

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: Особливості психологічних станів людини в умовах
COVID 19**

Виконала: студентка II курсу,
групи 8.0530-2з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Матюхіна Олена Юріївна
Керівник: к.психол.н., доцент кафедри
психології Поплавська А. П.
Рецензент: к.психол.н., доцент кафедри
психології Грединарова О.М.

Запоріжжя

2021

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« ____ » _____ 2021 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Матюхіної Олени Юріївни

Тема роботи: Особливості психологічних станів людини в умовах COVID 19

керівник роботи Поплавська А. П. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «30» липня 2021 року № 1137-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки розглянути підходи до вивчення психологічних станів під час хвороби на коронавірус та основних понять дослідження; розглянути методи психологічної діагностики психологічних станів пацієнтів під час та після хвороби Covid-19; обґрунтувати необхідність проведення психокорекційної та консультативної роботи з пацієнтами, які перенесли Covid-19.

5. Перелік графічного матеріалу: 4 рисунки, 7 таблиць.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	<u>Поплавська А. П.</u> , доцент		
Розділ 1	<u>Поплавська А. П.</u> , доцент		
Розділ 2	<u>Поплавська А. П.</u> , доцент		
Розділ 3	<u>Поплавська А. П.</u> , доцент		
Висновки	<u>Поплавська А. П.</u> , доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2021 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2021 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2021 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-липень 2021 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	вересень 2021 р.	Виконано
6	Написання висновків	жовтень 2021 р.	Виконано
7	Передзахист	листопад 2021 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2021 р.	Виконано

Студент _____ О. Ю. Матюхіна

Керівник роботи _____ А. П. Поплавська

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 80 сторінок, 4 рисунки, 7 таблиць, 80 джерел, 3 додатка.

Об'єкт: психологічні стани, викликані Covid-19.

Предмет: специфіка проявів психологічних станів під час та після перенесення хвороби.

Мета: теоретично обґрунтувати та експериментально дослідити специфіку проявів психологічних станів під час та після перенесення хвороби Covid-19.

Гіпотези:

1. Переживання такої хвороби як Covid-19 призводить до порушень та трансформації психологічних станів не тільки під час хвороби, а й після її лікування.

Методи дослідження: теоретичні (теоретичний і порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури); емпіричні (спостереження; бесіда; тестування).

Наукова новизна роботи полягає у визначенні специфічних особливостей переживання хвороби Covid-19 та змін у психологічних станах пацієнтів.

Отримані в результаті дослідження, можуть застосовуватися медичними психологами і працівниками психологічних служб в організації консультативної, психопрофілактичної і психокорекційної роботи з людьми які перенесли Covid-19.

ПСИХОЛОГІЧНІ СТАНИ, ХВОРІ НА COVID-19, ДЕПРЕСИВНІ ТЕНДЕНЦІЇ, ПОСТКОВІДНИЙ СИНДРОМ.

SUMMARY

Matukhina O. Y. Analysis of psychological states caused by Covid-19.

Master's qualification work: 80 pages, 4 drawings, 7 tables, 80 sources, 3 appendices.

The research object: psychological states caused by Covid-19.

The research subject: specific manifestations of psychological states during and after the process of the disease.

The purpose of the research is to theoretically substantiate and experimentally verify the specifics of manifestations of psychological states during and after the process of Covid-19 disease.

Hypotheses:

1. Experiencing a disease such as Covid-19 leads to disorders and transformation of psychological conditions not only during the disease, but also after its treatment.

Research methods: theoretical (theoretical and comparative analysis of psychological and pedagogical literature); empirical (observation; conversation; testing).

The scientific novelty of the work is that to determine the specific characteristics of experiencing Covid-19 disease and changes in the psychological state of patients.

The results of the study can be used by medical psychologists and psychological service workers in the organization of advisory, psychoprophylactic and psycho-treatment work with people who have suffered Covid-19.

PSYCHOLOGICAL CONDITIONS, PATIENTS WITH COVID-19, DEPRESSIVE TENDENCIES, POSTCOIDAL SYNDROME.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади визначення психологічних станів при інфекційних захворюваннях.....	10
1.1. Психологічні стани особистості.....	10
1.2. Психологічні стани при інфекційних захворюваннях.....	24
РОЗДІЛ 2. Особливості проявів психологічних станів при захворюванні на Covid-19.....	39
2.1. Вплив COVID-19 на психологічний стан.....	39
2.2. Психологічні стани особистості з постковідним синдромом.....	57
РОЗДІЛ 3. Експериментальне дослідження психологічних станів особистості з постковідним синдромом.....	65
3.1. Методи, методика та процедура дослідження.....	65
3.2. Результати дослідження та їх інтерпретація	68
ВИСНОВКИ.....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	80
ДОДАТКИ.....	88

ВСТУП

Актуальність дослідження. Пандемія коронавірусу, яка охопила світ у 2020 році, докорінно змінила життя українців. Причому зміни торкнулися і роботи та доходів, і навіть таких речей, як спосіб життя, дозвілля і спілкування. Безсумнівно, найбільший вплив ковіду був на стан здоров'я населення. Пандемія є викликом не лише для фізичного здоров'я, але й для психічного. Напередодні третього року пандемії COVID-19 її вплив на психічне здоров'я та самопочуття людей залишається суттєвим.

Хвора людина відрізняється від здорової тим, що в неї поряд із змінами функціонування внутрішніх органів і самопочуттям якісно змінюється сприйняття і відношення людини до оточуючих подій, до самої себе, створюється особливе положення серед близьких людей і в суспільстві. Спостерігається перебудова інтересів від зовнішнього світу до власних відчуттів, функцій власного тіла, обмеження інтересів.

Стан хвороби, який супроводжується аномальними реакціями на неї, які виходять за рамки типових для даної людини, а тим більш породжувані внутрішньою хворобою стійкі порушення психіки хворого є вже хворобливим станом психіки, яку доповнюють і ускладнюють клінічну картину основної хвороби.

Кожний психічний стан є переживанням суб'єкта й водночас діяльністю його різних систем, він має зовнішнє вираження і виявляється у зміні ефекту діяльності, яку виконують. Тільки за сукупністю показників, що відображають кожний з цих рівнів, можна зробити висновок про наявність у людини того чи іншого стану. Ні поведінка, ні різні психофізіологічні показники, взяті окремо, не можуть достовірно диференціювати один стан від іншого. Провідне місце в діагностиці станів належить переживанням, пов'язаним зі ставленням особистості. Виокремлення останнього як чільного чинника психічного стану особистості дає змогу розглядати психічний стан

саме як якісну характеристику психіки особистості, що об'єднує у собі психічні процеси та властивості особистості та здійснює вплив на них.

Проблема психічних (психологічних) станів детально вивчалась як вітчизняними, так і зарубіжними психологами. Психічні стани стали вперше предметом системного наукового аналізу у дослідженнях М. Левітова. Значний внесок у проблематику дослідження психічних станів особистості зробили такі вчені як Б. Додонов, О. Ковальов, Г. Леонова, С. Рубінштейн, П. Якобсон. Серед сучасних дослідників варто відзначити праці Є. Ільїна, А. Мікляєвої, В. Семиченко.

Аналіз поняття «психологічний стан» в дослідженнях і публікаціях, дозволяє говорити про відсутність єдиного підходу до його розуміння.

Об'єкт дослідження – психологічні стани, викликані Covid-19.

Предмет дослідження – специфіка проявів психологічних станів під час та після перенесення хвороби Covid-19.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально дослідити специфіку проявів психологічних станів під час та після перенесення хвороби Covid-19.

Гіпотеза: в основу гіпотези покладено припущення про те, що переживання такої хвороби як Covid-19 призводить до порушень та трансформації психологічних станів не тільки під час хвороби, а й після її лікування.

Завдання дослідження:

1. Визначити сутність та зміст поняття «психологічний стан». На основі аналізу літературних джерел розглянути підходи до вивчення психологічних станів під час хвороби на коронавірус та основних понять дослідження.

2. Проаналізувати зарубіжні та вітчизняні джерела, які стосуються психологічних особливостей переживання хвороби Covid-19.

3. Розглянути методи психологічної діагностики психологічних станів пацієнтів під час та після хвороби Covid-19.

4. Обґрунтувати необхідність проведення психокорекційної та консультативної роботи з пацієнтами, які перенесли Covid-19.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, тестування.

Наукова новизна полягає у визначенні специфічних особливостей переживання хвороби Ковід-19 та змін у психологічних станах пацієнтів .

Практична значущість полягає у можливості використання даних дослідження у роботі психологів з пацієнтами, які перенесли Ковід-19.

Підхід до стану хвороби на основі цілісного розуміння організму завжди враховує складні взаємовідношення, які існують між психічним станом людини, настроям сприйняття оточуючого світу, поведінка і плани. Затяжне соматичне захворювання, необхідність довгий час знаходитись в стаціонарі, «особливе положення хворого», в деяких випадках призведе до зміни особистості у вигляді патологічного розвитку, при якому виникають риси характеру, раніше не властиві цій людині. Ці риси характеру можуть перешкоджати або утруднювати лікування, призводити до інвалідності, створювати конфлікти в лікувальних закладах, викликати негативне становлення оточуючих, повністю змінити подальше життя.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 80 найменувань та додатків на 6 сторінках. Загальний обсяг основного тексту 80 сторінок. Робота містить 7 таблиць та 4 рисунка.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

1.1. Психологічні стани особистості

Психічний стан розглядається, з одного боку, як інтегроване відображення у психіці взаємодії внутрішніх умов і зовнішніх впливів у відносно статичний відрізок часу. З іншого – як проекція психічних процесів на психічні властивості людини, унаслідок чого зіштовхнуться психоенергії різних потенціалів, що зумовлює появу тимчасової надлишкової психоенергії, яка й визначає психічний стан людини. Після її нейтралізації зникає стан, який вона зумовила.

Під *психічним станом* розуміють тимчасовий функціональний рівень психіки, який відображає взаємодію впливу внутрішнього середовища організму або зовнішніх чинників та визначає спрямованість перебігу психічних процесів у цей момент і вияв психічних властивостей людини.

З позицій функціонування психічний стан особистості виражається в тому, наскільки швидко чи повільно відбуваються в ньому реакції і процеси, як виявляються наявні психічні властивості [56].

Психічний стан тісно пов'язаний з індивідуальними властивостями особистості, оскільки він характеризує психічну діяльність не загальною, а індивідуально. Стан страху в однієї людини може виявлятися у психічному збудженні, а в іншій – у психічному «паралічі», гальмуванні психічної діяльності. Так само, як психічні властивості відбиваються на психічних станах, психічні стани можуть переходити у психічні властивості. Якщо людина дуже часто переживає стан тривоги, можливе формування особистісної властивості – тривожності. Але відповідність між психічним станом і рисою особистості не є правилом. Зокрема, поруч з «нестримністю» як стійкою властивістю холеричного типу існує «нестримність» як стан, який

може виникати в кожної людини і не бути характерною властивістю поведінки.

Психічні стани можуть позитивно впливати на виконувану діяльність, на процес спілкування, а можуть і дезорганізувати їх. Психічний стан—це своєрідне накопичення психоенергії.

Кожний психічний стан є переживанням суб'єкта й водночас діяльністю його різних систем, він має зовнішнє вираження і виявляється у зміні ефекту діяльності, яку виконують. Тільки за сукупністю показників, що відображають кожний з цих рівнів, можна зробити висновок про наявність у людини того чи іншого стану. Ні поведінка, ні різні психофізіологічні показники, взяті окремо, не можуть достовірно диференціювати один стан від іншого. Провідне місце в діагностиці станів належить переживанням, пов'язаним зі ставленням особистості. Виокремлення останнього як чільного чинника психічного стану особистості дає змогу розглядати психічний стан саме як якісну характеристику психіки особистості, що об'єднує у собі психічні процеси та властивості особистості та здійснює вплив на них.

Стан фіксує певний статичний момент у характеристиці психічного як чогось цілісного. Психічні стани можна класифікувати як вияви психічних процесів:

- стани емоційні – настрої, афекти, тривога тощо;
- стани вольові – рішучість, розгубленість тощо;
- стани пізнавальні – зосередженість, замисленість тощо.

Психічні стани розрізняють також за глибиною і тривалістю. Пристрасть як психічний стан глибша, ніж настрій. Кожний стан тимчасовий, його може змінити інший. З практичною метою виокремлюють стани миттєві (нестійкі), довготривалі і навіть хронічні, або оперативні, поточні та перманентні. Кожний стан – наприклад, тривога і замисленість, за певних умов може бути і оперативним (нестійким), і поточним (тривалим), і перманентним (хронічним). Перехід станів із поточних у перманентні може

бути і позитивом (стан тренуваності в спорті, рішучості), і негативом (стан втоми, розгубленості).

Складність розрізнення типів психічних станів у тому, що їх майже неможливо розмістити в межах однієї шкали, класифікувати за однією ознакою. Кожен зі станів має свій континуум виявів і набір ознак (рівень усвідомленості, домінування психічних процесів, тривалість, адекватність чи неадекватність ситуації тощо).

Настрої, афекти, пристрасті розглядають як форми виявів афективної сфери, афективних процесів, що розрізняються за тривалістю: від короткочасного афекту до настрою як поточного, тривалого стану і до пристрасті як перманентного, хронічного стану. За рівнем усвідомленості порядок розміщення змінюється: від пристрасті як найбільш усвідомленого стану до настрою та афекту як найменш усвідомлюваного. Щодо домінування психічних процесів за їх складністю і довільністю, то ці стани розміщуються від афекту, де домінують емоції, до настрою і до пристрасті як єдності емоції і волі.

Зв'язок емоційних станів і властивостей найвиразніше виявляється у стані тривоги. Терміном "тривога" позначають емоційну відповідь на можливу психічну загрозу, на відміну від терміна "страх", яким позначається реакція на реальну загрозу, загрозу порушення функцій організму й діяльності, яка здійснюється. Стан тривоги виникає у зв'язку з можливими неприємностями, непередбаченими ситуаціями, змінами у звичній атмосфері й виражається специфічними переживаннями - і хвилювання, побоювання, порушення спокою тощо.

Тривожність як риса особистості є найбільш значущим ризик-фактором, що сприяє нервово-психічним захворюванням. Висока тривожність знижує ефективність інтелектуальної діяльності, гальмує її в напружених ситуаціях, наприклад, під час прийняття рішення на дії в екстремальних ситуаціях.

Вплив стресу залежить від інтенсивності стресорів, тобто чинників, що такий стан зумовлюють, і від індивідуально-психологічних особливостей особистості. У складних життєвих ситуаціях, критичних моментах певний рівень вияву емоційного стресу може стати характерною рисою особистості - схильністю до емоційного стресу. Розрізняють типи особистостей, схильних до стресу і стійких до дії стресорів. У схильних до стресу частіше наявні здатність до конкуренції, чітке прагнення до досягнення мети, агресивність, нетерплячість, неспокій, експресивне мовлення, відчуття постійної нестачі часу.

Отже, у психічних станах поєднуються, зливаються характеристики психічних процесів і властивостей особистості. Аналіз психічного стану дає змогу прогнозувати поведінку особистості, її розвиток та самозростання.

Психічні стани групують за різними ознаками. За суто психологічними ознаками стани бувають інтелектуальні, емоційні, вольові й комбіновані.

Залежно від роду занять особистості психічні стани поділяють на стани у навчальній, трудовій, бойовій, побутовій, екстремальній та інших видах діяльності.

За роллю в структурі особистості стани можуть бути ситуативними, особистісними й груповими. Ситуативні стани виражають особливості ситуації, котра спричинила в особистості нехарактерні для її психічної діяльності реакції. Особистісні й колективні (групові) – стани, які є типовими для конкретної людини чи колективу (групи).

За глибиною переживань розрізняють стани глибокі й поверхові. Наприклад, пристрасть більш глибокий стан, ніж настрої.

За характером впливу на особистість, колектив (групу) стани поділяють на позитивні й негативні.

За тривалістю стани бувають тривалими й короткими. Туга молодих солдатів (матросів) за своєю батьківщиною може охоплювати період до декількох тижнів, поки вони не звикнуть до нових умов, не "вростуть" у

колектив. Стан чекання якої-небудь значущої події в деяких людей виникає за кілька місяців до неї.

За ступенем усвідомленості стани можуть бути більш-менш усвідомленими й неусвідомленими.

Психічним станам властиві такі особливості:

- Цілісність. Хоча стани і належать здебільшого до певної сфери психіки (пізнавальної, емоційної, вольової), вони характеризують психічну діяльність загалом за певний проміжок часу.

- Рухливість і відносна стійкість. Психічні стани мінливі: мають початок, кінець, динаміку. Вони менш постійні, ніж властивості особистості, але більш стійкі, ніж психічні процеси.

- Прямий і безпосередній взаємозв'язок із психічними процесами і властивостями особистості.

У структурі психіки стани розташовуються між процесами і властивостями особистості. Вони виникають унаслідок відображальної діяльності мозку. Але раз виникнувши, стани, з одного боку, впливають на психічні процеси (визначають тонус і темп відображальної діяльності, вибірковість відчуттів, сприйняття, продуктивність мислення індивіда тощо). Психічні стани слугують фоном, який сприяє вияву особливостей чи властивостей особистості. Наприклад, для стану чекання бою, який відчують деякі люди в передбойових умовах, характерне відхиленнями у сфері відчуттів і сприйняття пам'яті і мислення, непорядкованості вольової активності, не властивої їм у звичайних умовах. Одночасно психічні стани випробують на собі вплив попередніх станів і властивостей особистості.

