що тривожність є найбільш поширеним явищем після перенесеного covid-19 [50].

Чабан О.С. та Хаустова О.А. наводять інформацію проте, що чверть перехворівших на covid-19 мають або тривогу, або депресію [37, 86]. Також автори наводять дані китайського дослідження психічних порушень в осіб, що перенесли коронавірус (вибірка складала більше 4000 осіб), за результатами якого 12,2% осіб мали клінічні прояви тривоги. Також відмічено позитивну кореляцію тяжкості тривожності із низьким рівнем освіти й знаходженням поза шлюбом. Вік, стать та інші показники соціального статусу не впливали на вияв тривоги [37, 89]. Також автори наводять дані іншого дослідження впливу covid-19 на психічне здоров'я, що проводилося онлайн в Бангладеші: за оцінкою характеристик пацієнтів із різним ступенем тяжкості перенесеного covid-19 (починаючи від безсимптомного, закінчуючи важким) розповсюдження тривоги та депресії складало 63,5% та 56,6% відповідно. Ізольовано тривога була у 13,2% пацієнтів [37, 90].

Українські дослідники Міщиха Л.П., Якубовська І.О. та Курилів Г.М. провели дослідження тривоги у 223 осіб із постковідним синдромом і виявили, що: 21% опитаних мали сильні прояви тривоги, 26% – виражені прояви, 40,7% – слабо виражену тривогу [17, 58].

В умовах пандемії зустрічаються усі прояви тривожних розладів [11, 82]:

- розлади адаптації із тривожно-депресивною реакцією;
- гостра реакція на стрес із симптомами тривоги, в тому числі ПТСР;
- специфічна covid-фобія, що характеризується постійним страхом інфікування;
- панічний розлад;
- генералізований тривожний розлад;
- obsесивно-компульсивний розлад.

1.3 Статеві особливості тривожності осіб, що перенесли covid-19, в науковій літературі

Якщо на момент початку пандемії covid-19 в науковій літературі були відсутні дослідження, присвячені аналізу суто статевих особливостей тривожності у постковідний період. То, починаючи з кінця 2021 року, почали з'являтися наукові статті, присвячені проблематиці статевих відмінностей постковідної тривожності. В існуючих дослідженнях, присвячених в цілому дослідженню тривоги та психічних розладів в осіб, що перехворіли на covid-19, містяться дані стосовно досліджуваної проблематики. Зокрема, наявна інформація про розповсюдженість тривоги серед чоловіків та жінок, рівень тривожності у кожної із статі, схильність до тривоги. Дані різноманітних досліджень зводяться до виявлення тенденції у жіночій статі до постковідних ускладнень, в тому числі, і в аспекті тривожності.

Дані щодо поширеності тривоги серед жінок та чоловік наводять зарубіжні науковці Ж. Денг, З. Сільвер та інші в ході великого мета-аналізу 31 дослідження з найбільш авторитетних наукових ресурсів (MEDLINE, EMBASE, PubMed, Wangfang Med Online та інших), що присвячені вивченню постковідних психічних розладів. Автори приходять до висновків, що сумарна розповсюдженість постковідної тривоги складає для чоловіків 35%, а для жінок 49% [42].

Іспанські автори О. Пеллісер-Валеро, Е. Наварро-Пардо та інші, на основі проведеного ними дослідження 2000 пацієнтів, що перенесли covid-19 відзначають, що поширеність тривожних симптомів більше притаманна жіночій статі [39]. За даними їхнього дослідження жіноча стать являється одним із факторів, що впливає на вираженість симптомів тривоги. Також за їх даними саме жіноча стать демонструвала симптоми тривоги через 8 місяців після лікування covid-19 в лікарні [40].

Про існуючу різницю постковідної тривоги у чоловіків і жінок говорять такі дослідники як Болучевская В. В. та Дремлюк А.С. В своєму дослідженні «Исследование социальных фобий у пациентов, перенесших новую

коронавірусною інфекцією – covid-19» наводять дані про те, що жінки мають вищий рівень тривожності, ніж чоловіки [3, 61]. Досліджуючи соціофобію у осіб, що перенесли covid-19, автори виявили, що розвиток соціальної тривожності має статистично значущий взаємозв'язок між статевою приналежністю: жінки, що перехворіли на коронавірусну інфекцію covid-19 у більшій мірі, ніж чоловіки схильні до появи страху та уникнення соціальної взаємодії, а також страху та уникнення ситуацій, в яких можливо стати об'єктом уваги з боку оточуючих [3, 62].

Автори Казаріна А. та Селіханова В. у своєму огляді наукової літератури на тему постковідних депресій наводять дані про те, що жіноча стать являється фактором ризику постковідної депресії і підвищеної тривожності [7, 19].

Цікаві дані щодо особливостей взаємозв'язку між статтю та протіканням постковідного періоду опублікували італійські вчені Франческа Бай, Даніель Томасоні, Роберто Кастолді та інші. Саме жіноча стать виявлена як один із факторів, що впливають на затяжний постковідний період [40].

Інший колектив італійських вчених (Ребекка Де Лоренцо, Сара Полетті, Роберто Фурлан та інші) опублікував дані свого дослідження постковідної тривоги та депресії, в яких зазначено, що жіноча стать, в порівнянні із чоловічою, частіше та більш тяжче страждає зазначеними розладами після перенесеного covid-19. По шкалам психодіагностичних методик (Шкала депресії Бека, State-Trait Anxiety Inventory та Zung Self-rating Depression Scale) жіноча стать демонструє вищі бали, ніж чоловіча [45, 597].

Щодо відсутності різниці у постковідній тривозі чоловіків і жінок говорять автори Чабан О.С. та Хаустова О.А., так, в їхньому огляді китайського дослідження психічних порушень в осіб, що перенесли коронавірус (вибірка складала більше 4000 осіб), за результатами якого 12,2%, вказується, що стать не впливала на вияв тривоги [37, 89].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Дослідженню феномена тривоги загалом, та зокрема у осіб, що перенесли covid-19, присвячена велика увага в науковій літературі. Феномен тривоги настільки різнобічний, що розглядається, зокрема, і з точки зору нормативності (як ситуативний стан, що спонукає організм мобілізувати сили для протидії стресу), і з точки зору патологічності (як стан, що пригнічує організм та призводить до дезадаптації), і з точки зору особистісної риси (тривожність).

Дослідження тривоги в контексті постковідного синдрому активно здійснюється як зарубіжними, так і українськими дослідниками. Існуючі на даний момент дані дозволяють говорити про те, що у певної частини осіб (в середньому, близько 30% перехворівших), що перенесли covid-19 наявні клінічні прояви тривоги у тій, чи іншій мірі. Питання походження тривоги після covid-19 активно вивчається, адже існує низка гіпотез, зокрема: це може бути як результат негативного впливу covid-19 на ЦНС людини; це може бути наслідком «коронавірусного синдрому», що є стресовою реакцією на негативні наслідки пандемії covid-19; це може бути ускладненням психічного стану на фоні існуючого психічного розладу в анамнезі чи на фоні тривожності як особистісної риси.

В даному дослідженні за теоретичну основу тривоги взято підхід Ч. Спілбергера (тривога як реактивний стан і тривога як особистісна риса), тож ми розглядатимемо її двофакторно, згідно цього підходу. Оскільки нас зацікавили приведені дані дослідників Болучевская В. В. та Дремлюк А.С. про виявлену виражену соціальну фобію, в осіб, що перехворіли на covid-19 [3], ми вирішили дослідити наявність/відсутність соціофобії як можливої фабули тривоги.

Щодо статевих особливостей тривожності осіб, що перенесли covid-19, то наявні в науковій літературі дані вказують на те, що жінки, що перехворіли на коронавірусну інфекцію covid-19 у більшій мірі, ніж чоловіки схильні до тривожності та депресії (у різних дослідженнях вказується, що

більший відсоток по тривожним розладам в постковідний період відноситься до жіночої статі) . Жіноча стать являється одним із факторів, що впливає на вираженість симптомів тривоги у постковідний період. За даними досліджень жінки, що перехворіли на коронавірусну інфекцію covid-19 у більшій мірі, ніж чоловіки схильні до появи страху та уникнення соціальної взаємодії, а також страху та уникнення ситуацій, в яких можливо стати об'єктом уваги з боку оточуючих.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАТЕВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ COVID- 19

2.1. Підходи до дослідження тривожності

Існує величезна кількість методик, що використовуються для вимірювання тривожності, зокрема її ступеня вираженості. Так, найбільш відомими та широко використовуваними являються:

- «Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності» авторства Чарльза Спілбергера в адаптації Юрія Ханіна. Дана тестова методика дозволяє виміряти ступінь вираженості реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності;
- «Шкала тривоги Бека» (англ. The Beck Anxiety Inventory) – це клінічна тестова методика, що створена відомим американським дослідником депресій і тривог, психотерапевтом Аароном Беком. Дана методика призначена для скринінгу тривоги та оцінки її ступеня вираженості;
- «Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS» (англ. The hospital Anxiety and Depression Scale) – це клінічна тестова методика, розроблена дослідниками Зигмонд А. та Снейз Р. для первинного виявлення та оцінки ступеня тяжкості депресії і тривоги в умовах загальномедичної практики;
- «Шкала тривоги Гамільтона HARS» (англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale) – це клінічна рейтингова шкала, що призначена для вимірювання тяжкості тривожних розладів у пацієнтів;
- «Шкала тривоги Шихана ShARS» – це скринінговий тестовий інструмент, призначений для діагностики та самодіагностики розладів тривожного спектру;
- «Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора» (англ. Teilor's Manifest Anxiety Scale) – це тестовий інструмент, що дозволяє вимірювати прояви

тривожності. Побудований на основі багатофакторного особистісного опитувальника ММРІ;

- «Опитувальник ієрархічної структури страхів особистості», розроблений Ю. Щербатих та Є. Івлєвой. Даний опитувальник дозволяє визначати наявність/відсутність/інтенсивність різноманітних фобій. Зокрема, соціофобії, клаустрофобії та інших;
- «Шкала самооцінки тривоги Цунга» – це методика, розроблена в Університеті Дюка Вільямом Цунгом. Вона дозволяє вимірювати ступінь вираженості тривоги.

Для діагностики соціальної тривоги, її ступеня вираженості та особливостей найбільш широко вживаними являються такі методики:

- «SPIN-тест на соціофобію» (англ. Social Phobia Inventory Scale), розроблено Коннор К. Дозволяє діагностувати різні рівні соціофобії;
- «Шкала соціального уникання та дистресу SADS» (англ. Social Avoidance and Distress Scale) – це тестова методика, що розроблена для кількісної оцінки соціальної тривожності. Дозволяє оцінити два аспекти соціальної тривожності: 1) чотири стани (дистрес, дискомфорт, страх, тривога) та 2) уникнення соціальних ситуацій;
- «Шкала соціальної тривожності Лібовіца LSAS» (англ. Liebowitz Social Anxiety Scale) – це тестова методика, що призначена для діагностики соціальної тривоги.