- Індивідуальна своєрідність і типовість. Психічні стани кожної людини своєрідні, оскільки нерозривно пов'язані з індивідуальними особливостями особистості, її моральними та іншими рисами. Людині із сангвінічним темпераментом властиво, як правило, перебільшувати успіхи і витлумачувати все в мажорному світлі, тому що найбільш типовим для неї є піднесений стан.

Риси особистості й пережиті психічні стани не завжди відповідають один одному. Те, що приймається іноді за рису особистості, виявляється нетиповим для даної людини, тимчасовим станом. Наприклад, пригніченість може бути не лише стійкою рисою особистості меланхолійного темпераменту, а й виявлятися як стан, зумовлений у людини неприємностями на роботі, у побуті.

- Крайнє різноманіття психічних станів. Про це свідчить такий неповний їхній перелік: подив і здивування, розгубленість і зосередженість, надія і безнадійність, зневіра і бадьорість, піднесення і збудженість, нерішучість і рішучість, напруженість і спокій тощо.

- Полярність. Кожному психічному стану відповідає протилежний стан. Так, активності протистоїть пасивність, упевненість - непевність, рішучості - нерішучість. Полярність станів, швидкий перехід людини з одного стану в протилежний, особливо яскраво виявляється в незвичайних (екстремальних) умовах, наприклад, у бою.

Зазначені ознаки властиві психічним станам усякої особистості.

Психічні стани мають рефлекторну природу. При цьому одні з них, безумовно-рефлекторного походження, наприклад, стан голоду, спраги, ситості, а інші (більшість) - умовно-рефлекторного. Наприклад, у людини, яка звикла починати роботу в той самий час, перед її початком виникає стан оптимальної готовності до діяльності, вона з першої ж хвилини входить у ритм праці.

Основу психічних станів становить певне співвідношення нервових процесів (від епізодичного до стійкого типового для цієї людини) у корі головного мозку. Під впливом сукупності зовнішніх і внутрішніх подразників виникає певний загальний тонус кори, її функціональний рівень. Фізіологічні стани кори одержали в І. Павлова назву фазових станів. "На одному кінці, - писав він, - є збуджений стан, надзвичайне підвищення тону, роздратування, коли робиться неможливим чи дуже ускладнений гальмівний процес. За ним іде нормальний, бадьорий стан, стан рівноваги

між дратівливим і гальмовим процесами. Потім - довга, але теж послідовна, низка перехідних станів до гальмового стану. З них особливо характерні: зрівняльний стан, коли всі подразники, незалежно від їхньої інтенсивності, на противагу бадьорому стану, діють зовсім однаково; парадоксальний стан, коли діють лише слабкі чи сильні подразники, але тільки ледь, і, нарешті, ультрарадоксальні стани, коли діють позитивно лише раніше вироблені гальмові агенти - стан, за яким впливає повний гальмовий стан". Учні І.П. Павлова диференціювали і розділили деякі фази на низку додаткових фаз.

Після дії подразників, які зумовлювали той чи інший психічний стан, він зберігається ще якийсь час і впливає на утворення нових чи актуалізацію старих умовно-рефлекторних зв'язків у корі великих півкуль. Ці стани кори, у свою чергу, можуть бути умовними подразниками, які сигналізують про які-небудь зміни, важливі для пристосування (адаптації) організму до середовища.

Психічні стани зовні виявляються у зміні подиху і кровообігу, в міміці, пантоміміці, рухах, ходьбі, жестах, інтонаційних особливостях мови тощо. Так, у стані задоволення спостерігаємо збільшення частоти й амплітуди подиху, а незадоволеність зумовлює зменшення частоти й амплітуди подиху. Подих у збудженому стані стає частим і глибоким, у напруженому - сповільненим і слабким, у тривожному - пришвидшеним і слабким. У разі несподіваного подиву подих стає частішим, але зберігає нормальну амплітуду.

У збудженому стані чи стані напруженого чекання може підвищуватися частота і сила пульсу, величина кров'яного тиску в дуже широкому діапазоні (залежно від значущості для людини цієї ситуації). Зміна кровообігу звичайно супроводжується зблідненням чи почервонінням шкіри людини.

Індикатором психічного стану людини нерідко слугують її рухи і дії (за невпевненими чи млявими рухами ми судимо про стомлення, за різкими — про бадьорість).

Міміка (рух мускулів обличчя, очей, брів, губ, носа) також здатна виразити дуже тонкі відтінки переживань. Не випадково досвідчені вихователі приділяють особливу увагу спостереженню за мімічними рухами вихованців. Голос також може дати істотні відомості про психічні стани.

Психічний стан конкретної особистості залежить від багатьох чинників. Практика показує, що коли особистість глибоко усвідомлює свій громадянський і людський обов'язок, а також відповідальність, у неї виникають позитивні стани. У свою чергу, почуття обов'язку формується й закріплюється через певні психічні стани. Це має вагоме значення для виховання почуття обов'язку й відповідальності особистості.

Чинники соціальної дійсності впливають на психічні стани особистості безпосередньо, прямо та опосередковано, через систему конкретних життєвих мікросоціальних умов. У сукупності конкретних обставин особливе місце посідають умови життєдіяльності: ступінь задоволення особистих потреб, система сталих взаємин тощо.

Значно впливає на психічні стани людини організація її побуту, відпочинку й дозвілля.

Психічні стани людини максимально залежать від морально-ділової атмосфери в колективі, груш.

У виникненні психічних станів чималу роль відіграють звички.

На психічні стани людини впливають її попередні стани. Зв'язок між наявним психічним станом і тим, що йому передувало, може бути двояким. В одних випадках попередній стан змінюється протилежним. Наприклад, високе напруження, пильність, мобілізація усіх своїх фізичних і духовних сил, властиві моряку в період перебування на вахті, змінюються розслабленістю, розрядкою, коли вахту здано. За інших обставин між попереднім і наступним психічним станом встановлюється відношення не протилежності, а подібності.

Психічні стани людини змінюються у зв'язку з впливом на організм кліматичних умов під час виконання різних завдань, а також специфічних

особливостей діяльності (хитання корабля, вплив висотного польоту, тривала нерухомість та однобічна фізична напруженість, надлишок чи нестача інформації, обмежений простір і сенсорний голод, обмеженість соціальних контактів тощо).

Непідготованість людини до дій в умовах водної стихії, наприклад, викликала іноді в моряків під час виконання завдань із забезпечення живучості корабля у морі - у морському десанті, у танкістів - при підводному водінні танків, у мотострільців - під час форсування водних перешкод, спричинює водобоязнь - специфічну форму страху, що сковає психічну й рухову активність людини.

Тривала нерухомість і статична фізична напруженість зумовлюють стан апатії, підвищену стомлюваність, знижують психічну активність.

Успішному розв'язанню професійних завдань сприяють певні психічні стани людини. Найважливішим з них є стан постійної готовності, стан готовності до розв'язання конкретних завдань. Цей стан сприяє негайній перебудові всієї психіки людини і швидкому її включенню у розв'язання завдань без витрати енергії на подолання внутрішнього опору й напруження.

Рівні психологічної готовності різні: від ділового, бойового настрою до ситуаційної готовності (тимчасового психічного стану, котрий виявляється лише в цій ситуації і стосовно конкретного виду діяльності) до постійної внутрішньої готовності (стійкого особистісного стану, що виявляється у будь-який час, у будь-яких умовах).

Зазначені психічні стани формуються внаслідок:

- попередньої психологічної підготовки;
- безпосередньої морально-психічної і психологічної підготовки до виконання майбутнього завдання, у процесі якої активізуються виховані мотиви поведінки й необхідні в цих умовах психічні стани, переборюються негативні ситуативні мотиви й психічні стани. Безпосередня психологічна підготовка посідає важливе місце в загальній підготовці людини до розв'язання професійних завдань.

Підтримка позитивних психічних станів пов'язана з подоланням низки негативних психічних станів людини на різних етапах її діяльності.

Існує певна закономірність у динаміці психічних станів людей. Відомо, що навіть найбільш підготовлена особистість (яка володіє потрібними знаннями, досвідом, навичками, якостями, моральними мотивами тощо) може бути готова чи не готова до конкретних дій або дій в екстремальних ситуаціях.

За динамікою психічних станів людини можна виокремити три Істотні періоди:

- підготовка до розв'язання завдань;
- процес розв'язання завдання;
- завершення розв'язання завдань.

Напередодні змагання (або бою), виконання відповідального службового завдання людина може переживати стан тривожного очікування. У цьому стані відбувається завчасне налаштування людини на майбутні умови. Чекання може бути різним за психічним змістом. Воно виявляється у вигляді піднесення, ентузіазму, апатії, передстартової "лихоманки", непевності, страху за своє життя, тривоги за результат бою й за особисту долю. Стан особистості в момент тривожного чекання характеризується підвищеною напруженістю (стресом).

Головними джерелами і причинами напруженості є:

- небезпека, яка створює загрозу життю;
- відповідальність за розв'язання завдання;
- стислість і невизначеність інформації, що надходить;
- дефіцит часу на прийняття рішень і дій;
- надмірна емоційна збудливість, вразливість і низька емоційна стійкість окремих людей;
- невідповідність рівня розвитку професійних якостей вимогам, які висунуто до цієї діяльності;

- психічна невідповідність до виконання конкретного завдання людини;
- непевність у надійності товаришів;
- соціальна ізоляція (дії у відриві від колективу, перебування в Ізольованих місцях) тощо.

Це може призвести до виникнення стану фрустрації, ригідності, страху тощо. А цей стан включає в себе апатію, безнадійність, нав'язливість думок про неминучу невдачу, каліцтво, поранення, загибель тощо. Головними ознаками стану фрустрації є: нестриманість в оцінці причин невдалого виконання завдань, відповідний ступінь агресивності, відсутність інтересу до всього навколишнього, роздратованість, песимістичні погляди на дійсність, думки про приреченість і неминучість загибелі тощо. Причому роздратованість, наприклад, виявляється у ставленні до самого себе, до свого безсилля, безпорадності в ситуації, яка склалася, непевненості в собі й у навколишніх.

Види і форми напруженості різні. Існує напруженість, яка тонізує діяльність людини, загострює його сприйняття, мобілізує мислення, підвищує активність.

Запобігання й подолання надмірної напруженості (гіперстресу) досягають через ознайомлення людини з особливостями виконання майбутнього завдання і з можливими труднощами, цілеспрямованою виховною роботою. Доцільно проводити заходи щодо "пожвавлення" досвіду емоційно-вольової поведінки, накопиченого в минулому, а також відпрацьовуванням до автоматизму основних компонентів майбутньої діяльності, відволікання думки від негативних роздумів тощо.

Перехід від підготовчого етапу до виконання нового завдання пов'язаний з подоланням у людини стану ригідності, у якому виявляється інертність психіки особистості, котра виникає в результаті стереотипності його поведінки, тяжіння до заучених операцій, форм і способів дій. Отож, ригідність виявляється в порушенні перебігу психічних процесів, у

виникненні труднощів у адекватній оцінці ситуації або завдання й порядку його виконання.

Головною умовою подолання ригідності в людини є тренування їх у складних умовах, які мають змінюватися. Однак при цьому варто враховувати, що такі тренування, здійснювані без поступового ускладнення, можуть дати не лише позитивний, а й негативний ефект.

Одноманітні дії починають обтяжувати людину, зумовлюють стомлення, роздратування та інші негативні емоції і стани. Потрібно дотримуватись таких правил:

- вводити складні ситуації не тільки в умови діяльності, а й у її компоненти (операції, дії);
- перед початком тренувань максимально активізувати позитивні мотиви у людини, своєчасним заохоченням допомогти їй придушити в собі негативні емоції;
- спонукати людину набратися терпіння і з повною віддачею знову і знову вдосконалювати свої дії.

На етапі виконання складного завдання важливе значення має підтримання в людини стану активності й високого рівня відповідальності.

Люди також переживають такі психічні стани: глибока задоволеність успішним розв'язанням завдання, самовпевненість, самозаспокоєність, зниження пильності й боєздатності, втома, апатія, ейфорія (надмірна радість перемоги, яка притупляє розум і пильність людини) тощо.

Психічно нестійкі люди в разі невдалого результату можуть перебувати впродовж тривалого часу в стані глибокої фрустрації, яка є складним психічним станом, що поєднує в собі тривогу, безнадійність та апатію, приреченість і депресію, які виникають, як правило, у зв'язку з невдачами в досягненні запланованого. Такий стан спричинює втрату здатності до опору.

Найбільш негативним у надзвичайних умовах є психічний стан страху. Він зумовлений надзвичайно сильними, небезпечними для життя зовнішніми подразниками та може порушити психічну стійкість людини, спонукати до

негативних дій і вчинків, послабити її боєздатність. За ступенем інтенсивності й глибиною переживань страх переживають у вигляді занепокоєння, хвилювання, тривоги й переляку, остраху й жаху. Стан жаху виявляється в астенічній і стеничній формах. У першому випадку під впливом небезпеки особистість ціпеніє й виявляється нездатною до руху і дій; для стеничної реакції характерне, навпаки, різке рухове порушення, метушливість, прагнення втечі від загрози життю, без здатності враховувати особливості ситуації. Цей стан дезорієнтує особистість, зумовлює в ній глибоке потрясіння.

Страх не є вродженим, а впливає із особливості психіки людини й тих навколишніх умов і ситуацій, у яких вона перебуває в цей момент. Із вчення І. Сеченова і І. Павлова випливає, що фізіологічною основою стану страху є складна рефлекторна реакція організму на внутрішні й зовнішні подразники, які спричинюють уявну або реальну небезпеку. Це дає змогу розглядати стан страху з позиції його соціальної обумовленості, складного взаємозв'язку з іншими психічними станами, процесами й властивостями особистості, зі всіма аспектами свідомого життя людини.

Страх - це складний психічний стан, який складається зі сприйняття, оцінки й розуміння тієї уявної або реальної небезпеки, що зумовлює зміни у функціонуванні психіки, які за своєю спрямованістю є негативними, розхитують і дестабілізують перебіг усіх психічних процесів.

Переживання страху впливає на перебіг у нервових клітинах та корі головного мозку основних нервових процесів - збудження й гальмування, їхні динаміку та співвідношення. Нервові клітини переходять у так званий фазовий стан, унаслідок чого їхня реакція на подразники перестає бути адекватною.

Страх впливає на всі психічні процеси: сприйняття, увагу, пам'ять, мислення, почуття, волю. У стані страху вони можуть бути паралізованими або деформованими. Людина перестає володіти своєю увагою, забуває прості речі, не може правильно оцінити звичну ситуацію, її дії і рухи виходять з-під

свідомого контролю та стають невпевненими, імпульсивними. Крім цього, стан страху однієї людини може зумовити страх в інших людей. Найчастіше люди стикаються з таким його різновидом, як стан переляку, що виникає на основі інстинкту самозбереження під час зіткнення з небезпекою, різкій чи несподіваній зміні середовища.

Страх, однак, може перейти межу й набути патологічної форми. Наприклад, під час тривожного неврозу ми стикаємося з його непомірно високим рівнем вияву, тривалістю.

Іншим видом невротичного страху є фобія, яка пов'язана з конкретним об'єктом чи ситуацією. Суб'єктивно фобія дуже неприємна. Хоча людина й усвідомлює її необґрунтованість та безглуздість, але позбутися, подолати фобію, як правило, не може. Коли фобія опановує людину, її не можна придушити зусиллям волі. А що сильніше вона прагне подолати фобію, то більше його зміцнює.

Фобія - це патологічний страх, певна установка реагувати у формі акцентованого страху на деякі ситуації та об'єкти, для неї характерні тривалість, інтенсивність і неможливість самостійно подолати цей страх зусиллям волі.

Встановлено, що у виникненні нервового страху або фобії важливе значення має не так психічна травма, як стійка фіксація первинної реакції переляку й широка генералізація (поширення) страху. Коли фобія не дуже виражена, то невротичний страх виникає лише в ситуації, яка схожа на травмуючу ситуацію, що стала причиною цієї фобії. Коли ж фобічний страх виникає в ситуації очікування або уявлення небезпеки, то це свідчить про його більш високий і небезпечний (патологічний) розвиток [Психологія - Трофімов]

Отже, важливість вивчення психічних станів пояснюється тим, що від їхньої зміни залежить ефективність поведінки й діяльності. Особливо це стосується людей, специфіка діяльності яких та умови її виконання часто мають складний, надзвичайний характер. До емоційних станів належать

настрої, афекти, пристрасті, тривога, страх, стрес. Виділення сфери психічних станів заповнює прогалину в системі психологи між психічними процесами (відчуття, сприймання, мислення, пам'ять, уява) і психічними властивостями особистості (спрямованість, здібності, темперамент, характер). На відміну від психічних процесів як динамічного компонента проявів психіки і психічних властивостей як закріпленості, повторюваності проявів психічного психічний стан - це статичний компонент психіки.

1.2. Психологічні стани при інфекційних захворюваннях

Можливість соматичних психосоматичних взаємовпливів встановлена давно. Психосоматичні взаємовпливи, як психосоматичні хвороби, являють собою об'єктивну реальність. Серед складових хвороби синдромальних картин постійно співіснують ознаки соматичного неблагополуччя і симптоми зміни психіки.

Будь-яка хвороба, навіть якщо вона не супроводжується руйнівними змінами мозкової діяльності, обов'язково змінює психіку хворого внаслідок появи нових, відсутніх до хвороби форм реагування хворого на хворобу. В цих випадках мова піде про вплив страхів, неспокою, хвилювання хворого за наслідок хвороби (своєрідних аутопсихогеній) на його особистість. Таке хвилювання має, як правило, складний характер і включає хвилювання суто індивідуальні (чим загрожує мені ця хвороба?), які завжди тісно взаємопов'язані з хвилюваннями, які мають суспільний (соціальний) характер, в зв'язку з відношеннями до даної хвороби, які склалися в суспільстві, з особливостями її соціального звучання. Останній варіант опасань найбільш яскраво виявляється при заразних, соціально небезпечних хворобах (чума, холера, сифіліс).

Порушення, які відбуваються в результаті розвитку соматичної хвороби, встановленого в організмі гомеостазу діяльності систем і органів

супроводжується змінами характеру нервової імпульсації, яка надходить від таких систем (органів) в головний мозок, зміною вісцерально церебральної (соматопсихічної) рівноваги. В результаті змінюється фізіологічні параметри вищої нервової діяльності, що і складає фізіологічний механізм відхилень в психічній діяльності. Зворотній зв'язок вносить нові якості, видозмінюючи соматопсихічну рівновагу в цілому і специфіку психіки хворого.

Діапазон варіантів усвідомлення хвороби дуже широкий. Взаємовідносини між об'єктивним змістом хвороби і усвідомленням її розкривається краще на відносно простій моделі. Різна рана на долонній поверхні останньої фаланги вказівного пальця правої руки. Поверхня її чиста, кровотеча припинилася швидко, це звичайне, як правило, нешкідливе пошкодження тканин. Разом з тим зовнішня типовість такої рани у різних хворих супроводжується неоднаковою оцінкою, усвідомленням її: від повного душевного спокою і байдужості, сприйняття такої рани як незначного явища до панічної охопленості страхом з супроводжуючими вегетативними порушеннями.

У одного хворого спостерігалась саме така невгамовна реакцію ю Його уява малювала картини катастрофи, спочатку через "можливості повторної кровотечі", а пізніше у зв'язку з "можливістю зараження правцем". Протягом тижня, коли вже зникли сліди самої рани, в хворій зміні свідомості його продовжували змінюватись уявлення про катастрофічні наслідки.

В "усвідомленні хвороби" розрізняють ряд істотних взаємопов'язаних аспектів. По-перше, все нові для індивіда зміни в організмі, відображені в свідомості. З часом, в результаті аналогічних або близьких хворобливих станів або затяжного перебігу хвороби, накопичені в суб'єктивному досвіді знання про хворобу, співвідносяться, хвороба усвідомлюється все більш повним і детальним. В. Маннасейн вважав, що в умовах, коли група уявлень була пов'язана з хворобливими явищами в організмі, легко виникає схильність до того, щоб при повторенні цих явищ повторювались і відомі уявлення.

По-друге, в неперервній єдності з таким процесом хвороби в свідомості хворого формується індивідуальне відношення до змін, які відбуваються в організмі, до самої хвороби, її можливим індивідуальним і суспільним наслідкам. Таке відношення спочатку знаходить відображення в особливостях загального суб'єктивного переживання хвороби, в змінах самопочуття хворого. Воно може зберігатися лише в межах внутрішніх переживань або набувати різних форм виявлення зовні (слова, жести, скарги, поради, прохання, вчинки).

Спочатку усвідомлення хвороби, яка є новим досвідом для хворого, може істотно не змінювати психіку. Але, як правило, більш, або менш подовжене відображення хворобливих змін, які відбуваються у внутрішніх органах, в свідомості і супроводжує ускладнення відношення до хвороби вносить змінні або стійкі зміни в клініку.

Ці зміни при одній і тій же хворобі і при однакових об'єктивних зрушеннях в системах (органах) організму виявляються різними в зв'язку з преморбідними особливостями його особистості. Відображення в свідомості виникаючих хворобливих змін у внутрішніх органах відбувається в єдності з формуванням з відношенням хворого до них. Так як між відображенням в свідомості хворого і об'єктивним характером її також ніколи не виникає повної відповідності.

Діапазон варіантів усвідомлення хвороби представлений таким різноманіттям, в себе включене безмежне різноманіття індивідуальності людей. Явища анагнозії (суб'єктивна недооцінка, заперечення об'єктивно існуючої хвороби). Гіперногнозія (різні форми суб'єктивної переоцінки об'єктивних соматичних порушень). Між ними знаходиться велика кількість проміжних станів усвідомлення хвороби. Аногнозії частини спостерігаються при повільному, поступовому розвитку хвороби, симптоми якої формуються непомітно (хронічний туберкульоз легень). Гіперногнозії супроводжуються гостро, катастрофічно розвиваючимся соматичним захворюванням (напади стенокардії, інфаркти міокарда).

Особливості усвідомлення хвороби, і в першу чергу гіперногностичного варіанту його, отримують відображення не лише в змісті переживання хвороби, а і усій поведінці, особливо повно представлені в скаргах: в їх змісті, емоційній зафарбованості, ступені близькості, актуальності для хворого. Так, хворі на виразку шлунка, охоплені страхом, часто вперто настоюють на тому, що в них стійкі виснажливі кровотечі, тоді, як при динамічному дослідженні вмісту гемоглобіну в крові не виявляється його зниження.

Образно явище аногнозії порівнюють з "втечею від хвороби", а гіперногнозії - з "заглибленням в хворобу". "Усвідомлення хвороби", "внутрішня картина" її охоплює, таким чином всі хвилювання хворого, нав'язані зі своїм станом. Сюди входить уявлення про значення для нього ранніх виявів хвороби, особливості зміни самопочуття в зв'язку з ускладненням порушення на етапі зворотного розвитку хвороби і відновлення стану здоров'я після її припинення, уявлення про можливі наслідки хвороби для себе, сім'ї, подальшої продуктивності професійної діяльності, про відношення до нього в період хвороби членів сім'ї, співробітників, медичних працівників.

Практично немає таких боків життя хворого, які б не знаходили відображення у видозміненому хворобою стані. Інакше кажучи, хвороба - це життя в змінених умовах, які повинні розглядатись уважно, забезпечуватись допомогою. Всі особливості усвідомлення хвороби можна поділити на дві групи: звичайні форми усвідомлення хвороби представляють собою лише особливості психіки хворої людини, а саме він потребує повсякденного розумного, турботливого підходу лікаря.

Стан хвороби, який супроводжується аномальними реакціями на неї, які виходять за рамки типових для даної людини, а тим більш породжувані внутрішньою хворобою стійкі порушення психіки хворого є вже хворобливим станом психіки, яку доповнюють і ускладнюють клінічну картину основної хвороби. Найбільш частими психологічними конфліктами є

виникаюча в ході хвороби невідповідність між зберігаючимися або навіть ростучими потребами хворого і його зменшуваними можливостями. Клінічні варіанти зміни психіки при соматичних хворобах можуть бути систематизовані:

Масивні розлади психіки, виникаючі на висоті хвороб, які супроводжуються лихоманкою, що нерідко набуває характеру психоза. Найбільш частою і типовою формою таких порушень є стан делірія, гострий страх, дезорієнтування в оточуючому середовищі, що супроводжується зоровими ілюзіями і галюцинаціями. Граничні форми нервово-психічних порушень - найбільш поширена клінічна картина порушень психіки при хворобах внутрішніх органів. Вони можуть бути соматичного походження (неврозоподібні) або психічного (невротичні порушення).

Хворий відрізняється від здорової людини тим, що в нього поряд із змінами функціонування внутрішніх органів і самопочуттям якісно змінює сприйняття і відношення людини до оточуючих подій, до самого себе, створює особливе положення серед близьких людей і в суспільстві. Спостерігається перебудова інтересів від зовнішнього світу до власних відчуттів, функцій власного тіла, обмеження інтересів. При цьому змінюється особливість з усіх боків: ефективна налаштованість, моторика, мова. При сенсорній загрозі для життя і благополуччя людини можуть порушитись сприйняття часу у вигляді його прискорення або уповільнення.

Великого значення набувають спогади, вираженість і деяке насильництво яких можуть бути пов'язані з інтоксикацією, викликаною хворобою. Психіка хворого з початку захворювання перебуває в незвичному стані, бо в зв'язку з хворобою порушується звичайний ритм життя, праці, відпочинку, сну і бадьорості. Відбувається перебудова в значенні відчуттів. Велике значення для хворого мають обходи. Часто в присутності хворого користуються незрозумілими термінами, не знаючи, яку реакцію це викликає у людини.

Не менш складний період видужування, коли у хворого повинна настати компенсація або примирення з дефектом, який виник з цим новим положенням в сім'ї, суспільстві.

Підхід до стану хвороби на основі цілісного розуміння організму завжди враховує складні взаємовідношення, які існують між психічним станом людини, настроям сприйняття оточуючого світу, поведінка і плани. Затяжне соматичне захворювання, необхідність місяцями і роками знаходитись в стаціонарі, "особливе положення хворого", в деяких випадках призведе до зміни особистості у вигляді патологічного розвитку, при якому виникають риси характеру, раніше не властиві цій людині. Ці риси характеру можуть перешкоджати або утруднювати лікування, призводити до інвалідності, створювати конфлікти в лікувальних закладах, викликати негативне становлення оточуючих.

При зростаючій інтоксикації у хворих порушується сон, апетит, з'являється роздратованість, підвищена вразливість, плаксивість. Сон поверхневий, світло, шум, розмови стають неприємними. На фоні астеничних симптомів (дратлива слабкість) іноді з'являються нав'язливі страхи за своє здоров'я або не властиві раніше істеричні реакції. Деякі хвороби супроводжуються станом депресії - це з проявів такою захворювання як виразковий коліт. Виразність і якість змін психічної діяльності при соматичному захворюванні залежать від багатьох причин, в першу чергу від природи самого захворювання, як впливає воно прямо або посередньо на мозкову діяльність; від типу протікання, гостроти розвитку хвороби.

Так, при гострому і бурхливому початку, наявності вираженій інтоксикації спостерігаються порушення, які досягають запаморочення свідомості, при повільному, підгострому, хронічному протіканні частіше - невротичні симптоми, яким характерні гострота, виразність хворобливих переживань, яскравість, образність останніх, хвороблива уява, підсилена фіксація на тлумаченні змінного самопочуття, внутрішнього дискомфорту, охопленість хвилюванням за своє майбутнє, збереженість критики, тобто

розуміння цих порушень як хворобливих. Невротичні порушення мають часовий зв'язок з попередньою травмою і конфліктом.

Зміст хворобливих хвилювань часто пов'язаний з формулою психотравмуючої обставини. В гострому періоді розвитку хвороби - порушення свідомості і астеничні симптоми, потім можуть спостерігатись зміни характеру, особистості, психоорганічні симптоми, астенія. Важливу роль в зміні психічної діяльності соматичного хворого відіграють реактивність організму, його звичні форми реагування на оточуючі події.

Реакція особистості на соматичну хворобу може мати патологічний характер або виявляти психічно адекватними сприйнятими факту хвороби. Нервово-психічні порушення при соматичних захворюваннях звичайно складаються з психічних соматичних порушень, з реакції особистості на хворобу. Реакція особисті на хворобу залежить від гостроти і темпу розвитку захворювання, уявлення про нього у самого хворого, характеру лікування і психотерапевтичного оточення, особистості хворого, відношення до хвороби родичів, співробітників.

По Л.Рохліну існують різноманітні варіанти відношення до хвороби, в цілому визначені особливості особистості: астенодепресивний, психоастенічний, іпохондричний, істеричний, ейфорично-анозогнозичний.

При астенодепресивному варіанті - емоційна нестійкість, нетерпимість до подразнювачів, послаблення спонукання до тривожності. Такий стан сприяє неправильному відношенню до хвороби, сприйняттю в сумеречних відтінках усіх подій, що звичайно несприятливо впливає на перебіг захворювання і знижує успіх лікування.

Психоастенічний варіант - хворий переповнений переконанням в найліпшому результаті, чекає тяжких наслідків, постійно задає питання, ходить від одного лікаря до іншого, пригадує симптоми хвороби, які були у рідних, знайомих, знаходить їх ознаки у себе.

В іпохондричному варіанті менш виявлена тривога і сумніви, а більше переконання в наявності хвороби.

При істеричному варіанті все оцінюється з перебільшенням. Надто емоційні, схильні до фантазій особистості, начебто "живуть" хворобою, надають їй значення надзвичайності, особливого, неповторного страждання. Вони потребують до себе підвищеної уваги, звинувачують оточуючих в нерозумінні, недостатньому співчутті до їх страждань.

Ейфорично-анозогнозичний варіант - неувага до свого здоров'я, заперечення хвороби, відмова від досліджень і медичних призначень.

На реакцію особистості і підтримку цієї реакції впливають:

- характер діагнозу;
- зміна фізичної повноцінності і зовнішності;
- зміна положення в сім'ї, суспільстві;
- життєві обмеження, позбавлення, пов'язані з хворобою;
- необхідність лікуватись, операції.

На поведінку і реакцію хворого під час хвороби перш за все впливає структура особистості до хвороби. Багато авторів вважають, що адекватність реакції залежить від ступеня зрілості особистості і її інтелектуальних можливостей. Так у інфантильних, незрілих особистостей з рисами дитячності, часті витіснення і заперечення хвороби або "втеча у хворобу".

У астеничних, тривожних людей дуже важливі захворювання викликають бурхливу реакцію тривоги, хвилювання з наступними депресивно-іпохондричними і стійкими порушеннями. Реакція на хворобу залежить від віку хворого. Тобто, реакція особистості різні, від повного ігнорування хвороби до трагічного сприйняття, "втечі в хворобу" і іпохондриної фіксації. Настроювання індивіда на видужування чи хворобу отримує важливе, якщо не головне, значення для розвитку і протікання різних хвороб.

Ведуче місце в загальному комплексі іпохондричного хвилювання і страхів хворих займає страх повторення нападу, який вони не переживуть. Порушення сну відбувається через страх "заснути і не прокинутись", характерно вживання захисних заходів (судинорозширюючих засобів на ніч,

боротьба зі сном, потім стійке безсоння з тривожною фіксацією на найменших змінах пульсу і "відчутті серця") розгортається по типу "неврозу очікування" повторного захворювання.

Особливе значення набуває страх різкого руху, вітальна установка на гіподинамію, постільний режим. Хворі пов'язують розвиток нападів з хвилюванням, розумовою напругою. Система захисних заходів будується на обереганні себе від емоційних навантажень і "шкідливих" враженням не залишаючи таких хворих відчуття постійної тривоги на фоні різкого зниження загального життєвого тону породжує страх найменшої зміни розпорядку дня. Одним з яскравих проявів страху смерті від шкідливого навантаження на серце стає зміна сексуальної поведінки таких хворих, що в результаті призводить до психічної імпотенції.

При гіпертонічній хворобі адекватно оцінюють свій стан здоров'я, правильно сприймають рекомендації і призначення лікаря. Частина хворих з тривожно-підозрілими рисами підвищення артеріального тиску сприймає як трагедію, катастрофу. Настрій у таких хворих знижений, увага фіксується на відчуттях, коло інтересів звужується, обмежується захворюванням. У іншій групі хворих ніякої реакції, вони ігнорують захворювання, відмовляються від лікування. Таке становлення до хвороби спостерігається у осіб, які зловживають алкоголем.

Хворі, які тривалий час страждають від гіпертенізії, можуть звикнути до неї, не звертати уваги на серйозність захворювання, на необхідність лікування. Прогресуючи, необхідність захворювання може зумовлювати наростання чіткого астетичного симптомокомплексу, що передує органічній зміні психологічної діяльності, яка виявляється в порушенні пам'яті, коливаннях настрою, слабкодухості, стомлюваності. Хворі стають вразливими, у них з'являються іпохіндрична фіксація уваги на різних відчуттях.

Нестерпний, вітальний страх, що його відчувають хворі у зв'язку з серцево-судинними порушеннями, не можна порівнювати із звичайними

людськими відчуттями і переживаннями ні за інтенсивністю, ні за характером. Відчуття не загрози навіть, а близькості смерті, що насувається, стає для хворого єдиною існуючою реальністю. Той, здавалось б, факт, що десятки вже пережитих ним раніше подібних нападів не призвели ні до інфаркту, ні до серцевої недостатності, не має для нього ніякого значення. Відчуваючи страх за серце в період між нападами хворі постійно рахують пульс, старанно аналізують будь-які зміни серцевої діяльності.

Вплив соматичного стану на психіку людини є значним. У центрі уваги соматопсихічного напрямку знаходиться питання впливу соматичної хвороби на особистість. У вітчизняній медицині було закладено в працях психіатрів С. Корсакова, П. Ганнушкіна, В. Гіляровського, Є. Краснушкіна і В. Бехтерева.

На необхідність наукового розуміння єдності біологічного і соціального в людині для правильної оцінки взаємин організму і особистості і ролі особистості в хвороби вказували також М. Лебединський і В. Мясіщев (1966).

Вплив соматичного стану на психіку людини може бути як патогенним, так і саногенним (оздоровлюючим). Що стосується останнього аспекту, то лікарям добре відомо, як з кожним днем при одужанні від важкого соматичного недуги відбувається поліпшення (санация) психічного стану хворого: поліпшується настрій, з'являється бадьорість і оптимізм. Ймовірно, не випадково широко поширене відомий вислів «у здоровому тілі—здоровий дух». Фізично здорові люди завжди легше переносять життєві негаразди. Найбільше значення для практичного психолога, який працює з інвалідами, являє патогенний вплив соматичного стану па психіку, під яким мається на увазі не що інше, як порушення психічної діяльності людини в умовах соматичної хвороби.