2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження статевої особливостей тривожності в осіб, що перенесли covid-19

Для нашого дослідження були обрані такі методики:

- «Шкала оцінки рівня реактивної і личностної тривожності Спилбергера-Ханина» [26]. Дана методика обрана нами роботи тому що вона являється однією із авторитетніших та найпоширеніших методик, що дозволяє дослідити тривогу одразу з двох виявів: як особистісної риси та як реактивного стану, а також ця методика дає змогу виміряти ступіть вираженості зазначених виявів (низький, помірний, високий);
- «SPIN-тест на соціофобію» (Social Phobia Inventory Scale розроблений Коннор К.М.) [27]. Обрано тому, що ми вирішили дослідити наявність/відсутність соціофобії як фактори тривоги. Ця методика дозволяє визначити різні ступені вираженості соціальної тривоги: від рівня «відсутня», до рівня «клінічна», якому характерна виражена вегетативна симптоматика та унікаюча поведінка, що ускладнює соціальну адаптацію.

Методика «Шкала оцінки рівня реактивної і личностної тривожності Спилбергера-Ханина» є російськомовною, складається із двох опитувальників по 20 питань кожний: «Шкала реактивної тривожності» та «Шкала личностної тривожності». Респондентам пропонується обрати один варіант відповіді із чотирьох можливих: «Нет, это не так» (оцінюється в 1 бал), «Пожалуй, так» (оцінюється в 2 бали), «Верно» (оцінюється в 3 бали), «Совершенно верно» (оцінюється в 4 бали), що на їх думку відповідає наведеним твердженням.

Обираючи відповідне твердження для «Шкала личностної тривожності» респонденти мають давати відповідь, виходячи із того, як вони себе почувають зазвичай, а при виборі твердження для «Шкала реактивної тривожності» респонденти оцінюють свою відповідь, опираючись на своє відчуття на даний момент часу. В якості прикладу наведемо деякі питання

методики. «Шкала реактивной тревожности» містить такі твердження як: «Я нахожусь в напруженні», «Я не нахожу себе места» та інші. «Шкала личностной тревожности» містить такі твердження як: «Обычно я чувствую себя в безопасности», «Я слишком переживаю из-за пустяков» та інші.

Обробка результатів відбувається згідно формул, наведених авторами. При інтерпретуванні результат оцінюється так: до 30 - низька тривожність; 31-45 - помірна тривожність; 46 і більше - висока тривожність [26].

«SPIN-тест на соціофобію» (Social Phobia Inventory Scale розроблений Коннор К. М.) є російськомовним, адаптований з англійської мови групою авторів: Руженкова В.В., Руженков В.А., Данилюк Е.А., Гомеляк Ю.Н. та рекомендований для скринінг-діагностики соціофобії [27]. Методика складається із 17 питань, до яких подається 5 варіантів відповідей: «Вовсе нет» (оцінюється в 0 балів), «Очень редко» (оцінюється в 1 бал), «Иногда» (оцінюється в 2 бали), «Часто» (оцінюється в 3 бали), «Постоянно» (оцінюється в 4 бали). В якості прикладу наведемо деякі питання з методики: «Меня тревожит, что я могу внезапно покраснеть в присутствии окружающих людей», «Меня пугает разговор с незнакомыми людьми», «Я избегаю вечеринок и походов в гости» та інші.

Обробка результатів відбувається згідно формул, наведених авторами. При інтерпретуванні результат оцінюється так: «Значимыми для диагностики социофобии являются показатели в диапазоне 31-40 баллов, в большинстве случаев квалифицируемые как субклинический уровень, а диапазон свыше 41 балла - как клинический уровень, так как фактически в 100% случаев сопровождается вегетативной симптоматикой и избеганием, затрудняющим в определенной степени социальную адаптацию» [27].

Опитування проводилося анонімно та конфіденційно з інформуванням респондентів про те, що отримані дані будуть використані в рамках студентської роботи лише у вигляді статистичних даних. Опитування відбувалося в онлайн-форматі за допомогою Google-Forms. Пошук вибірки здійснювався за допомогою анонсу щодо проведення студентського

дослідження на дану тематику у соцмережі Facebook. Анонс був розміщений на особистій сторінці Квардакової Світлани у зазначеній соціальній мережі.

У вибірку обирались лише ті особи, котрі перехворіли на covid-19. Перед проходженням методик респондентам надавалась для проходження анамнестична анкета, що містила наступний ряд запитань:

1) «Ваше имя» (свое или вымышленное);

2) «Ваш пол»;

3) «Сколько вам лет»;

4) «Есть ли у вас высшее образование»;

5) «Выберите, пожалуйста, вариант ответа, который вам соответствует.

После перенесенного COVID-19 я постоянно проживаю: а) Один; б) В кругу семьи или близких людей; в) С малоблизкими людьми (напр., студ. общежитие, съём жилья с другими людьми и т.п.)»;

б) «Выберите, пожалуйста, вариант ответа, который вам соответствует.

Мой доход в месяц составляет: а) Менее 5000 гривен; б) от 5000 до 10000 гривен; в) от 10000 до 25000 гривен; г) от 25000 гривен и выше; д) Не имею личного дохода»;

7) «Укажите, пожалуйста, степень тяжести перенесенного вами COVID-19»: а) Легкая степень; б) Средняя степень, в) Тяжелая степень;

8) Укажите, пожалуйста, как давно вы перенесли COVID-19 на момент прохождения данного опроса: а) Менее месяца назад; б) Менее 6 месяцев назад, в) Более 6 месяцев назад, г) Более года назад».

Слід пояснити логіку введення до анамнестичної анкети запитань №4-№8. В науковій літературі ми зустрічали інформацію про позитивну кореляцію тяжкості тривоги із низьким рівнем освіти, особливостями проживання (самотній чи ні) і рівнем доходу [29].

За результатами проведеного нами дослідження було отримано наступну вибірку: кількість респондентів склала 50 осіб, з них жінок – 29 осіб, чоловіків – 21 особа. Вік респондентів склав діапазон від мінімального у 15 років (одна респондентка) до максимального віку у 63 роки (один

респондент). У віці від 20 до 29 років у вибірці 29 осіб, у віці від 32 до 37 років – 9 осіб, від 40 до 49 років – 6 осіб, від 52 до 59 – 3 особи, від 61 до 63 – 2 особи. Таким чином, більше половини респондентів знаходяться у віковому діапазоні від 20 до 29 років.

Із представленої вибірки 35 осіб мають вищу освіту, 15 осіб не мають. Виявилось, що більшість (42 досліджувани) на момент хвороби проживали в колі сім'ї та близьких, 6 осіб проживали самотійно та 2 особи – не з близькими людьми (гуртожиток або ж сумісно орендоване житло).

Стосовно рівня щомісячного доходу ми змогли виділити у вибірці такі підгрупи: до 10000 гривень на місяць 18 осіб; в межах 10000 – 25000 гривень на місяць 18 осіб; більше 25000 гривень на місяць 14 осіб.

Щодо ступеню важкості перенесеної хвороби, то у вибірці представлено 23 досліджуваних з легкою формою (11 чоловіків, 12 жінок), 25 осіб із середньою формою (16 жінок, 9 чоловіків) та 2 особи із тяжкою формою (жінки).

З приводу того як давно була перенесена хвороба, вибірка склалася наступним чином: сформувалися дві великі групи: ті, хто хворів на covid-19 більше 6 місяців назад (35 досліджуваних), та менше 6 місяців (15 досліджуваних).

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних

Аналіз результатів, отриманих при проведенні дослідження, ми почали з аналізу надійності. За методикою «Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна» було отримано якісні результати. Кожна зі шкал методики має високий показник надійності: для шкали Реактивна тривожність Омега Макдональда = 0.936, а для шкали Особистісна тривожність Омега Макдональда = 0.903 (див. таблицю 2.1). В дійсності кожна зі шкал містить по 20 питань, що слугує гарною основою для високого рівня надійності даних.

Таблиця 2.1

Аналіз надійності за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна»

Шкали	Омега Макдональда
Реактивна тривожність	0.936
Особистісна тривожність	0.903

За шкалою методики діагностики соціальної фобії SPIN також було встановлено високий рівень надійності даних (Омега Макдональда = 0.922). (див. таблицю 2.2).

Таблиця 2.2

Аналіз надійності за методикою діагностики соціальної фобії SPIN

Шкали	Омега Макдональда
Соціофобія	0.922

Оскільки основна мета нашої дослідницької роботи полягає у дослідженні тривожності осіб, що перенесли covid-19, важливим постає вивчення особливостей нашої вибірки. Для цього ми використовували описові статистики, аналізували нормальність розподілу та порівнювали середні.

В таблиці 2.3 вказано описові статистики за кожною зі шкал методики оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна

(розподіл виявився нормальним) та шкали Соціофобія (гіпотеза про нормальність розподілу була відхилена).

Таблиця 2.3

Описові статистики та перевірка розподілу на нормальність для шкал методики діагностики рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна та методики діагностики соціальної фобії SPIN

	Середнє	Середнє квадратичне відхилення	Критерій Шапіро-Вілка W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл
Реактивна тривожність	47.5	11.9	0.992	0.977	нормальний
Особистісна тривожність	49.2	11.8	0.976	0.413	нормальний
Соціофобія	19.6	13.1	0.936	0.009	не відповідає критеріям нормальності

Дані описові статистики подано у виді гістограм на Рис. 2.1

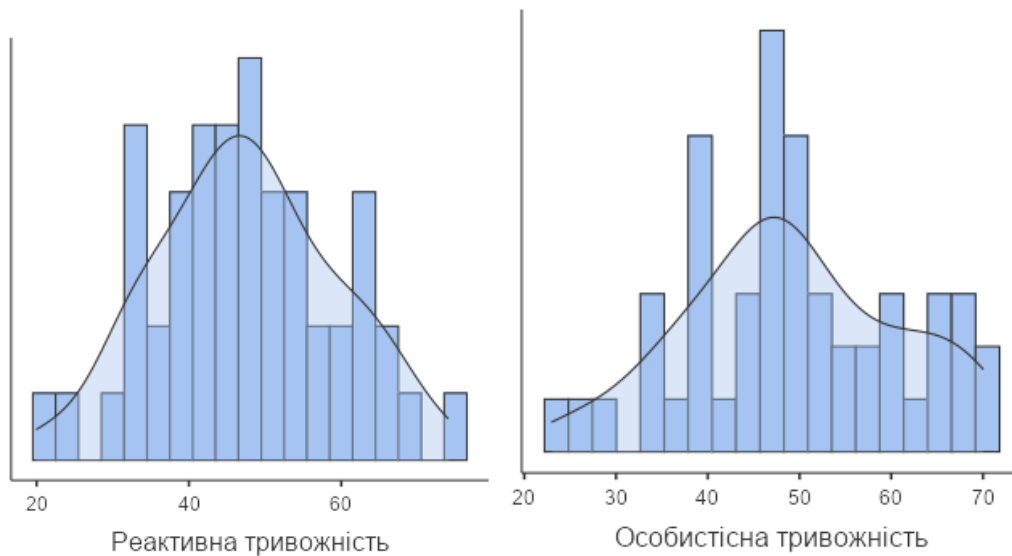


Рис 2.1 Гістограми розподілу на нормальність для методики діагностики рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна за вибіркою (у балах)

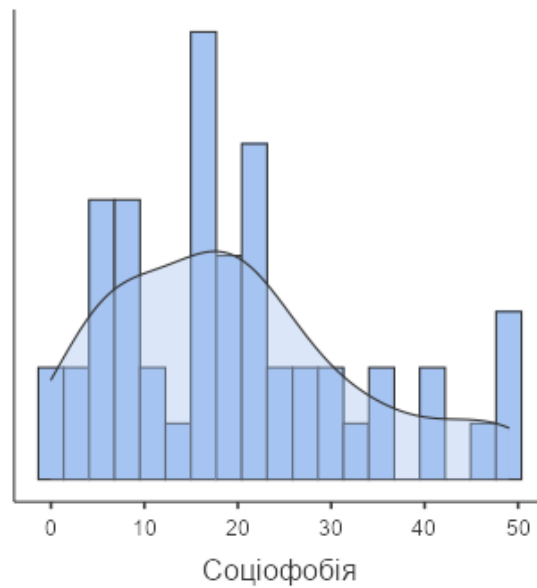


Рис 2.1 Гістограми розподілу на нормальність за вибіркою для методики діагностики соціальної фобії SPIN (у балах)

Як видно із Табл. 2.3 середні рівні Реактивної та Особистісної тривожності за вибіркою дорівнюють 47.5 та 49.2 відповідно. Ми вирішили порівняти середні значення за вибіркою з нормативним значенням у 45 балів (границя між середнім та високим рівнями тривожності, згідно з інтерпретацією авторів методики). За допомогою критерія Стьюдента (див. Табл. 2.4) було встановлено, що досліджувані мають високий рівень особистісної тривожності (t-критерій Стьюдента = 2.50, $p = 0.008$). За шкалою реактивної тривожності гіпотеза про те, що досліджувані мають високий рівень тривожності, не була підтверджена (t-критерій Стьюдента = 1.46, $p = 0.075$), проте p -рівень близький до 0.05, що вказує на важливість додаткової перевірки такої гіпотези на іншій вибірці.

Таблиця 2.4

Перевірка гіпотез про середні для шкал методики діагностики тривожності Спілбергера-Ханіна

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p -рівень	Альтернативна гіпотеза
Реактивна тривожність	t-критерій Стьюдента	1.46	49.0	0.075	Середнє > 45
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	2.50	49.0	0.008	Середнє > 45

За шкалою соціофобії середній рівень за вибіркою складає 19.6 балів, що згідно з інтерпретацією авторів методики потрапляє до найпершої категорії (менше 21 балу), для якої робиться висновок: соціофобію не встановлено. Отже усереднений досліджуваний нашої вибірки не має вираженої соціофобії.

Встановивши особливості нашої вибірки, перейдемо до встановлення кореляційних зв'язків між шкалами обраних нами методик. Оскільки для шкали соціофобії SPIN не було встановлено нормальності розподілу, ми скористались критерієм Спірмена. За допомогою кореляційного аналізу було встановлено, що шкала Соціофобія позитивно корелює як зі шкалою Реактивна тривожність (коэф. Спірмена = 0.512, $p < 0.001$), так і зі шкалою Особистісна тривожність (коэф. Спірмена = 0.570, $p < 0.001$) (див. таблицю 2.5), при тому встановлено сильні кореляції (коэф. Спірмена > 0.5).

Таблиця 2.5

Кореляційні зв'язки між шкалами методики діагностики соціальної фобії SPIN та методики діагностики соціальної фобії SPIN

		Соціофобія
Реактивна тривожність	коэф. Спірмена	0.512 ***
	p	$< .001$
Особистісна тривожність	коэф. Спірмена	0.570 ***
	p	$< .001$

Отримані залежності графічно представлені на Рис. 2.2 у вигляді діаграми

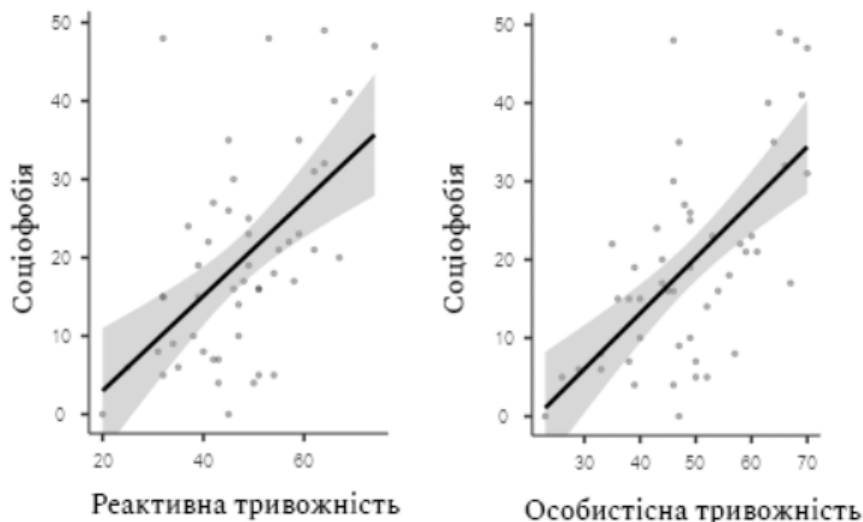


Рис. 2.2 Діаграми розсіювання залежності соціофобії від реактивної тривожності та особистісної тривожності

Вище ми наводили інформацію про те, що анкета, котру досліджувані заповнювали перед проходженням методик, містила низку питань, пов'язаних із захворюванням на covid-19. Тому нами було проведено порівняння рівня тривожності та соціофобії між підгрупами, утвореними за результатами анкетних даних.

За допомогою перевірки гіпотез про середні ми дослідили чи мають нижчий рівень тривожності та соціофобії ті, хто перехворів легкою формою covid-19 (23 досліджуваних) в порівнянні з тими, хто перехворів середньою або ж тяжкою формами (27 досліджуваних). Середні значення кожної з груп за шкалами обраних методик представлені у вигляді діаграми на Рис. 2.3



Рис. 2.3 Діаграми середнього рівня реактивної та особистісної тривожності та соціофобії в групах тих, хто перехворів легкою та середньою або тяжкою формами COVID-19 (у балах)

Проте за жодною зі шкал така гіпотеза не була підтверджена (див. Табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Перевірка гіпотез про середні для шкал методики діагностики тривожності Спілбергера-Ханіна та методики діагностики соціальної фобії SPIN між тими, хто хворів легкою та тими, хто хворів середньою або тяжкою формами COVID-19

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Реактивна тривожність	t-критерій Стьюдента	-0.894	48.0	0.188	легка < середня або тяжка
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	-0.591	48.0	0.279	легка < середня або тяжка
Соціофобія	U критерій Манна-Уїтні	295		0.385	легка < середня або тяжка

Також ми порівняли між собою групу тих, хто хворів на covid-19 більше 6 місяців назад (35 досліджуваних), та менше 6 місяців (15 досліджуваних). Середні значення в кожній з груп вказано в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Середні значення за кожною зі шкал обраних методик серед тих, хто перехворіли COVID-19 більше 6 місяців назад та менше 6 місяців (у балах)

	Хворіли більше 6 місяців назад	Хворіли менше 6 місяців назад
Реактивна тривожність	49.3	43.1
Особистісна тривожність	51.4	44.0
Соціофобія	22.1	13.9

За допомогою перевірки гіпотез про середні було встановлено, що ті, хто перехворів раніше, мають вищий рівень за кожною зі шкал тривожності та за шкалою соціофобії ніж ті, хто перехворів протягом останнього півроку (див. Табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Перевірка гіпотез про середні для шкал методики діагностики тривожності Спілбергера-Ханіна та методики діагностики соціальної фобії SPIN між тими, хто хворів на COVID-19 більше 6 місяців назад та тими, хто хворів менше 6 місяців назад

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р-рівень	Альтернативна гіпотеза
Реактивна тривожність	t-критерій Стьюдента	1.72	48.0	0.046	більше 6 місяців назад > менше 6 місяців назад
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	2.10	48.0	0.021	більше 6 місяців назад > менше 6 місяців назад
Соціофобія	U критерій Манна-Уїтні	154		0.011	більше 6 місяців назад > менше 6 місяців назад

Мінімальне, максимальне значення, медіана та нижній і верхній квартилі в кожній із груп за шкалами обраних методик зображено на коробкових діаграмах (див. Рис. 2.4)

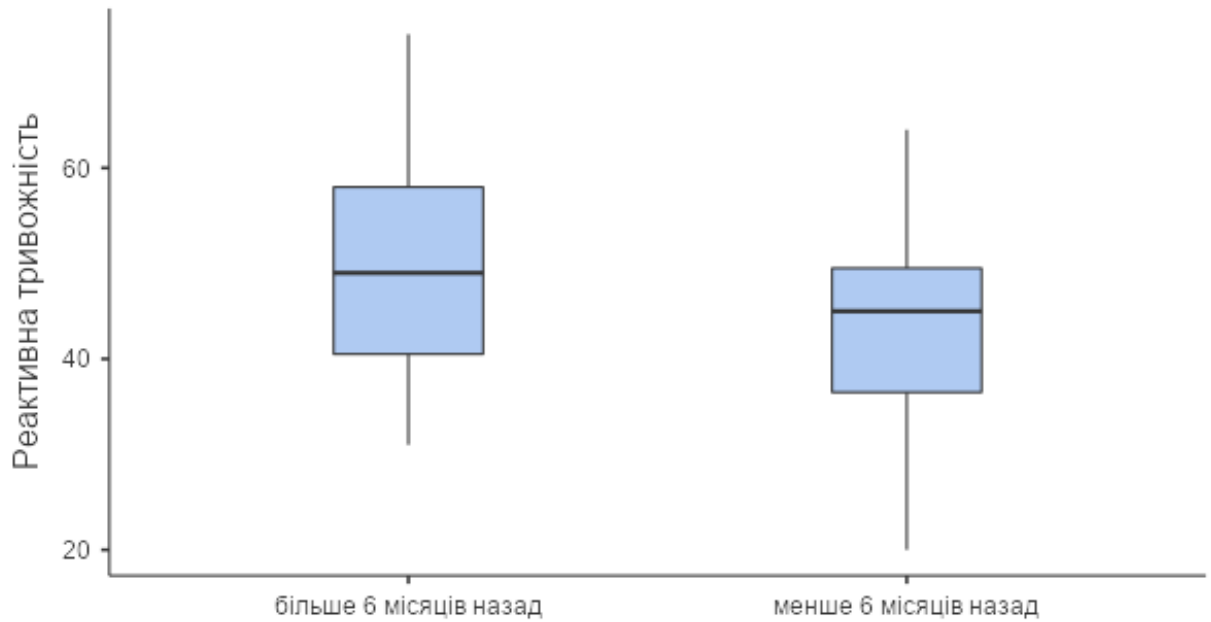


Рис. 2.4 Коробкові діаграми за шкалою Реактивна тривожність для груп тих, хто перехворів на COVID-19 більше 6 місяців назад та менше 6 місяців (у балах)