На сьогоднішній день встановлено два основних види патогенного впливу соматичної хвороби па психіку людини: соматогенні і психогенний. Обидва види впливів представлені в єдності порушень психіки, проте

соматогенний і психогенний компоненти можуть виступати в різних співвідношеннях залежно від захворювання.

Соматогенний вплив хвороби на психіку пов'язаний з безпосереднім впливом на центральну нервову систему соматичних шкідливостей (порушення гемодинаміки або інтоксикація) і самих інтенсивних больових відчуттів. Особливо велику роль соматогенні впливу на психіку грають при вроджених вадах серця і захворюваннях нирок. Болісною біль буває при метастазах злоякісних пухлин у хребті. Інтенсивний біль, що накопичуються в крові шкідливі речовини або киснева недостатність, безпосередньо впливаючи на головний мозок, викликають порушення в нервово-психічній сфері. Весь комплекс порушень в нервово-психічній сфері при цьому часто іменують терміном «соматогенія». За своєю структурою соматогенії характеризуються поліморфізмом проявів – від неврозоподібних порушень до психотичних (з маренням, галюцинаціями) розладів.

Психогенний вплив хвороби на психіку. Слід визнати, що інтоксикаційні впливу на центральну нервову систему спостерігаються лише при деяких соматичних захворюваннях, важкому їх течії і специфічними для клініки внутрішніх хвороб не є. Основною же формою впливу соматичного захворювання на психіку людини виступає психологічна реакція особистості на сам факт захворювання і його наслідки, що розвивається при хворобі.

Проблема внутрішньої картини хвороби не нова, по актуальна до теперішнього часу. Ще в 1981 році М. Цівілько у своїх роботах підкреслював, що поняття внутрішньої картини хвороби неоднозначно і «досі не має загальноприйнятого визначення». У той же час необхідність вивчення твань реагування на хворобу має велике значення і усвідомлюється широким колом дослідників.

На сучасному етапі розвитку суспільства і науки актуальність проблеми не вичерпалася. Вона продиктована рядом причин, серед яких особливо слід виділити розширення і поглиблення соціального замовлення суспільства на роботу психолога з хворими та інвалідами і неоднозначність

поняття, структури і сутності внутрішньої картини хвороби внаслідок її недостатньої розробленості через різноманіття підходів до її осмислення.

В останні роки вага більш наполегливо говорять про «зовнішньої» і «внутрішньої» картинах хвороби в парадигмі «внутрішньої картини здоров'я» (А. Абрамова, Ю. Юдціц, В. Лебединський, Б. Карвасарский, А. Тхостов) [1, с.108, 36; 39].

Під зовнішньою картиною хвороби (ЗКХ) А. Лурія розуміє «не тільки зовнішній вигляд хворого з усіма численними деталями, завжди мають важливе значення для діагнозу, але і ... все те, що лікареві вдається отримати всіма доступними для пего методами дослідження».

Розглядаючи ЗКХ як сукупність відчуттів і переживань, емоційних реакцій і уявлень про захворювання, створених мисленням хворого, багато дослідників виділяли дві її частини: об'єктивну (аллопластического) і власне внутрішню (аутопластических) картину хвороби і підкреслювали важливість їх спільного вивчення.

Інтерес до ЗКХ підтримується у зв'язку з різноманіттям і багатогранністю різних аспектів вивчення, в центрі уваги яких знаходиться особистість хворої людини.

З давніх часів лікарі знали про роль психологічних факторів в походженні і розвитку захворювань. Можливість впливу фізичного дефекту на розвиток особистості зіграла відому роль у виникненні цілої психологічної школи, що отримала назву індивідуальної психології. Започаткував цю школу А. Адлер; він вважав, що розвиток особистості, її "життєвий план" фатально зумовлені комплексом неповноцінності, що виникли в дитинстві на основі реальних або уявних фізичних і психічних недоліків. За А. Адлером, будь устремління і бажання індивіда можна інтерпретувати як несвідому компенсацію наявного у пего комплексу неповноцінності. Слід зазначити, що на ранніх етапах розвинена вчення А. Адлера (1917) під неповноцінністю розумілася реальна фізична неповноцінність органу. Так, видатні досягнення Демосфена в ораторському мистецтві прихильники

індивідуальної психології розглядають як компенсацію наявного у нього заїкання - відомий комплекс Демосфена. Надалі поняття неповноцінності отримало розширене тлумачення.

А. Адлер використовував психоаналітичний метод, і проблема в його вченні отримала перебільшене тлумачення. Проте в поглядах вченого містилися деякі раціональні елементи. Найбільш важливо для розуміння розглянутого питання твердження про те, що почуття неповноцінності далеко не завжди відповідає об'єктивній вираженості дефекту, а найбільшу роль відіграє реакція індивіда на свій дефект.

Однак наукове обґрунтування і всебічне вивчення особливостей психічної діяльності людини у зв'язку із захворюванням з'явилося лише в першій третині ХХ ст. Перші спроби виділення суб'єктивного компонента загальної картини соматичного захворювання зробив в 1929 році А. Гольдшейдер у запропонувавши назвати цей компонент "аутопластических картиною хвороби".

Поряд з поняттям ВКХ широко використовуються й інші терміни, що розширюють понятійний апарат сутності ВКХ, оскільки вони часто відображають аспект, який безпосередньо виділяють автори тих чи інших розробок, характеризуючи структуру і компоненти позначення відображення хворим свого захворювання.

На думку А. Тхостова, всі ці терміни, як правило, різняться в деталях, описуючи одне і теж. "Незважаючи на значний розкид поглядів авторів, що займаються проблемами ВКХ, змістовні суперечки ведуться, в основному, або про повноті і точності визначень, або вкладі тих чи інших складових у структуру ВКБ, або взагалі про смакові переваги, орієнтованих на вхідні в моду наукові поняття".

Отже, велика кількість робіт присвячена питанням типології хвороб при різних нозологічних формах захворювань. Чимало робіт спеціально присвячені дослідженню особливостей у хворих з певними нозологічними

захворюваннями, дослідження стосуються широкого спектру хвороб, а саме соматичних, неврологічних, психічних, невротичних, наркологічних.

Висновки до першого розділу

Пандемія SARS-COV-2 створює тривалий виклик, який не тільки вражає серцево-дихальну систему, але і пов'язує системну інфекцію з нервово-психічними захворюваннями. Дослідження попередніх вірусних респіраторних епідемій продемонстрували початок широкого спектра психічних розладів протягом і після інфекції. Пандемія іспанського грипу в 1918–1920 роках підштовхнула до припущення про причинну роль вірусної інфекції в патогенетичному механізмі поведінкових розладів у біполярних та шизофренічних суб'єктів.

В даний час існує чимало попередніх досліджень, що розглядають нервово-психічні ускладнення COVID-19, однак, на основі результатів попередніх епідемій різних респіраторних вірусів можна припустити підвищену частоту психічних патологій як небажаних наслідків. Не тільки ГРВІ-COV-2 може проникнути в мозок і спричинити пряме пошкодження нейрональних мереж, досвід потенційно смертельного та невиліковного COVID-19 є причиною сильного дистресу, який може спричинити довгострокові зміни поведінки або погіршити вже існуючі психічне захворювання. Тут ми окреслили можливі нервово-психічні ускладнення, які можуть виникнути у осіб, інфікованих SARS-COV-2. Пацієнти з COVID-19 можуть мати широкий спектр нервово-психічних симптомів, які виникають внаслідок системного запалення, впливу на ЦНС цитокінів, зараження нервових клітин SARS-COV-2, нейрозапалення, гліальної дисфункції або аберрантних епігенетичних модифікацій генів, пов'язаних зі стресом. Цей огляд мав на меті привернути особливу увагу до психічних та психіатричних аспектів COVID-19, оскільки зведення до мінімуму їх актуальності,

стверджуючи, що іноді «ненормальна реакція на ненормальну ситуацію – це нормальна поведінка» може бути непростимою помилкою.

РОЗДІЛ 2.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА COVID-19

2.1. Вплив COVID-19 на психологічний стан

Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) являє собою важку поліорганну патологію, яка, крім серцево-респіраторних проявів, впливає на функцію центральної нервової системи (ЦНС). Тяжкий гострий респіраторний синдром коронавірусу демонструє нейротропізм; вірусна інфекція стовбура мозку може ускладнити перебіг захворювання через пошкодження центрального серцево-дихального контролю. Системне запалення, а також нейрозапальні зміни пов'язані з масовим збільшенням прозапальних молекул мозку, нейрогліальною реактивністю, зміненим нейрохімічним ландшафтом та патологічним перебудовою нейрональних мереж. Ці органічні зміни, що виникають спільно із стресом навколишнього середовища, спричиненим переживаннями перебування в палатах інтенсивної терапії, страхом пандемії та соціальними обмеженнями, сприяють розвитку нервово-психічних патологій, включаючи великий депресивний розлад, біполярний розлад (БР), різні психози, обсессивно-компульсивний розлад та посттравматичний стресовий розлад. Нейропсихіатричні наслідки COVID-19 представляють серйозну клінічну проблему, яку слід враховувати при майбутніх складних терапіях.

Інфекційні пандемії завжди були фактором ризику для психічних захворювань. Людська цивілізація завжди співіснувала з паразитарними формами, представленими бактеріями та вірусами, які незмінно забирали життя. Коли соціальні, біологічні та економічні фактори збігались, інфекції набули широкого поширення, досягнувши рівня пандемії, що спричинило масові смерті та нещастя. Пандемії похитнули основи суспільства і змінили

хід історії та мислення людства. Тифозна лихоманка спустошила Афіни в 490 р. до н.е., тим самим давши перевагу військовому суспільству Спарти в Пелопоннеській війні, чума Юстиніана прирєкла реінкарнацію Римської імперії, тоді як Чорна смерть, спричинена *Yersinia pestis*, яка вбила третину населення Європи, спонукала до тектонічних змін в економічних відносинах, які в кінцевому підсумку позбулися кріпосного права і феодалізму та заклали основи Відродження.

Остання глобальна епідемія іспанського грипу, яка спричинила 20–50 мільйонів смертей, збіглася з Першою світовою війною, міжусобними конфліктами та народженням більшовизму, що разом призвело до великого сум'яття в людстві. Рухи великих мас солдатів із США принесли вірус грипу А Н1N1 до Європи, порушення роботи медичних служб, погана гігієна, руйнування війни та недоїдання - все це спричинило суперінфекцію надзвичайно високою смертністю.

Усі основні пандемії, пов'язані із сильним стресом навколишнього середовища, впливають на спосіб мислення людини та психологічне здоров'я. Систематичні дослідження, спрямовані на виявлення патогенетичних механізмів, відповідальних за виникнення психічних захворювань після вірусних епідемій, розпочаті в 19 столітті. Видатний англійський лікар Генрі Холланд у 1839 р. проголосив, що грип відповідає за «Із виявлених порушень психічних функцій майже в однаковому співвідношенні тіла і що поведінкові зміни не були порівнянні з тими, що є вторинними щодо інших лихоманок». Через вісімдесят років Карл Меннігер підтвердив зв'язок між вірусними інфекціями та психічною захворюваністю: «Сто випадків психічних захворювань, пов'язаних з грипом в останній пандемії, були вивчені в Бостонській психопатичній лікарні. Різноманітність виявлених психічних розладів широка ... їх легко класифікувати на чотири групи: марення, деменція, інші психози та некласифіковані. Серед них чисельність найбільшою групою є деменція *praesox*».

З роками накопичені клінічні дані мають зміцнили наші знання про психіатричні особливості церебральних захворювань. За останні кілька десятиліть інтерес до передбачуваної етіологічної ролі вірусів поступово посилювався, охоплюючи не лише органічні психічні розлади, спричинені гострим вірусним енцефалітом та повільними вірусними інфекціями центральної нервової системи (ЦНС), але також охоплював так звані функціональними психіатричними захворюваннями, такими як психози, депресія та біполярний розлад (БР). Загально визнано, що поєднання системної інфекції, вірусного нейротропізму та стресу з навколишнього середовища полегшують або навіть стимулюють розвиток психічних патологій, які посилюють перебіг пандемії і представляють значну терапевтичну проблему.

Пандемія хвороби коронавірусу 2019 (COVID-19) відроджує давно забутий виклик для людства, яке жило в (ілюзійному) середовищі масового зараження. Боротьба з невизначеністю нещодавно виниклої хвороби, проти якої не існує ні вакцини, ні ефективного протоколу лікування, людство, швидше за все, буде існувати в новій реальності місяцями, якщо не роками до впровадження глобального засобу захисту. Яким чином вірус взаємодіє з нашим організмом та якими є патофізіологічні сценарії розвитку гострої фази хвороби та довготривалі наслідки - це найважливіші питання для вирішення медичних стратегій.

COVID-19 є результатом зараження новим коронавірусом, який вперше був виявлений у Китаї після первинного спалаху в 2019 році. Цей коронавірус, названий важким гострим респіраторним синдромом коронавірусу 2 (SARSCoV-2), належить до групи 2В сімейства β -коронавірусу. SARS-CoV-2 визнаний сьомим компонентом родини коронавірусів і був включений до підродини ортокоронавірини. Коронавіруси - це одноланцюгові РНК-віруси, як правило, пов'язані з респіраторними захворюваннями; вони також (хоча і рідше) можуть викликати шлунково-кишкові та неврологічні розлади у широкого кола

савців та птахів. Коронавіруси мають високі показники мутації та рекомбінації, а також схильність до перехресної передачі. SARS-CoV-2 потрапляє в клітину після зв'язування з ферментом ACE2 з подальшою ендоцитарною інтерналізацією. Основними мішенями для вірусу є епітеліальні клітини легенів та шлунково-кишкового тракту.

Ендоцитоз вірусного комплексу ACE2 також призводить до виснаження пулу ACE2 з подальшим зменшенням інверсії ангіотензину II до ангіотензину; останній пептид володіє вираженими протизапальними властивостями, а зниження Arg 1–7 суттєво сприяє легеневої недостатності та масовому виникненню легеневого фіброзу, описаного у пацієнтів з COVID-19. Чи може SARS-CoV-2 проникати в клітини через альтернативні шляхи залишаються незрозумілими, хоча на відміну від інших коронавірусів, SARS-CoV-2 не зв'язується з рецепторами, такими як амінопептидаза N та дипептидилпептидаза.

У клінічній презентації COVID-19 переважають респіраторні ознаки з рідшою появою шлунково-кишкових симптомів. Інвазія вірусу не обмежується цими двома органами, особливо враховуючи, що значна експресія виявляється в інших тканинах, включаючи серце, нирки, ендотелій та ЦНС. Вірусна інфекція мозку може мати численні неврологічні та психіатричні наслідки, сприяючи як гострій фазі захворювання, так і його потенційним наслідкам. Нейротропізм добре задокументований для декількох β-коронавірусів, включаючи SARS-CoV-1, MERS-CoV та вірус HEV 67 N свинячого гемаглютинаційного енцефаломієліту. Можливо, основний шлях для SARSCoV-2 пов'язаний з ACE2, експресованим у нейронах та нейроглії. Нейронні клітини, що експресують ACE2, знаходяться у навколо вентрикулярних органах, таких як субфонікальний орган, паравентрикулярне ядро, одиночний тракт та ростральний вентролатеральний довгастий мозок. Усі ці регіони мало захищені гематоенцефалічним бар'єром (ГЕБ) і всі вони беруть участь у серцево-судинній та дихальній регуляції. Відсутність ГЕБ робить ці ділянки ЦНС

уразливими при багатьох патологіях, таких як різні типи системного запалення, включаючи енцефалопатію, пов'язану з сепсисом, нейроінфекцію бактеріями, вірусами або паразитами, стрес та аутоімунний енцефаліт. Мікрогліальні клітини, локалізовані в навколівентрикулярних органах, здається, перебувають у стані хронічної активації, намагаючись обмежити надходження в паренхіму циркулюючих нейротоксичних молекул або інвазивних агентів та зберегти мозковий гомеостаз. SARS-CoV-2, подібно до інших респіраторних вірусів, може отримати доступ до ЦНС кількома шляхами, наприклад, мігруючи через аксони нюхового нерва. Було показано, що інтраназальна інфекція SARS-CoV-1 або MERS-CoV27 призводить до швидкого розповсюдження вірусних частинок в мозок, можливо, через нюхову цибулину шляхом ретроградного аксонального транспорту. Віруси, що розмножуються в носовій порожнині, можуть використовувати прямий зв'язок з нюховою цибулиною для колонізації ЦНС. У цій парадигмі вірус транспортується через аксони нейронів нюхової цибулини з подальшим зараженням специфічного типу нейроглії, сприйнятих клітинами нюхової цибулини. Коли вірус вводили інтраназально в надзвичайно низьких дозах, розповсюдження було лише в ЦНС, посилюючи концепцію внутрішнього нейротропізму коронавірусів. У гризунів абляція нюхової цибулини запобігла поширенню вірусів після назальної інфекції.

Вірус також може потрапити в мозок через зараження ендотеліальних клітин, що вистилають судинну систему мозку. Електронно-мікроскопічний аналіз лобової частки виявив вірусні частинки SARS COV-2 в ендотелії з деякими показаннями щодо транзиту вірусу до нейропілю. SARSCov-2 може потрапляти в ЦНС за допомогою периваскулярних просторів лімфатичної системи. Крім того, віруси можуть вторгтися в мозок через інші нерви, такі як трійчастий нерв, який проектує ноцицептивні закінчення в носові порожнини. Подібним чином сенсорні волокна блукаючого нерва, які іннервують дихальні шляхи, можуть представляти інший шлях інвазії.

Подальші докази нейроінфекції SARS-CoV-2, набряків та нейрональної дегенерації були зареєстровані у зразках мозку після смерті, тоді як у випадку секвенування геному енцефаліту підтверджено наявність вірусу в лікворі. Післясмертний аналіз нервової тканини з тканини 54-річного чоловіка, який помер від важкої дихальної недостатності, асоційованої з COVID-19, виявив вірусні частинки SARS-CoV-2 в нюховому нерві, в прямій звивині і в стовбурі мозку з ознаками глибокого пошкодження всіх елементів тканини, включаючи гліальні клітини, нейрони, їх аксони та мієлін.

Отже, здається, що SARS-CoV-2, подібно до SARS-CoV-1 та MERS-CoV, інфікує стовбур мозку, в якому розташовані дихальні нейронні ланцюги, і, за аналогією, подібна інфекція може відбуватися і сприяти дихальній недостатності, спостерігається при пневмонії SARS-CoV-2. Дихання залежить від центрального регулятора, розташованого в дорсолатеральному мості, в ядрі одиночного тракту та в вентролатеральному мозку. Цей генератор відповідає за дихальні ритми та контроль рухових нейронів, що іннервують дихальні м'язи. У субпопуляції COVID-19 дихальна недостатність пацієнтів проявляється зниженням частоти дихання з гіпоксією та гіперкапнією. Багато з цих пацієнтів залишаються в комі протягом днів, незважаючи на призупинення седативного лікування та відсутність явних метаболічних змін, що свідчить про вірусний енцефаліт, який часто вирішується без серйозних наслідків. Однак це буває не завжди, і коли ступінь дихальної недостатності надзвичайна, пацієнти вмирають до того, як може стати очевидним пошкодження мозку, спричинене вірусом.

Враховуючи вірусне навантаження на стовбур мозку, подальше зменшення експресії ACE2, пов'язане зі смертю нейронів, може призвести до зміни функції барорецепторів, пов'язаного із підвищенням симпатичного тону та серйозним загрозливим життю підвищенням артеріального тиску. Енцефаліт, про який повідомляють як про ускладнення коронавірусної інфекції, незмінно вражає не тільки стовбур головного мозку, але також таламус і білу речовину. Ці аспекти повинні враховуватися клініцистами, які

мають справу з пацієнтами з COVID-19, які мають серйозну серцево-судинну та дихальну недостатність. Визнання того, що респіраторні симптоми можуть, принаймні частково, походити від енцефалітичного пошкодження стовбура мозку, може допомогти розробити більш ефективні методи лікування.

Пошкодження стовбура мозку, а також інших структур мозку також може бути результатом системного запалення, яке часто називають синдромом системної запальної реакції або "бурею цитокінів". Одночасно мозок є мішенню для інфекційно-токсичної енцефалопатії, асоційованої із системною токсемією або гіпоксією, які супроводжують гострі інфекційні захворювання. Токсичні енцефалопатії мають масивні неврологічні та психіатричні прояви і навіть набряк мозку, який, однак, розвивається без накопичення маркерів запалення в спинномозковій рідині. Крім того, системна інфекція та високий рівень циркулюючих цитокінів часто пошкоджують мікроциркуляцію, викликаючи набряки та тромбоз; тромбоемболія повідомляється приблизно у 30% пацієнтів. Крім того, цитокіни активують вегетативні нерви та вісь гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, які впливають на артеріальний тиск. Всі ці фактори в сукупності обумовлюють ішемічне ураження мозку і пов'язані з виникненням інсультів, які ще більше збільшують смертність у пацієнтів з COVID-19.

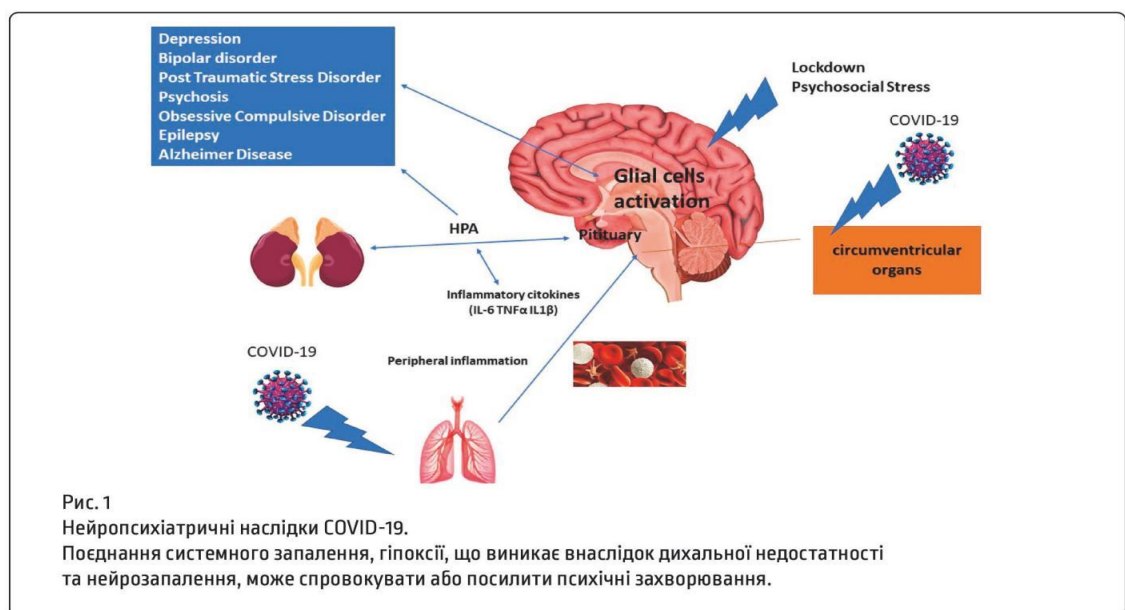


Рис. 1.1. Нейропсихіатричні наслідки COVID-19

Незважаючи на існування ГЕБ, мозок і спинний мозок взаємодіють з периферичною імунною системою, а отже, кожне системне запалення впливає на ЦНС. У контексті COVID-19 пошкодження ГЕБ, опосередковане масовим збільшенням циркулюючих прозапальних факторів, є дуже ймовірним. Порушений ГЕБ дозволяє запальному шторму охопити ЦНС, що призводить до функціональних пошкоджень. Потрапляючи в мозок, периферичні запальні молекули, а також запальні клітини провокують нейрозапалення, тим самим порушуючи гомеостаз, змінюючи нейронні мережі та індуючи загибель нейронів.

На початкових фазах системного запалення противірусний імунітет може ефективно притупити вірусне розповсюдження, оскільки реактивність нейроглії та приплив досліджуваних Т-клітин можуть видалити інфекційні елементи, запобігаючи поширенню без подальшого пошкодження тканин. При тяжкому перебігу COVID-19 значне вивільнення хемокінів та інтерлейкінів, пов'язане із системним запаленням та вираженою лімфопенією, забезпечує більш високу та тривалу стійкість вірусного навантаження; отже, недостатній кліренс вірусу разом з реактивним гліозом може продовжувати нейрозапалення. Навіть у легких випадках пневмонія SARS-COV-2 викликає гіпоксію, яка сама по собі може спровокувати або посилити запальну реакцію ЦНС. Церебральна гіпоксія активує ключові фактори запальної транскрипції, включаючи NF-κB та індуючий фактор гіпоксії, які стимулюють перевиробництво прозапальних месенджерів, ініціюють гліальну реактивність, індують окисне пошкодження мітохондрій та активують промоторну область численних мікро-РНК, що має вирішальне значення для регуляції експресії генів під час запалення. Надмірна гліальна реактивність внаслідок постійного впливу прозапальних цитокінів також сприяє втраті синапсу та загибелі нейронів.

Вплив інфекції SARS-COV-2 на мозок пов'язаний із надмірним фізичним та психологічним стресом, який стимулює вісь гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, тим самим ще більше погіршуючи нейрозапальний

статус. Тривалість та частота впливу стресорів впливає на нейрозапалення. У цьому сенсі, хоча реакція на короткі та помірні стресори може бути корисною, повторне або тривале вплив сильних стресорів посилює запалення. Вплив на тривалий стрес посилює запальну реакцію завдяки вивільненню кількох прозапальних факторів, які викликають подальші сигнальні шляхи, включаючи транскрипцію NF-κB. Внесок глюкокортикоїдів, асоційований із реакцією на стрес, у підтримці та стимулюванні нейрозапалення є складним, виходячи за межі ефектів, що виникають внаслідок активації сигналів за їх рецепторами. Експерименти з мікроматрицями продемонстрували, що глюкокортикоїди стимулюють експресію специфічних генних профілів, тоді як одночасна коактивація глюкокортикоїдних рецепторів та NF-κB-залежна транскрипція індукує особливу модель експресії генів, відмінну від тієї, що виникає в результаті окремої активації кожного сигнального шляху.

Нейрозапалення є важливим етіологічним фактором для великої кількості нервово-психічних та нейрокогнітивних захворювань, включаючи нейродегенеративні розлади, депресію, психози, аутизм, зловживання наркотиками, порушення сну та епілепсію. Наразі нервово-психічний тягар цієї пандемії невідомий, але, ймовірно, буде значним. На підставі результатів досліджень останніх епідемій корона-респіраторних вірусів, SARS-COV-1 та MERS-COV, можна припустити, що значний відсоток суб'єктів, які одужують від пневмонії, не відновлюють повністю свій попередній емоційний стан та когнітивні здібності. Дійсно, дослідження нервово-психічних наслідків SARS-COV-1, проведене через 30-50 місяців після зараження, продемонструвало виникнення 40% посттравматичного стресового розладу (ПТСР), 36,4% депресії, 15,6% obsesивного судомного розладу та рівний рівень захворюваності на тривожні розлади. Крім того, метааналіз серед пацієнтів із наслідків SARS-COV-1 із змішаними станами показав нейрокогнітивний дефіцит до 18 місяців після виписки, включаючи легкі когнітивні порушення.

Враховуючи ці докази, тягар тривалого делірію та деменції після SARSCoV-2 може бути помітним, особливо для людей похилого віку, які є більш вразливими до постінфекційних нейрокогнітивних наслідків. Середній вік пацієнтів з важким COVID-19 становить близько 63 років, тоді як пацієнти у віці до п'ятдесяти років становлять лише 26% усіх клінічних випадків. Саме старіння є основним фактором ризику когнітивних патологій та нейродегенерації; важкі системні захворювання, а також стрес провокують або прискорюють когнітивний спад у людей похилого віку. У старечому мозку нейрогенез зменшується, погіршується синаптична пластичність, зменшується обмін речовин і підвищується загальна вразливість мозку до екзогенних уражень. Старіння людського мозку також пов'язане з дегенерацією та атрофією мікроглії та астроцитів, що зменшує гомеостатичну та нейропротекторну підтримку та знову підвищує сприйнятливність мозку до патології. Таким чином, зараження SARSCoV-2 (навіть у помірних клінічних випадках) сприяє когнітивним розладам із виникненням делірію, гострим психозом, загостренням легких когнітивних порушень або прискоренням деменції, пов'язаної з різними нейродегенеративними станами, включаючи хворобу Альцгеймера. Нейрозапалення сприяє патологічному розвитку нейродегенерації і часто розглядається як загальна, навіть об'єднуюча характеристика нейродегенерації, тоді як інфікування мозку та ішемічні ураження самі по собі можуть спровокувати нейродегенеративний процес і спровокувати деменцію.

Загальноновизнано, що системне запальне захворювання прискорює когнітивні порушення, що означає, що сама інфекція, як і порушення вродженої імунної системи, відповідає за когнітивні дефіцити. Епідеміологічні спостереження, а також невропатологічний аналіз підтверджують ідею прямої кореляції між системними інфекціями, нейрозапаленням та когнітивними розладами, такими як марення та хвороба Альцгеймера. У цьому контексті когортні дослідження визначили пневмонію

як найвидатнішу патологію, відповідальну за прискорення та посилення когнітивного спаду. У той же час щеплення проти бактерій або вірусів зменшують ризик поступової еволюції деменції. Тісна кореляція між пневмонією та делірієм у людей похилого віку є давнім спостереженням, а делірій, який є найпоширенішою подією гострої дисфункції мозку, є частим ускладненням клінічного прогресування COV-19, можливо, через нейровірулентність, важке периферичне запалення, глибокий стрес. Навіть "соціальне дистанціювання" та самотність, які переживають люди похилого віку під час пандемії, сприяють виникненню психотичних епізодів.

Системна та тканинна імунна відповідь сприяють патофізіології численних нервово-психічних захворювань шляхом модифікації нейрохімічного середовища, синаптичної передачі та пластичності, синтезу та секреції нейротрофічних факторів, нейрогенезу та мозкового конектома. У цьому контексті великий депресивний розлад є одним з найпоширеніших нервово-психічних розладів, пов'язаних із запальним ураженням головного мозку. Велика кількість доказів пов'язує симптоми депресії з прозапальними факторами та нейрогліальною недостатністю. Це посилення стосується конкретно підтипів депресії, що виникають у людей похилого віку. Старіння суттєво впливає на рівень та активність прозапальних цитокінів у ЦНС. Системна інфекція сама по собі може спричинити серйозну депресію у пацієнтів літнього віку через залежне від віку зниження імунного гомеостазу. Зокрема, підвищений рівень інтерлейкіну-1 β у сироватці крові безпосередньо корелює з появою великим депресивним розладом пізнього віку. Подібним чином спостерігається кореляція між запальними факторами та деякими специфічними симптомами, наприклад, високий рівень TNF- α та IL-2 асоціюється з апатією та руховим гальмуванням, тоді як IL-6 асоціюється з ангедонією та суїцидальністю. Рівні цитокінів знижуються, коли пацієнти відновлюють нормальний рівень настрою і навпаки, цитокіни залишаються підвищеними у пацієнтів, стійких до лікування.

Важкі випадки COVID-19 майже незмінно супроводжуються надмірною імунною відповіддю господаря, головним чином характеризується значним підвищенням рівня ІЛ-6 у плазмі крові, що безпосередньо корелює з несприятливим результатом захворювання. У той же час аномально високі концентрації ІЛ-6 були виявлені в мозковій спинномозковій рідині тих, хто намагався здійснити самогубство, у суб'єктів, які страждають або депресією, або шизофренією, у похилих пацієнтів з депресією та у матерів з післяпологовою депресією. Велика кількість доказів продемонструвала, що зміни рівня ІЛ-6 як у плазмі, так і в головному мозку призводять до виникнення депресії, хоча інші фактори, що мають природний або генетичний характер, вносять важливий внесок. У ЦНС ІЛ-6 діє як прозапальний медіатор, який сприяє синтезу та секреції додаткових запальних факторів та білків гострої фази астроцитами та мікроглією.

Таким чином, ІЛ-6, разом з TNF- α та ІЛ-1 β , можна розглядати як один з основних регуляторів імунної відповіді мозку, тоді як астроцити та мікроглія є основними реагентами на ІЛ-6, а також відомими виробниками ІЛ-6, стимульований ушкодженнями та патогенно-асоційованими молекулярними структурами (включаючи віруси та їх компоненти), нейромедіаторами та прозапальними месенджерами. Фізіологічні рівні ІЛ-6 у плазмі крові у дорослих коливаються в межах 1–10 пг / мл, тоді як при системному запаленні підвищується до декількох нг / мл; повідомлялося про 114 і навіть більш високі концентрації для COVID 19.

До речі, високий рівень ІЛ-6 був виявлений у плазмі крові, спинномозковій рідині та у передсмертній префронтальній корі суб'єктів із суїцидальними намірами, із нелетальними спробами самогубства або самогубствами. У той же час прямої кореляції не було знайдено між концентрацією ІЛ-6 у плазмі та лікворі у осіб, які намагались здійснити суїцид, а також такої кореляції не виявлено для балів тяжкості депресії. Рівні ІЛ-6 в циркуляції також корелювали із суїцидальною ендотиповою поведінкою, такою як розлади властивостей особистості, агресивність та

імпульсивність. Це узгоджується з численними висновками, що доводять роль цитокінів у регуляції емоцій та поведінки через взаємодію з конкретними ділянками мозку та різними нейрональними шляхами. Пандемія COVID-19 призвела до значних змін у способі життя та міжособистісних стосунках, засудивши багатьох на тривалу самотність. Ці умови психосоціального стресу можуть також згубно впливати на найбільш тендітних суб'єктів, впливаючи на їх здатність модулювати емоції. Зниження контролю над імпульсивністю та почуттям страху в поєднанні із запальними проблемами мозку може збільшити ризик суїциду.

Ненормальний баланс між прозапальними (IL-6 і TNF- α) та протизапальними цитокінами в ЦНС і в плазмі неодноразово спостерігався у пацієнтів з БР, що підтверджує думку, що нейроімунна відповідь може бути важливим фактором, що сприяє етіопатогенезу цієї хвороби. У гострих фазах БР або під час маніакального, або депресивного епізоду повідомлялося про активацію запальних каскадів, що багатьма, але не всіма, вважалося характерною ознакою гострої хвороби, а не стійкою ознакою захворювання. Встановлено, що кілька цитокінів, таких як IL-1 β , TNF- α , IL-6, інтерферон- γ , збільшують циркуляцію в гострих фазах БР, паралельно знижуючи протизапальні фактори IL-10 і трансформуючи фактор росту β -1, особливо в маніакальній фазі.