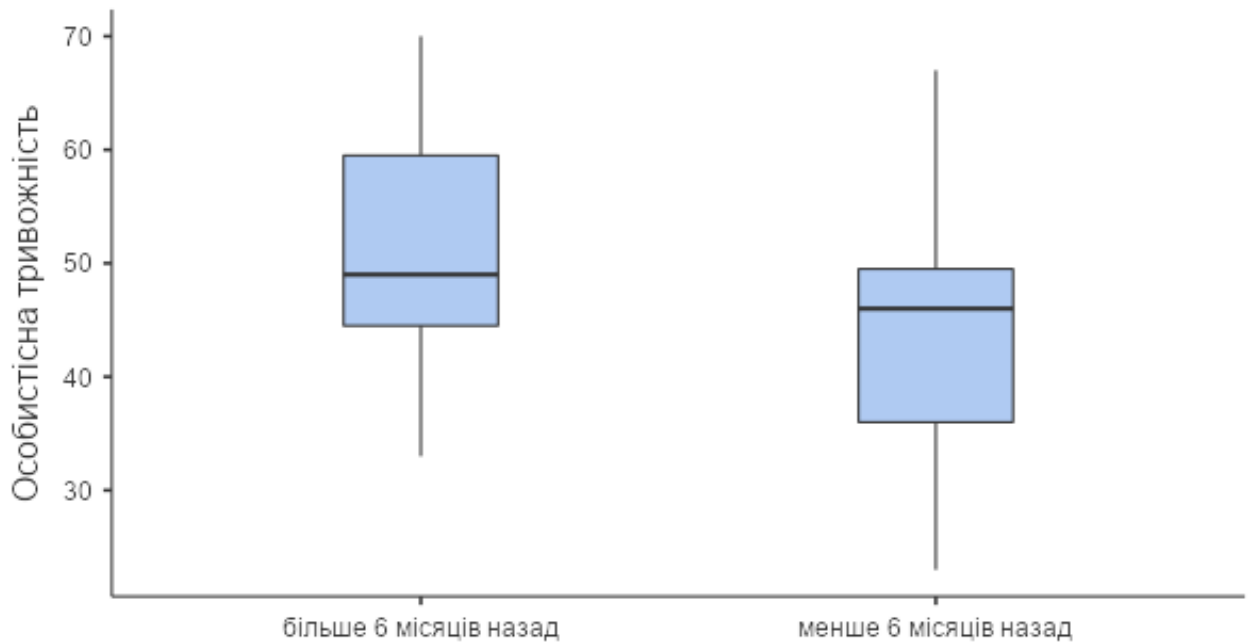


Рис. 2.4 Коробкові діаграми за шкалою Особистісна тривожність для груп тих, хто перехворів на COVID-19 більше 6 місяців назад та менше 6 місяців (у балах)

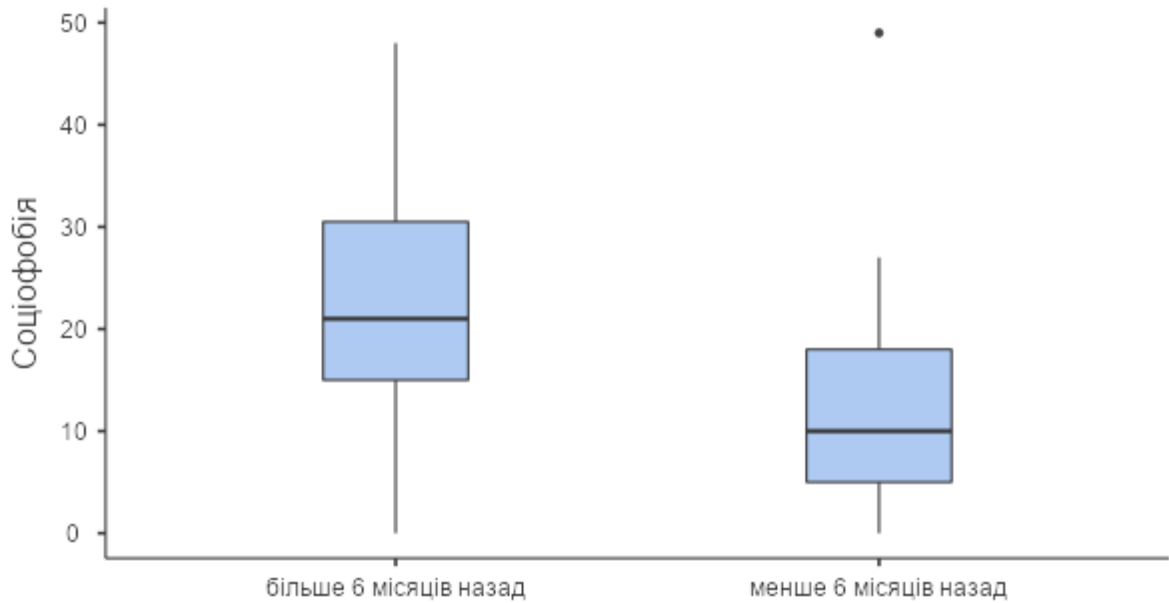


Рис. 2.4 Коробкові діаграми за шкалою Соціофобія для груп тих, хто перехворів на COVID-19 більше 6 місяців назад та менше 6 місяців (у балах)

Окрім цього, за зібраними відповідями на питання «вказіть з ким ви проживаєте після перенесеного ковіду» виявилось, що 42 досліджувані проживали в колі сім'ї та близьких, 6 осіб проживали самотійно та лише двоє – не з близькими людьми (гуртожиток або ж сумісно орендоване житло), тому через нерівномірну чисельність груп ми не проводили подальшого аналізу за результатами цього питання.

Щодо статевих відмінностей тривожності (в нашій вибірці виявилось 29 жінок та 21 чоловіків), нами було встановлено, що як за шкалами тривожності, так і за шкалою соціофобії жінки мають вищий рівень ніж чоловіки (див. Табл. 2.10). Середні значення за кожною зі шкал представлені в таблиці 2.9 та у вигляді діаграми Рис. 2.5

Таблиця 2.9

Середні значення за кожною зі шкал обраних методик серед жінок та чоловіків (у балах)

Шкала	Жінки	Чоловіки
Реактивна тривожність	50,7	43,0
Особистісна тривожність	53,8	42,8
Соціофобія	23,2	14,6

Відмінність між чоловіками та жінками ми візуалізували за допомогою діаграми (див. Рис. 2.5)

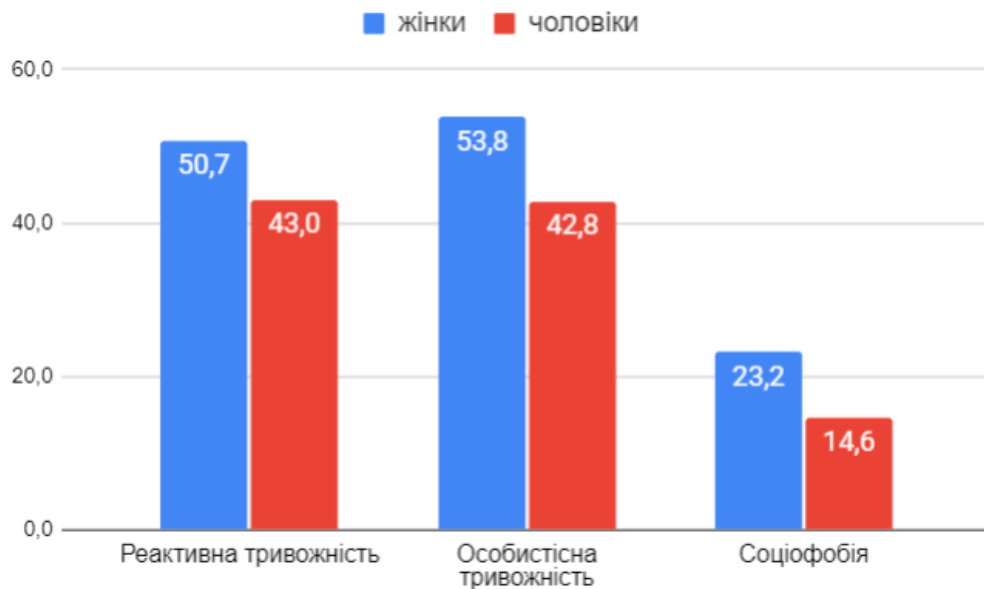


Рис. 2.5 Діаграми середнього рівня реактивної, особистісної тривожності та соціофобії у жінок та чоловіків (у балах)

Таблиця 2.10

Перевірка гіпотез про середні для шкал методики діагностики тривожності Спілбергера-Ханіна та методики діагностики соціальної фобії SPIN між чоловіками та жінками

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Реактивна тривожність	t-критерій Стьюдента	2.39	48.0	0.011	жінки > чоловіки
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	3.63	48.0	< .001	жінки > чоловіки
Соціофобія	U критерій Манна-Уїтні	194		0.015	жінки > чоловіки

Також в анкеті наводилися запитання стосовно рівня щомісячного доходу і ми змогли виділити у вибірці такі підгрупи:

- До 10000 гривень на місяць: 18 осіб;
- 10000 – 25000 гривень на місяць: 18 осіб;
- Більше 25000 гривень на місяць: 14 осіб.

За допомогою однофакторного дисперсійного аналізу ми досліджували відмінності між цими групами, проте виявилось, що за жодною зі шкал тривожності або ж соціофобії немає статистично достовірної відмінності в групах (див. Табл. 2.11).

Таблиця 2.11

Результати однофакторного дисперсійного аналізу для шкал обраних методик за підгрупами, утвореними за рівнем доходу

	F	df1	df2	p
Реактивна тривожність	1.161	2	30.7	0.327
Особистісна тривожність	1.748	2	30.2	0.191
Соціофобія	0.592	2	30.3	0.560

Щодо віку досліджуваних ми також шукали кореляційні зв'язки зі шкалами обраних нами методик, однак проте не підтвердилась наявність жодної кореляції (див. Табл. 2.12).

Таблиця 2.12

Результати кореляційного аналізу для віку та шкал тривожності і соціофобії

		Вік
Реактивна тривожність	коэф. Спірмена	0.122
	p	0.399
Особистісна тривожність	коэф. Спірмена	0.242
	p	0.091
Соціофобія	коэф. Спірмена	0.219
	p	0.127

Також ми досліджували відмінності по рівню тривоги та соціофобії між підгрупами вибірки, що мають вищу освіту і не мають, однак виявилось, що групи не відрізняються за шкалами обраних нами методик (див. Табл. 2.13).

Таблиця 2.13

Перевірка гіпотез про середні для шкал методики діагностики тривожності Спілбергера-Ханіна та методики діагностики соціальної фобії SPIN між тими, хто має вищу освіту та тими, хто не має

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Реактивна тривожність	t-критерій Стьюдента	-1.067	48.0	0.291	з вищою ≠ без вищої
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	-0.484	48.0	0.631	з вищою ≠ без вищої
Соціофобія	U критерій Манна-Уїтні	233		0.539	з вищою ≠ без вищої

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Ми оглядового розглянули найбільш широко вживані методики, що використовуються для дослідження тривоги й соціофобії. Із представлених методик для нашого дослідження ми обрали: «Шкала оцінки рівня реактивної і личностної тривожності Спилбергера-Ханина» та «SPIN-тест на соціофобію». Також наше дослідження містило анамнестичну анкету. Все це респонденти заповнювали в онлайн-форматі за допомогою Google-Forms. В нашому дослідженні взяли участь 50 осіб, що перехворіли на COVID-19 (з них жінок – 29 осіб, чоловіків – 21 особа).