Аналіз присутності прозапальних молекул у лікворі у хворих на БР виявив суперечливі результати. Дещо високий рівень ліквору в IL-8, хемоаттрактантний білок 1 моноцитів (MCP-1 / CCL-2) та легкий ланцюг нейрофіламентів були виявлені у суб'єктів БР, хоча ці біомаркери не корелювали з результатом захворювання. Мета-аналіз вмісту цитокінів у лікворі у хворих на БР виявив підвищений рівень IL-1 β , IL-8 продемонстрував статистично незначущий підйом і змін щодо IL-6 не виявлено.

Невідповідність між рівнями інтерлейкінів та хемокінів у сироватці крові та у лікворі є іншим спірним питанням. Звичайно, спокусливо

припустити, що ця розбіжність втрачена в COVID-19, оскільки перевантаження інтерлейкінів та хемокінів, компрометація ГЕБ та активація резидентів ЦНС та вторгнення в імунні клітини посилює нейрозапалення та сприяє двонаправленому потоку запальних месенджерів через проникний бар'єр. Однак такий сценарій залишається вкрай гіпотетичним, і потрібно набагато більше досліджень та аналізів, щоб виявити можливу зв'язок вірусної інфекції загалом та COVID-19, зокрема, з БР.

COVID-19 та реактивний психоз. Широкий спектр порушення регуляції імунної системи, а також інфекцій (разом із звичайно генетичною вразливістю, відхиленнями в нейромедіаторів, стресом та впливом факторів навколишнього середовища, таких як жорстоке поводження в дитинстві) визнаються потенційними патогенетичними факторами реактивного психозу. Посилене запалення при психозі підтверджено метааналізами, що показують підвищену концентрацію цитокінів та їх рецепторів при хронічній шизофренії, а також у пацієнтів, які не отримували ліків в першому епізоді психозу. Недавнє дослідження, спрямоване на дослідження прозапального профілю цитокінів у пацієнтів з епізодами психозу, показало підвищення регуляції IL-6, TNF- α та IL-1 β , що не було виявлено у здорових братів і сестер, припускаючи, що знайома вразливість не бере участь у генерації запалення-асоційованих психотичних реакцій. Намагаючись концептуалізувати ризик виникнення психозу у суб'єктів, інфікованих SARS-COV-2, слід підкреслити, що високий рівень IL-6 корелює зі зменшенням розміру гіпокампа у шизофреніків, принаймні частково, зважаючи на їх когнітивні дефіцити. Більше того, підвищений рівень IL-6 був виявлений у лікворі ліквору хворих на шизофренію. Ще більш інтригуючим є спостереження, що високий рівень IL-6 у підлітків позитивно корелює з виникненням психозу в подальшому житті.

COVID-19 та obsesивно-компульсивний розлад. Зростаюча кількість літератури повідомляє про появу нав'язливих станів у пацієнтів, які нещодавно одужали від вірусного енцефаліту. Вже в 1930-х рр. Більше

третини випадків обсессивно-компульсивних розладів (ОКР) були визнані органічними в патогенезі та пов'язані з енцефалітом.

Згодом у нейропсихіатричній літературі були розкриті численні повідомлення про випадки захворювання: від обсессивних синдромів з постенцефалітичним паркінсонізмом до тих, що перебувають після енцефаліту, у яких нецукровий діабет співіснував з ОКР, до шести хворих на ОКР з анамнезом вірусного енцефаліту. Окрім цих ранніх прикладів, нещодавно були виявлені високі рівні імунних комплексів вірусу Борна та вірусних компонентів (білків, РНК) у крові та периферичних одноядерних клітинах хворих на ОКР, що підсилює уявлення про значний зв'язок між вірусною інфекцією та ОКР у схильних суб'єктів. У цьому сценарії, оскільки функціональна нейровізуалізація, продемонстрована ОКР, передбачає зміни в стріато-таламо-кортикальних ланцюгах, було цікавим, що активність цих ланцюгів може впливати на вірусну інфекцію, можливо через перешкоди передачі глутамату.

Поза будь-якими сумнівами, імунна дисфункція відіграє причинну роль у розвитку ОКР у дитинстві, коли раптовий напад нав'язливих симптомів і тиків виникає після стрептококової інфекції, з подальшим продукуванням аутоантитіл проти нейрональних антигенів базальних гангліїв, що надає уявлення про те, що зміни імунної системи можуть бути причетними до патології цих розладів. Численні дослідження показали кореляцію між рівнем прозапальних цитокінів у циркуляції та ОКР. Збільшення концентрації IL-1 β , IL-6 та TNF- α у крові у хворих на ОКР було виявлено порівняно із нормальним контролем у парі за статтю, віком та освітою. Ці висновки узгоджуються з результатами досліджень, що вивчають тих, хто не страждає на супутню патологію ОКР. Спостереження про збільшення запальних цитокінів у дослідженні, яке усунуло будь-які незрозумілі фактори, такі як тривожна або депресивна супутня патологія або наслідки психотропних препаратів, є більш переконливою підтримкою ідеї про те, що імунологічні

відхилення сприяють походженню ОКР. Таким чином, системне запалення, яке є визначною особливістю COVID-19, може спричинити ОКР.

COVID-19 та епілепсія

Література повідомляє про епілепсію та порушення поведінки як тісно пов'язані патології. Дійсно, психічні захворювання частіші у пацієнтів з епілепсією, ніж у загальної популяції, незалежно від часу виникнення судом, які могли виникнути до або після появи психічних розладів, що свідчить про взаємні стосунки та потенційно спільну етіологію. Це інтригує співіснування психічних особливостей у хворих на епілепсію не являє собою випадковість чи звичайну супутню патологію, але, швидше за все, воно відображає взаємопов'язані патологічні процеси. Нейрозапалення може натякати на основний механізм, який поділяють епілепсія та психічні розлади, хоча і з чіткою участю нейрональних субстратів. Це робить будь-яке жорстке розділення між епілепсією та деякими психічними розладами менш жорстким, і тому ми включили епілепсію в дискусію щодо значних поведінкових змін та ролі нейрозапалення в його патогенезі.

Зв'язок між епілепсією та нейрозапаленням загальноновизнаний. Стійкий нейрозапальний каскад, зумовлений навантаженням цитокінів та пошкодженням ГЕБ, пов'язаний з гліальною реактивністю, синаптичними змінами та утворенням гіперзбудливих мереж з нижчим порогом судом, що сприяє епілептичній активності. Епідеміологічні дані вказують на нейроінфекцію та системні інфекції як на одну з основних причин набутої епілепсії. Наприклад, вірусний енцефаліт збільшує ризик подальших судом. Підвищені концентрації ІЛ-1 були виявлені в плазмі крові та лікворі різного епілептичного фенотипу, що свідчить про ці властивості, що стимулюють випадки цитокінів. Зміни в передачі ГАМК-ергічної трансмісії та зменшення поглинання астроцитарного глутамату можуть спричинити залежне від ІЛ-1 збільшення сприйнятливості до епілепсії. Подібним чином, підвищений рівень ІЛ-6 повідомлявся як у плазмі, так і в лікворі у пацієнтів, які страждають на широкий спектр епілептичних проявів, тоді як це

збільшення концентрацій корелювало з тяжкістю судом. Можливість ІЛ-6 сприяти епілептогенезу ще більше підтверджується доказами того, що надмірна експресія ІЛ-6 індукує аномальний іктогенез у мишей в гіпокампі. Поки не повідомляється про зв'язок між епілепсією та COVID-19, однак Американське товариство епілепсії вже припустило, що COVID-19 може збільшити ризик раптової несподіваної смерті при епілепсії (SUDEP). Є деякі повідомлення, які вказують на те, що інфекції, бактеріальні або вірусні можуть збільшити ризик розвитку SUDEP. В даний час немає даних про зв'язок між COVID -19 та SUDEP.

Передбачається, що як тільки травма закінчиться і суб'єкт більше не буде під тиском стресу, починається шлях до стійкого відновлення, оскільки час загоює всі рани. На жаль, це не завжди так, оскільки у сприйнятливих суб'єктів активний стрес стимулює мозкові процеси, в результаті яких травматичні спогади раптово знову виникають і порушують психічне здоров'я. Постійність цих умов породжує посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). ПТСР більше не класифікується серед тривожних розладів; це вважається травмою або пов'язаним зі стресовим розладом. Патогенетичний зв'язок між запаленням та ПТСР добре задокументований. Через помітний вплив стресових факторів на імунну систему не дивно, що ПТСР пов'язаний із імунним станом. Підвищена концентрація прозапальних факторів спостерігалася як в системному кровообігу, так і в мозку в контексті ПТСР. Активація нейроглії, індукована важкими або стійкими стресорами, може стимулювати аберрантну секрецію прозапальних сигналів, що потенційно може полегшити появу ПТСР. Дані метааналізів підтверджують значне збільшення прозапальних молекул у осіб з ПТСР, включаючи ІЛ-6, TNF- α та ІЛ-1 β .

Рівні ІЛ-10, протизапального інтерлейкіну, також були підвищені, ймовірно, для спроби компенсувати запальні процеси, викликані стресом, додатково підкреслюючи тісний зв'язок між запаленням, стресом та ПТСР. Виникнення ПТСР, як правило, було пов'язане з виникненням слабого

ступеня запалення. Окрім змін у цитокінах, ПТСР також пов'язаний із посиленою експресією NF-κB, цей фактор транскрипції причетний до запального процесу та його підвищена експресія корелює безпосередньо з тяжкістю ПТСР. Більше того, ПТСР, зазвичай, супроводжується депресією, а також тривогою, наркоманією та високою частотою самогубств, оскільки всі ці стани мають спільні запальні механізми у своїх патогенетичних процесах. Однак залишається з'ясувати, чи є взаємини у всіх випадках взаємними і які фактори, поряд із запальними, відіграють причинну роль у визначенні супутніх захворювань. ПТСР може бути можливим результатом для хворих на COVID-19. Це впливає не тільки із тяжкості системного запалення та вірусної інвазії в мозок, але також із тяжкості стресу, спричиненого несподіваною пандемією, яка для високої смертності має шокує значення.

Значна кількість психотичних епізодів після пандемії іспанського грипу підкреслила можливість збільшення частоти шизофренічних розладів у об'єктів, інфікованих SARS-COV-2. У пацієнтів з COVID-19 повідомлялося про високий рівень імунореактивності коронавірусу у пацієнтів із недавніми настаннями психотичних епізодів, а також серйозних нервово-психічних ускладнень, включаючи слухові та зорові галюцинації, а також важких марень. Незважаючи на те, що загальновизнане походження нейророзвитку шизофренії, не можна виключати інших етіологічних факторів, таких як прямий вплив вірусної нейроінфекції або непрямий ефект імунних аберацій, що трапляються у дорослих. Шизофренія також розглядається як нейродегенеративна хвороба у зрілому віці, з усадкою та втратою нейронів, пошкодженням олігодендроцитів, змінами синаптичної зв'язку, імовірно, пов'язаними з когнітивними порушеннями. Хоча відсутні дані, що безпосередньо пов'язують COVID-19 з ризиком шизофренії, часте виникнення психотичних епізодів наголошує на необхідності подальших, більш детальних досліджень.

2.2. Психологічні стани особистості з постковідним синдромом

Коронавірусна хвороба – виклик для системи охорони здоров'я багатьох країн через значне поширення, залучення великої кількості людей в епідемічний процес, тяжкість перебігу в певних групах пацієнтів, а також наявність залишкових проявів протягом тривалого часу. Ґрунтуючись на даних літератури, висвітлено поняття «постковідного синдрому», його поширеність та основні клінічні прояви. Зазначено, що механізми розвитку симптомів у пацієнтів, які пройшли гостру фазу, остаточно нез'ясовані. Гіпотези стосуються тривалої персистенції вірусу, гіперзапальної відповіді у гостру фазу, а також розвитку імунодефіциту. Постановка діагнозу постковідного синдрому передбачає проведення диференційної діагностики з багатьма хворобами.

Коронавірусна хвороба COVID-19 поширилася по всьому світу за 4 міс. з моменту її першого виявлення в Ухані – місті з понад 11 млн жителів – у центральній частині Китаю в грудні 2019 р. Протягом місяця китайські дослідники встановили причину – новий коронавірус під назвою SARS-CoV2. Цей вірус був генетично найтісніше пов'язаний з коронавірусом, виділеним від кажанів у провінції Юньнань, Китай. Незважаючи на те, що кількість випадків COVID-19 неспинно зростає, світ ще досить мало знає про цю хворобу. Клінічний спектр коливається в широких межах. До 40 % інфікованих людей матимуть безсимптомний перебіг. Близько 80 % пацієнтів із клінічно маніфестним перебігом, матимуть легкий ступінь тяжкості, що не потребуватиме госпіталізації, і лише 5 % лікуватимуться у відділенні інтенсивної терапії із, як правило, штучною вентиляцією легень для усунення дихальної недостатності [28].

На початку пандемії вважалося, що COVID-19 – це короткочасна хвороба. У лютому 2020 р. Всесвітня організація охорони здоров'я, використовуючи наявні на тоді дані, повідомила, що час від початку захворювання до клінічного одужання для легких випадків становив

приблизно 2 тиж, а для одужання пацієнтів з тяжким або критичним перебігом займав від 3 до 6 тиж. Однак уже влітку стало ясно, що у деяких пацієнтів симптоми виснаження зберігаються тижнями або, навіть, місяцями. Клінічні дослідження пацієнтів, інфікованих SARS-CoV-2, засвідчили ураження багатьох органів або систем, включаючи легені, мозок, нирки та серцево-судинну систему. Виявлено пошкодження, спричинені тяжкими запальними реакціями, тромботичною мікроангіопатією, венозною тромбоемболією та гіпоксією [28].

У січні 2021 р. у The Lancet була опублікована стаття, що стосувалася збереження симптомів коронавірусної хвороби у пацієнтів через 6 міс. після виписки зі стаціонару. Найчастіші скарги – підвищена втомлюваність і м'язова слабкість (63 %), розлади сну (26 %), тривога та депресія (23 %) [33].

Нещодавній аналіз показав, що кожен десятий недужий хворів на COVID-19 більш ніж три тижні після появи симптомів. У медичній літературі з'явився термін, який характеризує таких пацієнтів як «далекобійників» (англ. «long-haulers»), яких розділяють на дві групи: 1. Ті, хто має об'єктивні зміни в серцево-судинній, нервовій, шлунково-кишковій, видільній, дихальній системах і системі гемостазу. 2. Ті, у яких зберігаються симптоми протягом тривалого часу без морфологічного підґрунтя [24].

Збереження симптомів, що виникли під час гострої фази COVID-19, протягом понад як 12 тиж, та не можуть бути пояснені іншими альтернативними діагнозами, отримало офіційне визначення – постковідний синдром (NICE, 2020) [45]. Його клінічні прояви спершу пов'язували із синдромом хронічної втоми або міалгічним енцефаломієлітом (ME). Найчастіші прояви такі:

- респіраторні: хронічний кашель, задишка, запалення легень і фіброз, легенево-судинні захворювання;
- серцево-судинні: відчуття стиснення в грудній клітці, гострий міокардит і серцева недостатність;
- тривала втрата або зміна запахів і смаків [46];

- розлади психічного здоров'я, включаючи депресію, тривогу та когнітивні розлади;

- неврологічні: міалгія, синдром Гійєна-Барре або невралгічна аміотрофія;

- шлунково-кишкові розлади з діареєю;

- постійні головні болі;

- втома, слабкість і безсоння;

- порушення функції печінки та нирок;

- порушення системи гемостазу (переважно у вигляді тромбозів);

- лімфаденопатія [15].

Широкий спектр клінічних проявів зумовлений неповною визначеністю, складнощами в диференційній діагностиці власне постковідного синдрому та інших захворювань. Проте, збереження симптомів у щонайменше кожного 10-го пацієнта протягом 12 тижнів, значне число пацієнтів, які звертаються до лікарів первинної ланки після перенесеної хвороби без відновленої працездатності – потребують визнання значимості проблеми. Процес відновлення пацієнтів після COVID-19 є актуальним. На початку гострого перебігу COVID-19 увага лікарів зосереджена на виявленні та лікуванні гострих ускладнень, пов'язаних з COVID-19, тоді як після гострої фази деякі пацієнти потребують оцінки та лікування на предмет стійких або нових симптомів. Хоча немає загально визнаних стадій реконвалесценції при COVID-19, можна поділити таким чином [28]:

- Гострий COVID-19 (Acute COVID-19): симптоми COVID-19 протягом 4 тиж після початку хвороби.

- Довготривалі симптоми COVID-19(Ongoing symptomatic COVID-19): симптоми COVID-19 від 4 до 12 тиж після початку хвороби.

- Після COVID-19 (Post-COVID-19): симптоми, що розвиваються під час або після COVID-19, тривають протягом 12 тижнів і не пояснюються альтернативним діагнозом.

Ці стадії відображають симптоматичне одужання і не пов'язані з активною вірусною інфекцією та контагіозністю.