Отримані нами дані мають високі показники надійності по всім використаним в дослідженні методикам. Щодо нормальності розподілу було виявлено, що по методиці Спилбергера-Ханіна розподіл вибірки нормальний, а за шкалою соціофобії-SPIN розподіл не відповідає критеріям нормальності, що може пояснюватися особливостями даної вибірки.

На нашій вибірці ми встановили наступні особливості:

- досліджувані мають високий рівень особистісної тривожності;
- за шкалою ж реактивної тривожності гіпотеза про те, що досліджувані мають високий рівень тривожності, не була підтверджена (t -критерій Стьюдента = 1.46, $p = 0.075$), проте p -рівень близький до 0.05, що вказує на важливість додаткової перевірки такої гіпотези на іншій вибірці;
- усереднений досліджуваний нашої вибірки не має вираженої соціофобії, адже середній рівень за вибіркою складає 19.6 балів, що згідно з інтерпретацією авторів методики потрапляє до найпершої категорії «відсутня» (менше 21 балу);
- існують сильні кореляції між соціофобією та ситуативною й реактивною тривожністю;
- рівень тривожності не відрізняється в залежності від того, в якій формі тяжкості було перенесено covid-19;

- ті, хто перехворів раніше, мають вищий рівень за кожною зі шкал тривожності та за шкалою соціофобії ніж ті, хто перехворів протягом останнього півроку;
- жінки мають вищий рівень ніж чоловіки як за шкалами тривожності, так і за шкалою соціофобії;
- не встановлено жодного взаємозв'язку між шкалами тривожності, соціофобії та:
 - a) рівнем щомісячного доходу;
 - b) віком досліджуваних;
 - c) наявністю або відсутністю вищої освіти.

Ми не змогли встановити кореляції між рівнем тривоги та тим з ким проживав досліджуваний на момент хвороби, оскільки розподіл вибірки вийшов нерівномірним. Виявилось, що 42 досліджувані проживали в колі сім'ї та близьких, 6 осіб проживали самотійно та лише двоє – не з близькими людьми (гуртожиток або ж сумісно орендоване житло), тому через нерівномірну чисельність груп ми не проводили подальшого аналізу за результатами цього питання.

РОЗДІЛ 3 ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ КЛІЄНТІВ ІЗ ПРОБЛЕМОЮ ТРИВОЖНОСТІ

3.1 Підходи до консультування клієнтів із проблемою тривожності після перенесеного covid-19

Сучасний підхід по роботі із тривожністю заснований на інтегративності, що поєднує в собі психотерапію, психофармакотерапію та соціально-середовищний вплив [8].

Будь-яка психотерапевтична інтервенція має проводитися виключно після погодження із соматичним лікарем. Клієнт може отримувати психофармакотерапію і лише лікар може визначити чи клієнт готовий до проходження психотерапії.

Загальна схема психотерапії клієнтів із проблемою тривожності після перенесеного covid-19 може включати різні види психотерапії, наприклад [11, 83]:

- психоаналіз або раціональну психотерапію (направлено на причину тривожності);
- гештальт-терапію, тілесно-орієнтовану психотерапію, символ драму (направлено на актуальну проблему);
- сугестивну психотерапію, когнітивно-поведінкову психотерапію, НЛП (направлено на очікуваний результат).

Також терапія клієнтів із проблемою тривожності після перенесеного covid-19 може включати соціально-середовищний вплив (навчання), зокрема:

- педагогічні та дидактичні методи;
- сімейну терапію;
- літературу для пацієнтів;
- засоби масової інформації.

Основним методом в складній терапевтичній системі при роботі із тривожністю залишається психотерапія. На даний момент в арсеналі психолога та психотерапевта знаходиться великий масив інструментів, що

допомагають як із простими завданнями (симптоматичне покращення), так із складними задачами (вирішення внутрішніх конфліктів клієнта). Головна ціль психотерапії – це поетапне приведення клієнта до усвідомлення суті свого психологічного конфлікту, а далі модифікація звичних неадекватних схем та установок, та в результаті розробка нової, більш гармонійної та гнучкої системи поглядів, більш зрілих механізмів адаптації, відновлення самоконтролю і адекватного реагування [11, 83].

Доктор медичних наук Корабельникова О. О. пропонує наступну схему основних напрямів психотерапевтичної роботи з клієнтами із проблемою тривожності після перенесеного covid-19 – це психопрофілактика, психокорекційні та психосоціальні засоби.

Психопрофілактика включає в себе: дотримання інформаційної гігієни (дозоване споживання інформації із засобів масової інформації); невживання алкоголю та психоактивних речовин; забезпечення нормального сну та розпорядку дня; перебування на свіжому повітрі; спілкування із близькими та друзями; виконання нескладних гімнастичних вправ або фізкультури; заняття улюбленими справами та хобі.

Психокорекційні засоби – це формування адекватного ставлення щодо власного психічного стану; корекція дисфункціональних переконань типу «зі мною щось не так», «я перенесу цей стан гірше за інших» і тому подібні; декатастрофізація (організація мислення та поведінки, таким чином, аби воно спонукало найбільш адекватній взаємодії із реальністю); формування активної життєвої позиції та позитивного настрою.

Психосоціальні засоби включають у себе такі заходи, які створюють позитивний інформаційний фон загалом у суспільному просторі, зокрема, це можуть бути: інформування населення про можливі наслідки у постковідний період у вигляді тривожних розладів; своєчасне виявлення та корекція тривожних станів у осіб, що перенесли covid-19; організація системи психологічної підтримки населення в цілому і пацієнтів із тривожними розладами безпосередньо.

Доктор психології Римантас Кочюнас пропонує наступний підхід до консультування клієнтів із тривожністю [14]. Особливе місце в консультуванні займає приділення уваги виявленню способу маскуванню тривоги, адже, згідно концепції автора, тривога досить часто «має маску», за якою вона ховається. Найперша маска – це соматизація скарг, коли тривога представляється у вигляді: дерматологічних реакцій (подразнення шкіри); реакціями серцево-судинної системи (тахікардія); реакціями травної системи (діарея, закріп, харчові розлади); реакціями дихальної системи (гіпервентиляція); артралгії, головні болі та інше. Нерідко тривожні клієнти із такими скаргами спочатку потрапляють до соматичних лікарів, які не знаходячи ніяких соматичних хвороб, перенаправляють до психолога чи психотерапевта.

Інша маска тривоги – це її перейменування самим клієнтом. Використовуються різні вербальні конструкції, якими клієнти описують власну тривожність, наприклад: «Я роздратований», «Я напружений», «Мені страшно», «Я не відчуваю себе самим собою» та інші. Нерідко тривожність маскується за різними діями: від постукування пальцями по столу, крутіння гудзика, почісування, до нав'язливих і деструктивних станів (алкоголізм, паління, переїдання).

Іншими масками тривожності виступають емоції: агресія, ворожість, роздратованість. Наприклад, внутрішній конфлікт між безсиллям та агресивністю може виражатися у паралізації активності. Автор зазначає, що психолог має тримати на увазі, що по мірі наближення до витоків тривоги у клієнта може посилюватися маскуванню і активніше проявлятися агресія, ворожість. Або клієнт може постійно переводити увагу на інші теми, ставати саркастичним та інше.

Також Римантас Кочюнас зазначає, що окрім знання варіантів маскуванню тривожності необхідно знати механізми психологічного захисту від неприємного впливу тривоги, що функціонують автоматично та неусвідомлено [14] – це витіснення, регресія, проекція, інтроекція,

раціоналізація, інтелектуалізація, реактивне формування, зміщення та заперечення.

Даючи пояснення термінам, автор опирається на психоаналітичний підхід. Витіснення представляє собою процес мимовільного усунення в несвідомому неприємних думок, мотивів або почуттів. Регресія – це неусвідомлений перехід на попередні етапи розвитку особистості. Проекція – це процес віднесення іншій особі власних думок, мотивів, почуттів, бажань. Інтроєкція – це символічна інтерналізація (включення у себе) людини чи об'єкта. Раціоналізація – це захисний механізм, що заключається у виправдовуванні думок, вчинків, почуттів. Компенсація – це несвідома спроба подолати реальні чи уявні недоліки. Реактивне формування – це захисний механізм, що підміняє неприйнятні для свідомості спонукання гіпертрофованими, протилежними тенденціями. Заперечення представляє собою механізм відкидання думок, почуттів, прагнень, потреб, дій, які є неприйнятними з точки зору свідомості. І останній захисний механізм, наведений автором, це зміщення, що представляє собою процес пере направлення емоції, адресованої певній особі чи об'єкту, на іншу людину/об'єкт.

Автори М.М. Орос та Н.Ф. Пригода подають алгоритм терапії клієнтів із проблемою тривожності після перенесеного covid-19 наступним чином [21, 31]. Особливість корекційної роботи залежить від ступеня тяжкості тривожності клієнта, тому необхідно провести психодіагностичну роботу. Для вимірювання тривожності автори рекомендують такі методики: Стенфордський опитувальник гострої стресової реакції, Шкала Спілбергера-Ханіна, Шкала депресії, тривоги та стресу. Роботу із клієнтом слід розпочинати із когнітивно-поведінкової психотерапії, самоменеджменту із релаксаційними вправами та дихальними техніками. У випадках, коли клієнт страждає важкими формами тривожності, рекомендоване поєднання психотерапії із фармакотерапією.

Окрім цього автори М. Орос та Н.Ф. Пригода пропонують ще й такі варіанти психотерапії тривожності [21, 31]: гіпнотичні інтервенції (аутотренінг, дихальні вправи, техніки для розвитку уваги та концентрації авторства Кабат-Зіна, техніки по роботі із уявою типу «безпечне місце»); психодинамічні інтервенції (пом'якшення механізмів захисту психіки, пов'язаних із тривогою); ароматерапію; фітотерапію.

При роботі із клієнтами з проблемою тривожності, згідно думки Річарда Хеллема [38, 14], консультанту важливо допомогти клієнту розвинути такі важливі здібності як то: здатність виділяти суттєве; здатність глибоко мислити в протилежність дихотомічному мисленню, що не включає жодних відтінків окрім чорного й білого кольорів; здатність позбуватися від роздумів про малоймовірні негативні сценарії ситуацій; здатність справлятися із невизначеністю; формування адекватної самооцінки.

Окрім загальних, інтегративних схем щодо підходу до консультування клієнтів із проблемою тривожності, також існують більш вузькі алгоритми для терапії тривожності, які пропонують конкретні психотерапевтичні школи. Найбільш широко вживаною, доказовою та ефективною являється когнітивно-поведінкова терапія [4, 30]. Вона розглядає проблему тривожності як видозмінення її механізму. В нормативному перебігу тривога має лінійний характер, тоді як при розладі вона стає циклічною, перетворюючись для індивіда на проблему [15, 5]. У перетворенні тривоги на циклічний механізм, згідно теорії когнітивно-поведінкової терапії, беруть участь два елементи – це негативні думки та переконання, а також неадекватні поведінкові реакції [15, 6]. Уся психотерапія направлена на те, щоб вивести тривогу на її лінійний, нормативний рівень, працюючи над негативними думками, неадекватною поведінкою та емоціями.

Для терапії тривожності у когнітивно-поведінковій терапії передбачені такі модулі [8, 44]:

1. психосвітній (психоедукаційний) модуль передбачає інформування клієнта про суть когнітивно-поведінкової терапії,

- про природу та особливості тривожних розладів; тренінг по усвідомленню хвилювання (із записами про час та зміст турбуючих думок);
2. модуль, що направлений на усвідомлення власної низької толерантності до невизначеності та на її подолання – включає налагодження зв'язку між низькою толерантністю до невизначеності та перебільшеним хвилюванням; усвідомлення та прийняття неминучості ситуацій невизначеності у житті людини; розвиток здібності розпізнавати різноманітні ситуації, що маніфестують стани нетолерантності до невизначеності; вияв ситуацій, провокуючих стани хвилювання з приводу невизначеності та занурення у них на основі методу експозиції;
 3. модуль, направлений на переоцінку цінності хвилювання – виявлення всіх аргументів на користь тривожності; виявлення аргументів та аналіз негативних наслідків хвилювання як неефективної стратегії співладання із небезпекою;
 4. модуль, направлений на вирішення проблем – підготовка до неминучості невизначеності в процесі вирішення проблем; визначення існуючих проблем та формулювання цілі по їх подоланню; напрацювання різноманітних можливих шляхів досягнення цих цілей; вибір оптимального шляху; використання обраних засобів та оцінка результату;
 5. модуль, направлений на подолання когнітивного уникнення та вироблення здібності справлятися із неприємними думками та образами – обговорення образів, що лякають; опис почуттів та суб'єктивна оцінка рівня тривоги; тренування стійкості до цих образів та почуттів на основі методу експозиції;
 6. модуль, направлений на профілактику рецидивів – закріплення усіх отриманих знань на навичок; обговорення можливих тригерів та провокацій, які можуть сприяти поверненню старого

неефективного стилю співладання; обговорення способів поведінки в подібних ситуаціях, в яких проявляється старий стиль реагування.

3.2 Програма психологічної інтервенції

Для психологічної інтервенції щодо проблеми тривожності у осіб, що перенесли covid-19 ми пропонуємо за основу комплексну програму, запропоновану Федченко В.Ю. – кандидатом медичних наук, старшим науковим співробітником відділу неврозів та межевих станів Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України [36]. Дана програма розроблена спеціально для корекції тривожних розладів і включає в себе декілька видів психотерапій: когнітивно-поведінкову, тілесно-орієнтовану та особистісно-орієнтовану. Передбачені як індивідуальні, так і групові заняття. Найбільша увага приділяється методам із когнітивно-поведінкової терапії, оскільки саме вона має велику науково обґрунтовану доказову базу ефективності терапії тривожних розладів [4, 30]. Програму ми доповнили деякими елементами із протоколу когнітивно-поведінкової терапії, представленим автором Статкевич І.Є. [35, 21].

Програма Федченко В.Ю. поділена на три окремі етапи:

1. седативно-підтримуючий (до 4 індивідуальних занять) – базується на методах особистісно-орієнтованої терапії Б. Карвасарського [9]. Також включає методи когнітивно-поведінкової терапії (активно використовуються такі методики як «аналіз переживань» та «віддалення»). Окрім цього використовуються методи тілесно-орієнтованої терапії, запропоновані М. Сандомирським, зокрема методика «м'язового розслаблення»;
2. лікувально-стабілізуючий (до 10 індивідуальних та групових занять) – включає методи особистісно-орієнтованої терапії Б. Карвасарського також методики когнітивно-поведінкової терапії («декатастрофізація», «переоцінка цінностей», «використання уяви»). Також включені методи тілесно-орієнтованої терапії («метод самоконтролю», розроблений Ф. Александером, «Діалог тіла із підсвідомістю» за Д. Гріндером);

3. адаптаційно-профілактичний (до 4 індивідуальних та групових занять) – використання методів особистісно-орієнтованої терапії Б. Карвасарського та методів когнітивно-поведінкової терапії (робота із правильною постановкою цілей та планів).

Отже, психологічна робота починається із першого етапу, що включає в себе 3-4 індивідуальні заняття, завданнями яких є створення психотерапевтичного альянсу, побудованому на довірливому ставленні, а також проведенні психоедукації для ознайомлення клієнта із основами когнітивно-поведінкової терапії (ядро теорії, що негативні думки впливають на емоційний стан та поведінку), основами роботи психіки (АВС-аналіз), усвідомленням того, що стан тривожності має свої особливості і може стати контрольованим. Для цього клієнта навчають:

- робити АВС-аналіз, щоб клієнт міг розкласти ситуацію на складові: ситуація → думка (образ) → реакція;
- веденню щоденника, де клієнт вчитиметься самостійно робити АВС-аналіз, що сприятиме розвитку критичного ставлення до тривожності, оскільки він навчиться бачити в ній закономірності;
- контролю за власним тілом, а саме технікам м'язової релаксації за М. Сандомирським. Автор наводить такі техніки як «Втомлена рука» та «Мисленнєвий рух – пальці рук». Дані техніки використовуються для того, аби навчити тіло пам'ятати відчуття розслабленості [30, 392]. Під час виконання цих технік клієнт вчиться розрізняти та уявляти тілесні відчуття напруги та розслаблення. Під час виникнення стану тривожності пригадування відчуття розслаблення стимулюватиме організм до заспокоєння. Автор технік М. Сандомирський зауважує, що для досягнення найбільшого ефекту, необхідно деякий час виконувати зазначені техніки регулярно, аби максимально автоматизувати ефект;

- технікам заспокоєння для екстреної самопомоги у випадках неконтрольованої тривожності. Зокрема, для таких цілей добре підходять дихальні техніки (дихання за квадратом), техніки, що переключать увагу на органи відчуттів (називати смак, запах, колір, дотик, звуки). Також із нейтралізацією тривожності добре працюють техніки довільного малювання (клієнт малює свою тривожність).

Наступний етап включає методи когнітивно-поведінкової терапії у доповненні із вправами із тілесно-орієнтованої терапії [36]. Мішенню психотерапевтичної інтервенції являється стан тривожності, що проявляється у клієнтів відчуттям безсилля перед зовнішнім світом, невпевненістю у власних силах, безпорадністю, перебільшенням загрози та її могутності. Окрім цього за тривожністю нерідко маскуються невирішені внутрішньо особистісні конфлікти із установкою на уникнення. Тому когнітивно-поведінкова терапія має на меті в даному випадку зменшення інтенсивності нав'язливих думок, робота із низькою самооцінкою та невпевненістю. виправлення помилок у мисленні суттєво сприяє пониженню відчуття тривожності.

Автор рекомендує на цьому етапі також і групові заняття, оскільки клієнти, зустрічаючись із іншими людьми зі схожою проблемою, отримують в рази зниження інтенсивності тривожності, оскільки втрачається само сприйняття як самого безпорадного, втрачається унікальність і «самотність» в неприємних симптомах.

Основними техніками цього етапу являються: декатастрофізація, переоцінка цінностей, виявлення негативних когнітивних фільтрів (зокрема, чорно-білого мислення, катастрофізації, перебільшення). Автор зауважує, що при роботі із технікою переоцінки цінностей, помічено, що найпоширенішою причиною тривожності являються завищенні вимоги до себе та нездійснені цілі. Психолог має допомогти клієнту навчитися оцінювати себе об'єктивно та навчити його аналізу майбутніх цілей: чи можливо взагалі досягати високі

цілі, чому вони мають бути саме такими і що буде, якщо зменшити ціль, оскільки це водночас збільшить шанси на її досягнення, оскільки потребуватиме меншої кількості ресурсів.

Також на даному етапі являються корисними й інші методи когнітивно-поведінкова терапії, зокрема, психоедукаційні прийоми задля виявлення когнітивних викривлень. Клієнтам пояснюється, що ці викривлення також можуть посилювати стан тривожності, а тому корисно навчитися їх фіксувати, щоб не давати негативній емоції розгортатися. Клієнту пояснюється про існування когнітивних фільтрів, а саме [35, 24]:

- чорно-біле мислення – це мислення в категоріях, або все добре, або погано. (Як приклад: «якщо я маю тривожність, то я – невдаха»);
- катастрофізація – це передбачення подій у майбутньому виключно в негативному сценарії, при чому повністю ігноруються нормальні варіанти розвитку подій. (Як приклад: сьогодні я вийду на вулицю і зі мною обов'язково трапиться щось погане);
- знецінення позитивного – це ігнорування клієнтом власних здобутків, успіхів, зусиль. (Як приклад: я зміг добре здати екзаменом тільки тому, що мені пощастило);
- емоційне тлумачення – це впевненість у тому, що реальність саме така, як відчувається в даний момент. (Як приклад: я себе погано почуваю, тому і не потрібно щось починати, адже так буде завжди);
- навішування ярликів – це наділення себе або оточуючих безумовними характеристиками із негативним тлумаченням, які в результаті визначають і відповідну до цього ярлику поведінку. (Як приклад: я – невдаха, він – грубіян і тому подібне);
- мінімізація – це оцінка себе або оточуючих із применшення позитивного і перебільшенням негативного. (Як приклад: оскільки

на екзамені я отримав оцінку «Добре», це говорить про те, що я посередність);

- мисленнєвий фільтр невдач – це коли усі події оцінюються через призму негативного ставлення. (Як приклад: мене сьогодні на роботі не похвалили, це значить, що я поганий робітник);
- читання думок – це впевненість у знанні думок інших людей. (Як приклад: мій колега скоріш за все вважає мене невдахою, краще мені його уникати);
- гіпергенералізація – це узагальнення на базі негативного досвіду. (Як приклад: мене не запросили на танок, це значить, що мене ніколи в житті жоден чоловік не запросить потанцювати);
- персоналізація – сприйняття себе як причини усіх негараздів. (Як приклад: офіціант довго не несе моє замовлення, це тому що я невдаха);
- мислення в призмі «я повинен» – це пред'явлення до себе над вимог. (Як приклад: я повинен зробити роботу краще за усіх);
- тунельне мислення – це акцентування уваги виключно на негативних моментах у ситуації. (Як приклад: сьогодні мені вдалося вчасно здати проект, але це не має значення, бо сусід сьогодні зі мною не привітався, а ввечері була неприємна злива).

Щодо тілесно-орієнтованої терапії, то автор пропонує її у формі групових зустрічей, обґрунтовуючи це тим, що через призму «ми маємо схожі симптоми, коли тривожимося» втрачається унікальність «травмованого я», коли клієнт має вищу інтенсивність тривожності через відчуття самотності у власних неприємних тілесних відчуттях. За рахунок великої емпатії між учасникам, в разі полегшується міжособистісна комунікація.