Персистуючі симптоми після перенесеної COVID-19 трапляються досить часто і, як правило, включають втому, задишку, біль у грудях та кашель. У пацієнтів, які одужують від COVID-19, особливо у тих, хто має тяжкі супутні захворювання, можуть також виникати додатково-ві фізичні, психологічні (наприклад, тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад) і когнітивні (на-приклад, погіршення пам'яті та концентрації уваги) симптоми. Фізичні симптоми – декілька обсерваційних досліджень описують стійкі симптоми, які виникають у пацієнтів після гострого захворювання COVID-19, при-чому третина учасників мала більше одного симптому. Загальні стійкі фізичні симптоми включають:

- втому (від 15 до 87 %),
- задишку (від 10 до 71 %),
- біль або скутість у грудях (від 12 до 44 %),
- кашель (від 17 до 26 %).

Рідше можуть траплятись аносмія, біль у суглобах, головний біль, риніт, дисгевзія, поганий апетит, запаморочення, міалгії, безсоння, пітливість і діарея.

Психологічні чи когнітивні скарги також поширені серед реконвалесцентів COVID-19 і можуть спостерігатися частіше, ніж у тих, хто одужує від подібних захворювань. В одному дослідженні за участі 100 пацієнтів (яких виписали з лікарні після коронавірусної хвороби), 24 % учасників повідомили про посттравма-тичний стресовий розлад, 18 % відзначили погіршення пам'яті, а 16 % – погіршення концентрації уваги; відсотки були вищими серед пацієнтів, які перебували у відді-ленні інтенсивної терапії (ВІТ) [17]. В інших дослідженнях майже половина людей, які пережили COVID-19, повідомили про погіршення якості життя, 22 % мали тривогу/депресію [36].

Персистуючі симптоми можуть впливати на функціональну здатність і соціалізацію. В одному ретроспективному дослідженні за участі 1300 госпіталізованих з COVID-19, протягом перших 30 діб після виписки, лише 40 % пацієнтів були незалежними в усіх сферах повсяк-денного життя [28]. В іншому дослідженні майже 40 % пацієнтів не змогли повернутися до попереднього стану навіть через 60 діб після перебування у стаціонарі [17].

Тривалість відновлення може залежати від преморбідних факторів ризику, а також від ступеня тяжкості захворювання та спектру симптомів [72]. Попередні дані свідчать про триваліший період відновлення в осіб, які потребують ушпиталення, пацієнтів старшого віку із супутніми захворюваннями, хворих, які зазнали медич-них ускладнень (наприклад, вторинна бактерійна пнев-монія, венозна тромбоемболія), та тих, хто тривалий час перебував у лікарні або в реанімаційному відділенні. Однак є свідчення, що навіть у пацієнтів з легшим пере-бігом захворювання, які не потребували ушпиталення, часто зберігалися персистуючі симптоми. Згідно з окре-мими дослідженнями, значна частина пацієнтів, які по-требували госпіталізації, відчували симптоми протягом щонайменше двох місяців після виписки (52-87 %). А третина пацієнтів з легким перебігом – близько трьох тижнів.

Деякі симптоми усуваються швидше, ніж інші. На-приклад, гарячка, озноб, нюхові/смакові втрати зазвичай зникають протягом двох-чотирьох тижнів, тоді як втома, задишка, стиснення в грудях, когнітивні та психологічні наслідки можуть тривати місяцями (до півроку). Дані щодо окремих симптомів наведені нижче.

- Втома, слабкість – найпоширеніші симптоми, які спостерігаються у пацієнтів, незалежно від потре-би в ушпиталенні. Хоча втома у більшості пацієн-тів минає, вона може бути значною та тривати 3 міс. і довше, особливо серед тих, хто потребував інтенсивної терапії.

- Задишка у більшості пацієнтів повільно минає протягом 2-3 міс., іноді довше.

- Тривалий кашель. Багато пацієнтів відчували стійкий кашель протягом 2-3 тиж після початкових симптомів. У більшості кашель зникав за 3 місяців.

- Дискомфорт у грудях – серед пацієнтів з COVID-19 дискомфорт у грудях є поширеним явищем і може повільно проходити. Цей симптом зберігається у 12-22 % пацієнтів протягом 2-3 міс. після гострого періоду COVID-19.

- Змінений смак і запах. Кілька груп науковців ви-вчали відновлення нюхових і смакових відчуттів у пацієнтів з COVID-19. Більшість із них повністю або майже повністю одужували через місяць після появи цих симптомів, хоча в деяких випадках вони зберігалися довше. Згідно з деякими спостереженнями, пацієнти з гіпосмією можуть одужувати швидше порівняно з тими, у кого є аносмія, а також пацієнти чоловічої статі порівняно з жіночою. Хоча ці дані є попередніми.

- Нейрокогнітивні симптоми. Проблеми з концен-трацією уваги та пам'яттю зберігаються протягом 6 тиж і більше у пацієнтів із COVID-19, які потре-бували госпіталізації.

- Психологічні симптоми (наприклад, тривога, депресія, ПТСР) – поширені наслідки COVID-19, причому тривога буває найчастіше. Загалом пси-хологічні симптоми з часом слабнуть, але можуть зберігатися до 3 місяців.

Більшість пацієнтів, госпіталізованих із COVID-19, успішно виписуються, хоча приблизно 10-20 % потребують повторної госпіталізації. Частина реконвалесцентів потребує тривалої відновлювальної терапії. Терміни та місце подальшого нагляду пацієнтів, які одужали від гострого COVID-19, індивідуальні й залежать від ряду факторів, включаючи ступінь тяжкості захворювання, поточну симптоматику, вік пацієнта, наявність супутніх захворювань і доступність ресурсів. Детальне вивчення патофізіології пізніх наслідків коронавірусної хвороби та постковідного синдрому триває. Однак, основні теорії виникнення пов'язують з

характерним ураженням органів у фазу гострої інфекції, проявами стійкої гіперімунної відповіді або тривалої персистенції вірусу [59, 7-8].

Фактор вірусного навантаження, яке елімінується або зберігається внаслідок репродукції SARS-CoV-2, схоже, відіграє головну роль у розвитку симптомів у «далекобійників». Інші фактори, такі як кількість рецепторів ACE2 у тканинах, проникність судинної стінки, стан системи гемостазу та каскад активації цитокінів, визначають перебіг захворювання: гострий, тяжкий з високою ймовірністю летального наслідку або затяжний, середньої тяжкості. Крім того, відомо про різні вірусні інфекції, при яких в умовах імунодефіциту (первинного чи вторинного) вірус/антиген залишається і настає хронічна фаза захворювання. Якісна та кількісна адекватна імунна відповідь є ключовим фактором, і тому дефекти можуть бути основою збереження симптомів протягом місяців після згасання гострої фази COVID-19 [20].

Хоча існують певні розбіжності між результатами клінічного обстеження та скаргами пацієнтів, постко-відний синдром може навіть включати дисавтономію (у 2,5 %), як це було раніше описано в реєстрі ALBACOVID. Такий неврологічний розлад може бути пов'язаний з мікроангіопатією та травмою ендотелію, про що свідчили результати дослідження зразків головного мозку пацієнтів, що мали тяжкий ступінь COVID-19. Крім того, вірус SARS-CoV-2 може бути тригером автоімунного захворювання, як от для синдрому Гійєна-Барре [12].

До факторів, крім гострого захворювання, які можуть ще більше ускладнити клінічну картину, належать:

- різке зниження фізичної активності на початку або після тривалого перебігу захворювання;
- супутні захворювання;
- психологічні наслідки після тривалого, важкого перебігу захворювання, а також ті, що стосуються змін способу життя внаслідок пандемії. Найімовірніше стійкі наслідки COVID-19 є мультифакторним

синдромом, що виникає внаслідок різних патофізіологічних процесів у перебігу захворювання.

Аналіз здоров'я пацієнтів, що включає лише хворих на COVID-19 легкого ступеня, дасть змогу краще зрозуміти постковідний синдром, оскільки ця група рідко має хронічні порушення органів. Оцінка причини втоми за допомогою простих досліджень крові може виявити патологічні стани, що піддаються лікуванню.

Пацієнти, які перенесли гостру коронавірусну хворобу COVID-19, потребують подальшої реабілітації під наглядом спеціаліста. Останнє передбачатиме оцінку ризиків загострення хронічних захворювань, підбір про-грами реабілітаційних занять і процедур.

Висновки. Одна з особливостей COVID-19 – тривалий перебіг зі збереженням симптомів понад 12 тижнів після гострого захворювання, що отримало назву «постковідного синдрому». Останній спостерігається щонайменше у 30 % пацієнтів, які перенесли це захворювання. Механізм розвитку постковідного синдрому до кінця не вивчений, однак збереження скарг пов'язують з тривалою персистенцією вірусу, гіперзапальною відповіддю організму у фазі гострого захворювання, а також особливостями клітинного та гуморального імунітету пацієнта. Клінічні прояви включають м'язову слабкість, швидку втомлюваність, розлади сну, тривогу та депресію, розлади психічного здоров'я та когнітивні розлади. Рідше зберігаються симптоми з боку дихальної, серцево-судинної, травної та нервової систем. Неспецифічність ознак постковідного синдрому потребує проведення диференційної діагностики з іншими захворюваннями.

Рекомендації щодо реабілітації пацієнтів досі розробляються. Основні заходи спрямовані на відновлення функціонального стану дихальної системи, повернення до звичної фізичної та соціальної активності.

РОЗДІЛ 3.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ

3.1. Методи, методика та процедура дослідження

Незадоволений стан здоров'я після коронавірусу називають постковідний синдром або постковід. Це ознаки та симптоми, які виникають після перенесеної коронавірусної хвороби і які неможливо пояснити жодним діагнозом. Такий стан може тривати від 5 до 12 тижнів або довше. Значна кількість людей відчувають зрозумілу тривогу, а деякі з них піддаються паніці. Тому виникає потреба у попередженні та подоланні неадаптивних психічних станів.

Коронавірус – це не тільки медична, але і психологічна хвороба, яка потребує свого вивчення і формування на цій основі адекватної поведінки щодо себе і оточуючих людей, які заслуговують на підтримку і співчуття.

Дослідження проведено на базі КНП «Міська лікарня №3» ЗМР (Комерційне Неприбуткове Підприємство «Міська лікарня №3» Запорізької Міської Ради), Отоларингологічне гнійно-септичне відділення.

Хворих на COVID-19 госпіталізували до спеціального відділення COVID-19 на першому поверсі будівлі – за медичним спрямуванням. Пацієнтів лікували від супутніх захворювань і ускладнень захворювання. Їм були надані фізичні реабілітаційні процедури в своїх палатах або спеціальний простір (бокс) під час очікування 24 годин для двох результатів мазків від COVID-19. У разі необхідності реабілітація продовжувалася у відділеннях, які не є Covid-19, після подолання інфекції.

В емпіричному дослідженні прийняли участь 52 особи віком від 18 до 80 років, які перехворіли на коронавірус. Порівняльний аналіз отриманих

даних, спостереження, бесіди та тестування за обраними опитувальниками є методами дослідження.

Обрані методики пропонували респондентам за визначеним планом і змістовним спрямування написати відповіді про себе, про свій стан під час хвороби та через місяць після хвороби.

Першим кроком було відвідування пацієнтів у своїх палатах, щоб оцінити їх психологічні та когнітивні стани. Наступні методи були використані і адаптовані до індивідуальних клінічних умов.

З огляду на вік вибірки, психологічне лікування для пацієнтів літнього віку було адаптовано до їх конкретних потреб як з огляду на вік, так і фізичну проблему, з якими вони мають справу. В якості стандартного лікування в реабілітаційному контексті найважливішими моментами втручання були: розуміння і прийняття психофізичного стану і / або хвороби, розробка психологічних (емоційних) реакцій на нього, таких як тривога, депресія, а також відмова від хвороби і свідоме уникнення хвороби, зміцнення здорових звичок, які можуть зберігатися після розряду (наприклад, фізичні вправи, управління вагою); підготовка до виписки додому і адаптація до повсякденного життя.

Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) – один з перших тестів, що відрізняються високою релевантністю та специфічністю, створених для використання у клінічній практиці з метою діагностики та оцінки рівня депресивних розладів. Незважаючи на дату розробки, шкала депресії Бека не застаріла і широко застосовується в психіатричній та психотерапевтичній практиці навіть сьогодні. Усього існує три варіанти цього опитувальника: BDI, BDI-1A, BDI-II. Версія шкали депресії Бека поширена в адаптації М. В. Тарабрина.

Опитувальник А. Т. Бека (див. Додаток А) дозволяє оцінити депресивні стани. Вважається, що випробовуваний страждає депресією, якщо він набрав більше 25 балів. Результат менше 10 балів говорить про відсутність депресивних тенденцій і хороший емоційний стан випробовуваного.

Проміжну групу складають випробовувані з легким рівнем депресії ситуативного або невротичного генезису.

За допомогою методики «Самооцінка психічних станів», розробленої і запропонованої Г.Айзенком, можна визначити як оцінюють у себе підлітки психічні стани. А саме такі, як: тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Ці стани є важливими елементами для визначення загальних адаптативних можливостей людини. Автор методики - Айзенк (Eysenck) Ганс Юрген - англійський психолог, один з лідерів біологічного напрямку в психології, автор факторної теорії особистості. Тест може застосовуватись як в якості самостійної клініко-психологічної методики, так і у складі послідовних процедур у комплексі з іншими методиками такого ж спрямування.

Методика налічує 40 тверджень, які включають опис різних психічних станів. Якщо учням цей стан часто притаманний, ставиться 2 бала, якщо цей стан буває рідко, то ставиться 1 бал, якщо ж зовсім не підходить - 0 балів. Анкета складається із 4 блоків, кожен з яких відповідає певним станам: тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності (див. Додаток Б). Судження відібрані за результатами оцінки надійності та валідності. Тест належить до типу «олівець-папір» і допускає як групове, так і індивідуальне використання. Для оцінки результатів необхідно підрахувати суму балів за кожен з чотирьох груп запитань. Час заповнення бланку не фіксується.

Методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана і Д. Рікса (див. Додаток В). Опитувальник складається з чотирьох блоків, кожний з яких має по 10 висловлювань. Досліджуваному пропонується обрати у парах су джень те, що на даний момент найбільш прийнятне для нього. Вимірювання проводиться за 10-бальною стеновою системою. Методика вимірює наступні показники: «спокій – тривожність», «енергійність – втомленість», «піднесеність – пригніченість», «відчуття впевненості – відчуття безпорадності». Призначена для діагностики підлітків та дорослих.

Методика діагностики емоційних станів, яка була розроблена американськими психологами А. Уессманом і Д. Ріксом, застосовується для самооцінки емоційних станів. Дана методика ефективна, якщо необхідно виявити зміну емоційного стану людини протягом певного періоду часу.

3.2. Результати дослідження та їх інтерпретація

Результати дослідження свідчать, що повернутись до звичайного життя після перенесеного COVID-19 доволі складно. Хоча більшість і хворіє в досить легкій формі, це не означає, що саме ви зможете уникнути ускладненого перебігу хвороби. Адже заздалегідь дізнатись, як конкретна людина перенесе захворювання, – неможливо. Зменшити ризики потрапити у лікарню та втратити здоров'я, чи навіть життя, внаслідок COVID-19 допомагає виключно вакцинація. Водночас навіть у тих, хто легко або безсимптомно переніс коронавірусну хворобу, може спостерігатись так званий “постковідний синдром” або “тривалий ковід” (long COVID-19).

Перед оцінюванням психічних станів у першу чергу ми зосередили увагу на фізичних станах. Фізичне та психічне здоров'я взаємопов'язані. Існує реальна необхідність приділяти увагу проблемам психічного здоров'я людей з хронічними хворобами і проблем фізичного здоров'я людей, що страждають психічними захворюваннями в рамках безперервного і комплексного медичного обслуговування. Фізичний стан при зборі анамнестичних даних поданий у таблиці 3.1 та на рисунку 3.1.

Табл. 3.1.

Оцінка фізичного стану при зборі анамнестичних даних

фізичний стан	Під час хвороби	Після хвороби
втрата смаку	48 (93)	2 (38.4%)
втрата нюху	48 (92.3)	3 (5.8 %)

порушення сну	46(88.46)	10 (19.2%)
гіпертермія	34 (65.4%)	2 (38.4%)
біль у м`язах	29 (55.8%)	5 (96%)
астенія	39 (75%)	10 (19.2%)

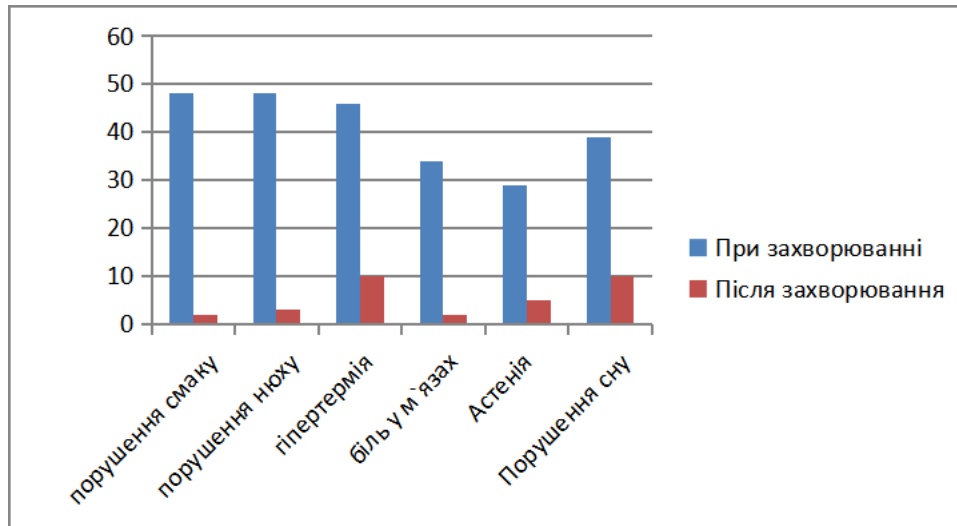


Рис. 3.1. Оцінка фізичного стану при зборі анамнестичних даних

Ситуація коронавірусної пандемії небезпечна не тільки для фізичного здоров'я і життя людей, а й для здоров'я психічного, психологічного. Психоемоційна дестабілізація особистості призводить до втрати базового відчуття безпеки. Це відбувається в результаті цілеспрямованого одночасного багатоканального інформаційного впливу з метою висвітлення швидкості розповсюдження вірусу, наслідків зараження, кількості померлих, економічних втрат, а також правил поведінки, обмежень, прогнозів і т.д. Внаслідок цього настає психічне перевантаження, яке виявляється в фоновому стані підвищеної тривожності з хвилеподібними «стрибками» відчуття страху й паніки, а також – у витіснених страхах, підсвідомих намаганнях контролювати ситуацію більше, ніж здається на свідомому рівні.