Автором пропонується техніка «Діалог тіла із підсвідомістю» за Д. Гріндером, що направлена на «перемовини» свідомого і несвідомого. Автор вважає, що за допомогою даної техніки можливо досягти безконфліктного

діалогу між свідомим та несвідомим, формуючи нові можливості для більш продуктивних варіантів діяльності. Вдосконалення власних тілесних реакцій дає змогу клієнту позбутися шаблону «стимул-реакція», отримуючи натомість можливість для вибору [36].

Третій, останній етап включає в себе роботу, направлену на закріплення попередніх результатів (уміння проводити саморегуляцію, вибудовувати нові когнітивні стратегії). Етап складається із 4 занять (індивідуальні та групові зустрічі). Чільне місце автор відводить когнітивно-поведінковій терапії, зокрема акцентує увагу на техніці із розвитку навичок по плануванню діяльності. Психолог разом із клієнтом розробляють план по досягненню бажаної для клієнта мети, вибудовуючи план максимально реалістично. В плані мають указувати умови, конкретні дедлайни, засоби досягнення. Оскільки клієнти із тривожністю мають непереносимість до невизначеності на катастроф, то психолог і клієнт мають розглянути «катастрофічні» сценарії форс-мажорів у плані з точки зору клієнта та зафіксувати можливі варіанти дій у таких випадках. План фіксується у письмовому форматі.

Автор пояснює, що на кінцевому етапі у клієнта має сформуватися відповідальність за себе і своє психологічне благополуччя, адже здобуті інструменти самопомочі дозволятимуть ефективно справлятися із тривожним станом. Таким чином відповідальність за психологічну стабільність переходить від психолога безпосередньо до клієнта. Адекватні самооцінка, вимоги та очікування – це, на думку автора, найкраща профілактика тривожності. І саме такі якості мають на виході сформуватися у осіб із проблемою тривожності.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Ми розглянули різні існуючі підходи до консультування осіб із проблемою тривожності після covid-19 та запропонувати комплексну програму психологічної інтервенції. Загальна схема психотерапії клієнтів із проблемою тривожності після перенесеного covid-19 може включати різні види психотерапії, наприклад, психоаналіз, тілесно-орієнтовану психотерапію, когнітивно-поведінкову психотерапію. Комплексний підхід до корекції тривожності, що включає також, за Корабельниковою О.О., психопрофілактику, психокорекційні та психосоціальні засоби має найбільшу ефективність.

Для психологічної інтервенції ми запропонували комплексну програму від кандидата медичних наук Федченко В.Ю. доповнивши її деякими елементами із протоколу когнітивно-поведінкової терапії. Дана програма розроблена спеціально для корекції тривожних розладів і включає в себе декілька видів психотерапій: когнітивно-поведінкову, тілесно-орієнтовану та особистісно-орієнтовану. Передбачені як індивідуальні, так і групові заняття. Найбільша увага приділяється методам із когнітивно-поведінкової терапії, оскільки саме вона має велику науково обґрунтовану доказову базу ефективності терапії тривожних станів.

В результаті клієнт отримує і психоедукацію (знання по основам роботи психіки, основам когнітивно-поведінкової терапії: АВС-аналіз, виявлення когнітивних фільтрів), що сприяє розвитку його критичного мислення і ставлення до своєї тривожності, оскільки він розуміє специфіку цього стану, який можливо і необхідно контролювати. А також клієнт оволодіває практичними навичками самопомоги, які допомагають фізично справлятися із тривожністю (вправи для екстреної самопомоги при тривожності: дихальні вправи, м'язова релаксація, переключення уваги на органи відчуттів). Усе це разом у комплексі сприяє формуванню у клієнта

адекватного самосприйняття, довірі до себе, підвищенню його самооцінки та вироблення ефективних копінг-стратегій у подоланні стану тривожності.

ВИСНОВКИ

Проведення дослідження статевих особливостей тривожності в осіб, що перенесли covid-19 ми почали з аналізу наукової літератури з даної проблеми, і встановили, що дослідженню феномена тривоги загалом, та у контексті зазначеної тематики присвячена велика увага низкою зарубіжних та вітчизняних дослідників. Феномен тривоги настільки різнобічний, що розглядається авторами, зокрема, і з точки зору нормативності (як ситуативний стан, що спонукає організм мобілізувати сили для протидії стресу), і з точки зору патологічності (як стан, що пригнічує організм та призводить до дезадаптації), і з точки зору особистісної риси (тривожність).

Дослідження тривоги в контексті постковідного синдрому активно здійснюється як зарубіжними, так і українськими дослідниками. Існуючі на даний момент дані дозволяють говорити про те, що у певної частини осіб, що перенесли covid-19 наявні клінічні прояви тривоги у тій, чи іншій мірі. Питання походження тривоги після covid-19 активно вивчається, адже існує низка гіпотез, зокрема: це може бути як результат негативного впливу covid-19 на ЦНС людини; це може бути наслідком «коронавірусного синдрому», що є стресовою реакцією на негативні наслідки пандемії covid-19; це може бути ускладненням психічного стану на фоні існуючого психічного розладу в анамнезі чи на фоні тривожності як особистісної риси.

Стосовно статевих відмінностей тривожності в осіб, що перенесли covid-19 нам вдалося виявити із наукової літератури те, що жінки, що перехворіли на коронавірусну інфекцію covid-19 у більшій мірі, ніж чоловіки схильні до тривожності та депресії (у різних дослідженнях вказується, що більший відсоток по тривожним розладам в постковідний період відноситься до жіночої статі) . Жіноча стать являється одним із факторів, що впливає на вираженість симптомів тривоги. В науковій літературі є дані про те, що жінки, що перехворіли на коронавірусну інфекцію covid-19 у більшій мірі, ніж чоловіки схильні до появи страху та уникнення соціальної взаємодії, а

також страху та уникнення ситуацій, в яких можливо стати об'єктом уваги з боку оточуючих.

Нами були організовано і проведено емпіричне дослідження стосовно зазначеної теми. Дослідження базувалося на опитуванні, що включало дві методики (Шкала оцінки рівня реактивної і личностної тривожності Спилбергера-Ханина» та «SPIN-тест на соціофобію») та анамнестичну анкету. Опитування проводилося анонімно та конфіденційно з інформуванням респондентів про те, що отримані дані будуть використані в рамках студентської роботи лише у вигляді статистичних даних. Опитування відбувалося в онлайн-форматі за допомогою Google-Forms. Пошук вибірки здійснювався за допомогою анонсу щодо проведення студентського дослідження на дану тематику у соцмережі Facebook. Наша вибірка складала 50 осіб, що перенесли хворобу COVID-19.

Отримані дані ми проаналізували за допомогою математично-статистичної обробки даних в спеціалізованій програмі Jamovi. Проінтерпретували отримані дані наступним чином:

- наші досліджувані мають високий рівень особистісної тривожності, що може пояснюватися тим, що у вибірку потрапили особи із тривожністю як стійкою індивідуальною характеристикою, відображаючою схильність даних осіб до тривоги та вразливістю до дії різних стресорів;
- наші досліджувані не мають високого рівня реактивної (ситуативної) тривожності. Ми висуваємо припущення щодо цього моменту таке, що наші досліджувані, маючи високу особистісну тривожність по замовчуванню, знаходяться постійно в тривожному стані, а тому можуть не виділяти ситуативно цей стан як незвичайний для себе, оскільки знаходяться в стані тривоги перманентно. Однак, слід зауважити, що статистичний аналіз, а саме метод перевірки гіпотез про середні, дає нам привід для проведення додаткового дослідження цього аспекту,

оскільки статистично значимі показники дозволяють робити припущення про те, що на іншій вибірці може бути виявлено високий рівень реактивної тривожності;

- усереднений досліджуваний нашої вибірки не має вираженої соціофобії. Слід зауважити, що ми ввели аспект дослідження соціофобії в нашу роботу тому, що зустрічали в науковій літературі дані про високий рівень соціальної тривожності в осіб, що перехворіли на covid-19. Наші дані можуть говорити або про те, що нашої вибірці не притаманна соціальна фобія, або про те, що обрана нами методика вимірювання SPIN не являється підходящою і необхідний інший інструмент вимірювання, адже в статистичному аналізі ми знайшли високі позитивні кореляції між шкалами тривожності і соціофобією;
- ми не виявили різниці між рівнями тривожності у тих, хто хворів в легкій, середній або тяжкій формі covid-19;
- ті, хто перехворів раніше, мають вищий рівень за кожною зі шкал тривожності та за шкалою соціофобії ніж ті, хто перехворів протягом останнього півроку. Такі показники нас здивували, адже ми припускали, що результат має бути протилежним;
- жінки мають вищий рівень ніж чоловіки як за шкалами тривожності, так і за шкалою соціофобії. Цікаво, що ці результати співвідносяться із результатами багатьох досліджень, котрі виявили, що жінки мають високий рівень тривожності після covid-19. Подібні результати можуть пояснюватися, зокрема тим, що жінки являються більш емоційно залежними, ніж чоловіки, а також більшою вразливістю жінок до страху та уникнення ситуацій, в котрих можна бути об'єктом уваги зі сторони оточуючих;
- ми не встановили жодного взаємозв'язку між шкалами тривожності, соціофобії та: а) рівнем щомісячного доходу; б) віком досліджуваних; с) наявністю або відсутністю вищої освіти. З приводу останнього

зауважимо, що цікаво, що автори Хаустова Е.А., Чабан О.С. навпаки наводили дані про те що, виявлено позитивну кореляцію тяжкості тривожності із низьким рівнем освіти [37, 89];

- ми не змогли встановити кореляції між рівнем тривоги та тим, з ким проживав досліджуваний на момент хвороби. В даному аспекті ми мали на меті дослідити чи є кореляція між рівнем тривоги та тим проживає особою сама чи в колі інших людей. Однак, оскільки розподіл вибірки вийшов дуже нерівномірним ми не проводили аналізу. Це дає підґрунтя для пошуку підходящої вибірки для подальшого аналізу цього аспекту.

Ми розглянули різні існуючі підходи до консультування осіб із проблемою тривожності після covid-19 та запропонувати комплексну програму психологічної інтервенції. Загальна схема психотерапії клієнтів із проблемою тривожності після перенесеного covid-19 може включати різні види психотерапії, наприклад, психоаналіз, тілесно-орієнтовану психотерапію, когнітивно-поведінкову психотерапію. Комплексний підхід до корекції тривожності, що включає також, за Корабельниковою О.О., психопрофілактику, психокорекційні та психосоціальні засоби має найбільшу ефективність.

Для психологічної інтервенції ми запропонували комплексну програму від кандидата медичних наук Федченко В.Ю., доповнивши її деякими елементами із протоколу когнітивно-поведінкової терапії. Дана програма розроблена спеціально для корекції тривожних розладів і включає в себе декілька видів психотерапій: когнітивно-поведінкову, тілесно-орієнтовану та особистісно-орієнтовану. Передбачені як індивідуальні, так і групові заняття. Найбільша увага приділяється методам із когнітивно-поведінкової терапії, оскільки саме вона має велику науково обґрунтовану доказову базу ефективності терапії тривожних розладів.

В ході такої інтервенції клієнт отримує і психоедукацію (знання по основам роботи психіки, основам когнітивно-поведінкової терапії: АВС-

аналіз, виявлення когнітивних фільтрів), що сприяє розвитку його критичного мислення і ставлення до своєї тривожності, оскільки він розуміє специфіку цього стану, який можливо і необхідно контролювати. А також клієнт оволодіває практичними навичками самопомоги, які допомагають фізично справлятися із тривожністю (вправи для екстреної самопомоги при тривожності: дихальні вправи, м'язова релаксація, переключення уваги на органи відчуттів). Подібний комплексний підхід сприяє формуванню у клієнта адекватного самосприйняття, довіри до себе, підвищенню його самооцінку та вироблення ефективних копінг-стратегій у подоланні стану тривожності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ахмедов Т.И. Психологические проблемы тревожности, *Международный медицинский журнал*. 2005. №1. С.23-30.
2. Ахмедов Т.И. Тревога и страх в структуре личности психосоматического человека // *Арх. психіатр.* 2002. № 4 (31). С.151–157.
3. Болучевская В. В., Дремлюк А.С. Исследование социальных фобий у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию – covid-19. *Научный журнал «Студенческий форум»*. 2021. № 17 (153). С. 55-62.
4. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію ВИДАВНИЦТВО «СВІЧАДО», ЛЬВІВ 2014. – 410 с.
5. Дорошева Е. А., Крутиков Я. Д., Кудинов В. Н. Влияние заболевания COVID-19 на временную перспективу личности // *Reflexio*. 2020. Т. 13, № 2. С. 30–43.
6. Зубрицкая Е. В., Ковалева А. В., Соболева М. Е. Субъективное состояние пациентов, перенесших covid-19, по данным анкетирования. *Проблемы и перспективы развития современной медицины*. 2021. № 7. С. 172-174
7. Казарина А.П., Селиханова В.М. Постковидные депрессии. Обзор литературы // *Наука и Здравоохранение*. 2021. №3 (Т.23). С. 16-23
8. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторац С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии* №4, 2016, С. 42-52
9. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. — М.: Медицина, 1985. — 304 с.
10. Ковпак, Д. В. Клинико-психологические характеристики больных агорафобией и социофобией в процессе интегративной когнитивно-поведенческой психотерапии : дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18. — «Психиатрия» / Дмитрий Викторович Ковпак. — СПб., 2005. — 233 с.

11. Корабельникова Е. О. Тревожные расстройства в условиях пандемии COVID -19. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2021. № 1 (Т. 16). С.79-85.
12. Корабельникова Е. А. Современный подход к диагностике и терапии тревожных расстройств. Терапия.2018; №7-8, С.63-68.
13. Корб А. Восходящая спираль. Как нейрофизиология помогает справиться с негативом и депрессией — шаг за шагом, ООО «Манн, Иванов и Фербер», 2017, 207 с.
14. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования, М.: "Академический проект", 1999 (электронный вариант)
15. Крок У. Експозиція та поведінкові експерименти в психотерапії розладу соціальної тривоги в методі КПТ, Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, Львів, 2015, 28 с.
16. Малкова А.А., Уракова А.В. та Теркулова А.А. Ковидный хвост, Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet». 2021. №5. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kovidnyy-hvost>
17. Міщиха Л.П., Якубовська І.О. та Курилів Г.М Психонейроімунологічні аспекти постковідного синдрому, психіатрія, неврологія та медична психологія, 2021. №16. С. 58-65.
18. Міщиха Л. П. Психічне здоров'я як складова особистісного благополуччя / Міщиха Л. П, Кулеша-Любінець М. М. // Збірник наукових праць. – 2020. – №1. – С. 161–166.
19. Нехорошкова А. Н., Большевидцева И. Л. Нейробиологические предпосылки формирования тревожных состояний. Вестник САФУ. Сер.: «Медико-биологические науки». 2016; №3, С.24-36.
20. Ольховецький С.М., Феноменологія тривоги та страху. Проблеми сучасної психології. 2010. Випуск 9, С. 174-183
21. Орос М.М., Пригода Н.Ф. Тривога та COVID -19. Журнал неврології ім. Б.М. Маньковського №2021, ТОМ 9, № 4, С. 30-32

22. Островский Д.И., Иванова Т.И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы). Омский психиатрический журнал. 2020. № 2(24). С.4-10.
23. Пилипенко В. М. Нейроендокринні порушення при COVID 19 і постковідному синдромі й перспективи застосування препаратів - аміномасляної кислоти /Пилипенко В. М. // Здоров'я України 21 сторіччя. – 2020. – №23. – С. 22–25.
24. Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. 1998. № 2. С. 11-17.
25. Прихожан, А. М. Психология тревожности / А. М. Прихожан. — СПб.: Питер, 2007. — 192 с.
26. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.— Самара: Издательский. Дом «БАХРАХ-М», 2001. — 672 с.
27. Руженкова В.В., Руженков В.А., Данилюк Е.А., Гомеляк Ю.Н. Русскоязычная адаптация SPIN-теста для скрининг-диагностики социофобии. Психическое здоровье. 2019. №11. С. 44-50.
28. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Социальные страхи и социофобии. - Томск: Изд-во Том. ун-та, 2007. - 210 с.
29. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. №. 4. С. 15-22.
30. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство: Независимая фирма «Класс», М.: 2005, 570 с.
31. Сидоров К.Р. Тревожность как психологический феномен. Вестник удмуртского университета. 2013. №2. С. 42-52.
32. Соловьева С.Л. Тревога и тревожность: теория и практика // Медицинская психология: электрон. науч. журн. – 2012. – N 6 (17). – Режим доступа: <http://medpsy.ru>

33. Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19// Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2020. № 2. С 87-94
34. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Страх / Сост. П.С. Гуревич. - М., 1998.— 260 с.
35. Статкевич И.Е. Когнитивно-поведенческая терапия: обзор протокола. Практикум для профессионала, Диалог №9, 2014, С. 21-29
36. Федченко В.Ю. Комплексна психотерапевтична корекція невротичних розладів з симптомами тривоги. Український вісник психоневрології, 2015. Том 23, випуск 4 (85), С. 90-96
37. Хаустова Е.А., Чабан О.С. Фармакотерапия психических расстройств, ассоциированных с COVID-19. «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология», 2021. № 1 (том 12) С. 85-105.
38. Хэллем Р. Консультирование по проблемам тревожности. - М.: ПЕР СЭ; Институт консультирования и системных решений - 191 с.
39. César Fernández-de-las-Peñas, Oscar J. Pellicer-Valero. The number of symptoms at the acute COVID-19 phase is associated with anxiety and depressive long-term post-COVID symptoms: A multicenter study. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8455234/>
40. Francesca Bai, Daniele Tomasoni Female gender is associated with long COVID syndrome: a prospective cohort study, 9 Clinical Microbiology and Infection №28 (2022) Режим доступа: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.11.002>
41. Ho C.S., Chee C.Y., Ho R.C. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. J. Ann. Acad. Med. Singapore., 49 (1) (2020), pp. 1-3, Режим доступа: [10.47102/annals-acadmedsg.202043](https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.202043)

42. Jiawen Deng, Fangwen Zhou The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis 02 October 2020. Режим доступа: <https://doi.org/10.1111/nyas.14506>
43. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019 // JAMA New Open. 2020. № 3 (3): e203976. Режим доступа: DOI10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
44. Liu D., Baumeister R.F., Veilleux J.C., Chen C., et al. Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19. J. Psychiatr. Res., 292 (2020), Режим доступа: 10.1016/j.psychres.2020.113297
45. Mario Gennaro Mazza Rebecca De Lorenzo Brain, Behavior, and Immunity , №89 (2020), 594-600 Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors, 597. Режим доступа: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
46. Mental Health UK. Managing your mental health during the coronavirus outbreak. Accessed March 31, 2020. Режим доступа: <https://mentalhealth-uk.org/help-and-information/covid-19-and-your-mental-health/>.
47. O'Connor DB, Aggleton JP, Chakarabarti B, Armitage CJ. Research priorities for the COVID-19 pandemic and beyond: a call to action for psychological science. Br J Psychol [Epub ahead of print] 19 Jul 2020. Режим доступа: <https://doi.org/10.1111/bjop.12468>.
48. Palacios-Cena, J.Molina-Trigueros. Anxiety, depression and poor sleep quality as long-term post-COVID sequelae in previously hospitalized patients: A multicenter study. Journal of Infection. Volume 83, Issue 4, October 2021, Pages 496-522. Режим доступа: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.06.022>
49. Pierce M., Hope H., Ford T. et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. // Lancet Psychiatry. 2020. Vol. 7, N 10. P. 883-892.

50. Shanbehzadeh S., Tavahomi M., Zanjari N., Ebrahimi-Takamjani I., Amiri-Arimi S. Physical and mental health complications post-COVID-19: scoping review. *J. Psychosom. Res.* 2021;147:110525 Режим доступа: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399921001707>
51. Spielberger C.D. *Anxiety: Current trends in theory and research*. N.Y., 1972. Vol. 1. P. 24-55.
52. Tsamakis K. et al. COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Exp. Ther. Med.*, 19 (6) (2020), pp. 3451-345, Режим доступа: www.spandidospublications.com/10.3892/etm.2020.8646
53. Wu J, Chen X., Yao S., Liu R. Anxiety persists after recovery from acquired COVID-19 in anaesthesiologists *J. Clin. Anesth.*, 67 (2020), p. 10998. Режим доступа: [10.1016/j.jclinane.2020.109984](https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2020.109984)
54. Weerahandi H., K.A. Hochman, E. Simon, C. Blaum, J. Chodosh, E. Duan, et al. Post-discharge health status and symptoms in patients with severe COVID-19 *J. Gen. Intern. Med.* (2020), pp. 1-8, Режим доступа: [10.1101/2020.08.11.20172742](https://doi.org/10.1101/2020.08.11.20172742)
55. Xiang Y.T., Yang Y., Li W., Zhang L., Zhang Q., Cheung T., Ng C.H. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*, 7 (3) (2020), pp. 228-229. Режим доступа: [10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
56. Yao H., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry. Res.* 2020; №12:112954
57. Zaramella B., Ismael F. Post-infection depression, anxiety and PTSD: a retrospective cohort study with mild COVID-19 patients, medRxiv. (2020), Режим доступа: <https://doi.org/10.1101/2020.08.25.20182113>
58. Zhang M., Ho R.J.T. Moodle: the cost effective solution for internet cognitive behavioral therapy (I-CBT) interventions. *Technol. Health Care*, 25 (1) (2017), pp. 163-165, Режим доступа: [10.3233/THC-161261](https://doi.org/10.3233/THC-161261)

59. Zhou J., Liu L., Xue P., et al. Mental Health Response to the COVID-19 Outbreak in China // *Am J Psychiatry*. 2020; 177(7): C. 574-575.
60. Zinbarg R.E., Barlow D.H., Hertz R.M. Cognitive-behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders // *Annual Review of Psychology*. 1992. Vol. 43. P. 235-267.