Оцінити депресивні стани дозволяє опитувальник А. Т. Бека (див. Додаток А). У будь-якому випадку, інтерпретуючи результати опитувальника, необхідно пам'ятати про те, що стан депресії встановлюється фахівцем в

результаті обстеження і докладної клінічної бесіди, а результати опитувальника можуть дати лише попереднє і наближене уявлення про стан випробовуваного.

Отримані результати з урахуванням віку подані у таблиці 3.2.

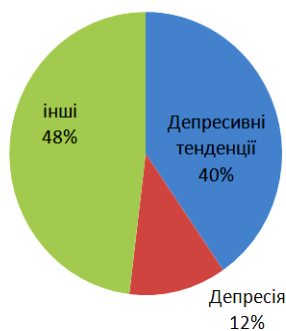
Табл. 3.2.

Оцінка депресивних станів

Вік	Кількість	Психічні стани			
		Депресивні тенденції		Депресія	
		При захворюванні	Після захворюванні	При захворюванні	Після захворюванні
18-25	13	6 (11,5%)	2 (3,8%)	0	2 (3,8%)
26-35	4	1(1,9%)	-	-	1(1,9%)
36-45	7	4(7,6%)	5(9,6%)	1(1,9%)	-
46-55	7	2(3,8%)	-	-	1(1,9%)
56-65	12	5(9,6%)	2(3,8%)	2(3,8%)	3(5,7%)
66-75	7	2(3,8%)	3(5,7%)	2(3,8%)	2(3,8%)
76+	2	1(1,9%)	2(3,8%)	1(1,9%)	-
	52	21(40,3%)	14(26,9%)	6(11,5%)	9(17,3%)

Як свідчать отримані результати, після захворювання показники депресивних тенденцій знижуються (на 13%), але показники стану депресії зростають (на 5%), що зазначено на рис.3.2.

Аналіз депресивних станів під час захворювання



Аналіз депресивних станів після захворювання

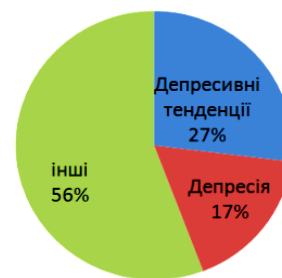


Рис. 3.2. Аналіз депресивних станів

Для оцінювання негативних станів особистості показовим є тест «Самооцінка психічних станів» за Г. Айзенком (див. Додаток Б). Даний тест дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і

властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність). Отримані результати під час та після хвороби подані у таблицях 3.3 і 3.4.

Табл. 3.3.

Оцінка психічного стану під час хвороби (по Г. Айзенку)

вік	кількість	Тривожність			Фрустрація			Агресивність			Ригідність		
		рівні			рівні			рівні			рівні		
		в.	с.	н.	в.	с.	н.	в.	с.	н.	в.	с.	н.
18-25	13 25%	6 11,5%	5 9.6%	2 3.8%	4 7.7%	5 9.6%	4 7.7%	3 5.7%	2 3.8%	8 15.3%	7 13.5%	3 5.7%	3 5.7%
26-35	4 7.7%	3 5.7%	1 1.9%	0	1 1.9%	2 3.8%	1 1.9%	0	2 3.8%	2 3.8%	1 1.9%	1 1.9%	2 3.8%
36-45	7 13.5%	5 9.6%	1 1.9%	1 1.9%	4 7.7%	2 3.8%	1 1.9%	2 3.8%	2 3.8%	3 5.7%	2 3.8%	2 3.8%	3 5.7%
46-55	7 13.5%	6 11,5%	1 1.9%	0	3 5.7%	3 5.7%	1 1.9%	2 3.8%	2 3.8%	4 7.7%	3 5.7%	3 5.7%	1 1.9%
56-65	12 23.1%	10 19.2%	1 1.9%	1 1.9%	7 13.5%	4 7.7%	1 1.9%	4 7.7%	4 7.7%	4 7.7%	4 7.7%	4 7.7%	4 7.7%
66-75	7 13.5%	4 7.7%	2 3.8%	1 1.9%	4 7.7%	2 3.8%	1 1.9%	3 5.7%	3 5.7%	1 1.9%	3 5.7%	3 5.7%	1 1.9%
76+	2 3.8%	2 3.8%	0	0	1 1.9%	1 1.9%	0	0	0	2 3.8%	2 3.8%	0	0
	52 (100%)	36 69,2%	11 21,2%	5 9.6%	24 46.2%	18 34.6%	9 17.3%	14 26.9%	15 28.8%	24 41.6%	22 42.3%	16 30.8%	14 26.9%

Табл. 3.4.

Оцінка психічного стану після хвороби (по Г. Айзенку)

вік	кількість	Тривожність			Фрустрованість			Агресивність			Ригідність		
		рівні			рівні			рівні			рівні		
		в.	с.	н.	в.	с.	н.	в.	с.	н.	в.	с.	н.
18-25	13 25%	3 5.7%	5 9.6%	5 9.6%	2 3.8%	5 9.6%	6 11,5%	3 5.7%	3 5.7%	7 13.	5 9.6%	5 9.6%	3 5.7%
26-35	4 7.7%	1 1.9%	1 1.9%	2 3.8%	0	2 3.8%	2 3.8%	1 1.9%	2 3.8%	1 1.9%	2 3.8%	2 3.8%	0
36-45	7 13.5%	1 1.9%	2 3.8%	4 7.7%	1 1.9%	3 5.7%	3 5.7%	3 5.7%	2 3.8%	2 3.8%	3 5.7%	1 1.9%	3 5.7%
46-55	7 13.5%	2 3.8%	1 1.9%	4 7.7%	2 3.8%	2 3.8%	3 5.7%	3 5.7%	2 3.8%	2 3.8%	4 7.7%	2 3.8%	1 1.9%

56-65	12 23.1 %	3 5.7%	4 7.7 %	5 9.6 %	1 1.9 %	3 5.7 %	4 7.7 %	3 5.7 %	4 7.7 %	5 9.6 %	6 11, 5%	3 5.7 %	3 5.7 %
66-75	7 13.5 %	2 3.8%	2 3.8 %	3 5.7 %	2 3.8 %	1 1.9 %	4 7.7 %	2 3.8 %	2 3.8 %	3 5.7 %	4 7.7 %	3 5.7 %	0
76+	2 3.8%	1 1.9%	1 1.9 %	0	1 1.9 %	1 1.9 %	0	2 3.8 %	0	0	2 3.8 %	0	0
	52 100%	13 23.1 %	16 30.8 %	23 44. 2%	9 17.3 %	17 32. 7%	22 42.3 %	17 32. 7%	15 28. 8%	20 38. 5%	26 50 %	16 30. 8%	10 19.2 %

Інтерпретація результатів за кожною шкалою властивостей особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність) враховує три рівні показників: високий, середній, низький. Особливо показовим є високий рівень. Порівняння високих рівнів неадаптивних психічних станів під час і після хвороби подано у таблиці 3.5. та на рисунку 3.3.

Табл. 3.5.

Оцінка високих рівнів неадаптивних психічних станів під час і після хвороби

Психічні стани	При захворюванні	Після захворюванні
Тривожність	36 (69.2%)	13 (25%)
Фрустрація	24(46.2%)	9(17.3%)
Агресивність	14(26.9%)	17(32.7%)
Ригідність	22(42.3%)	26(50%)

Порівняння високих рівнів неадаптивних психічних станів показує зниження таких показників як тривожність на 44% та фрустрація на 29%, водночас відбувається невелике зростання агресивності на 6% і ригідності на 8%. (рис. 3.3.)

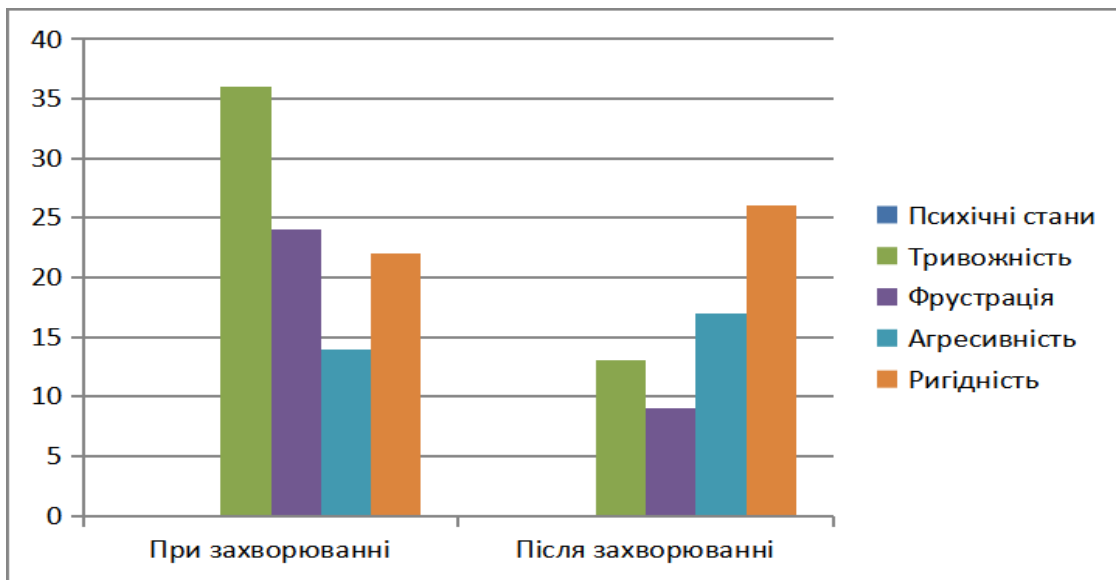


Рис. 3.3. Порівняння високих рівнів неадаптивних психічних станів

Методика діагностики емоційних станів (див. Додаток В), яка була розроблена американськими психологами А. Уессманом і Д. Ріксом, застосовується для самооцінки емоційних станів. Дана методика ефективна, якщо необхідно виявити зміну емоційного стану людини протягом певного періоду часу.

Кожна людина має індивідуальний «набір» емоцій і почуттів, перебіг яких здійснюється за конкретною траєкторією. Так, для однієї людини притаманні, переважно, стеничні емоції і почуття радості, піднесеності, оптимізму, тоді як для іншої домінантними є розгубленість, невпевненість, сумніви. Траєкторія емоційного реагування також є індивідуальною: одна людина у складній ситуації впадає у розпач, інша – реагує агресивно або ж стримано. Тип реагування залежить не тільки від темпераменту, але й від рівня розвитку рефлексії, ступеня усвідомлення власних станів. Психологічна протидія вірусним захворюванням передбачає контроль власних емоційно-почуттєвих станів і допомогу в цьому процесі іншим. Під час пандемії емоційна реакція значної частини населення проявляється в інтервалі від занурення в переживання (через паніку, розгубленість, провину перед постраждалими) до заперечення (через відчуження, іронію, сарказм, звинувачення постраждалих).

Однак ні перше, ні друге ставлення не є конструктивним, оскільки людина не перебуває в стані емоційної рівноваженості, спокою. Так, страх однієї людини перед загрозою зараження може миттєво передаватися іншим, а піднесення від подолання хвороб може охоплювати значну кількість людей.

Сумарна оцінка стану як показник відображає вираженість, ступінь емоційного підйому / виснаження випробуваного. Результати діагностики емоційних станів за А. Уессманом і Д. Ріксом подано у таблиці 3.6.

Табл. 3.6.

Оцінка емоційних станів при захворюванні на COVID-19

Емоційні стани хворих (52 особи)															
При захворюванні								Після захворюванні							
спокій	тривожність	енергійність	втома	піднесеність	пригніченість	впевненість	безпорадність	спокій	тривожність	енергійність	втома	піднесеність	пригніченість	впевненість	безпорадність
0	52	2	50	3	43	5	47	14	38	15	37	20	32	25	27
0%	100%	3.8%	96.2%	5.8%	82.7%	9.6%	90.4%	26.9%	73.1%	28.8%	71.2%	38.5%	61.5%	48.1%	51.9%

У загальному вигляді емоційний стан - характеристика емоцій людини, що відображає її положення щодо об'єктів навколишнього середовища. Стан може бути наблюдаємо як зовні, так і внутрішньо. Внутрішній стан емоцій фіксується свідомістю суб'єкта на певний момент часу тих відчуттів благополуччя (неблагополуччя) як організму в цілому, як і його частин. Зовні оцінка стану емоцій фіксується висловлюваннями випробуваного за певними ознаками. Стан людини виступає регулятивною функцією адаптації до навколишнього середовища або ситуації.

Рівні оцінки емоційних станів за А. Уессманом і Д. Ріксом подано у таблиці 3.7.

Табл. 3.7.

Рівні оцінки емоційних станів

вік	кількість	Під час хвороби			Після хвороби		
		Низький	Середній	Високий	Низький	Середній	Високий
18-25	13	10	2	1	2	1	10
26-35	4	3	1	0	1	0	3
36-45	7	5	1	1	1	2	4
46-55	7	3	3	1	2	3	2
56-65	12	9	2	1	2	5	5
66-75	7	4	2	1	2	1	4
76+	2	2	0	0	1	1	0
	52(100%)	36(69,2%)	11(21,2%)	5(9,6%)	11(21,2%)	13(25%)	28(53,8%)

Постковідний синдром характеризується різними клінічними проявами, де фізіологічні прояви - слабкість, знесилення, тривалий кашель, задишка, втрата смаку та нюху, головний біль, порушення сну та свідомості, суглобовий синдром, випадіння волосся, розлади ендокринної системи тощо, а психічні прояви - тривожність, депресія, депресивні тенденції, агресія, ригідність. Наразі не існує вичерпного переліку симптомів та станів, характерних для постковідного синдрому. Їх спектр широкий і постійно оновлюється та доповнюється.

Отже, серед передумов виникнення високого рівня тривожності визначають такі, як: фізіологічні причини (депресія, втома, голод, безсоння, стрес, наркотичне сп'яніння, які роблять людей слабкими фізично і психічно, знижують їх здатність швидко і правильно оцінити ситуацію), психологічні передумови (відчуття болю, здивування, невпевненість, страх, жах, почуття ізольованості, безсилля), соціально-психологічні передумови (загальна напруженість в суспільстві, відсутність групової солідарності, цілісності, єдності групи, втрата довіри до керівництва, дефіцит інформації, панічні чутки).

Вищезначені прояви постковідного синдрому є основою зміни в психічних процесах та поведінці людини: - когнітивна сфера: відбувається порушення відчуттів, уваги, мислення, пам'яті, сприйняття; знижується критичність мислення; порушується координація рухів; погіршується

сприйняття оточуючої дійсності; з'являються порушення процесів ухвалення рішення, контролю, регуляції станів; - соматовегетативні прояви: порушення сну, апетиту; головокружіння; зниження ваги (чи підвищення), енергетичного тону; збліднення або почервоніння особи; потовиділення; сухість у роті; напруга в м'язах; тремтіння кінцівок та голосу; млявість; - емоційна сфера: тривога; страх, крайнім вираженням якого є жах; панічний стан; необґрунтована агресія; гнів; відчуття провини; туга, пригніченість, апатія.

ВИСНОВКИ

Пандемія COVID-19 стала серйозним випробуванням не лише для українського суспільства, а й для всього людства. Під час карантину люди почали життя в зовсім нових умовах. Відбуваються зміни як на рівні психіки окремої особистості, так й на макросоціальному рівні.

Ситуація коронавірусної пандемії небезпечна не тільки для фізичного здоров'я і життя людей, а й для здоров'я психічного, психологічного. Психоемоційна дестабілізація особистості призводить до втрати базового відчуття безпеки. Це відбувається в результаті цілеспрямованого одночасного багатоканального інформаційного впливу з метою висвітлення швидкості розповсюдження вірусу, наслідків зараження, кількості померлих, економічних втрат, а також правил поведінки, обмежень, прогнозів і т.д. Внаслідок цього настає психічне перевантаження, яке виявляється в фоновому стані підвищеної тривожності з хвилеподібними «стрибками» відчуття страху й паніки, а також – у витіснених страхах, підсвідомих намаганнях контролювати ситуацію більше, ніж здається на свідомому рівні. Тому сьогодні надзвичайно важливим є надання психологічної підтримки хворим на коронавірус, стабілізація їхніх психічних станів.

Під психічним станом розуміють тимчасовий функціональний рівень психіки, який відображає взаємодію впливу внутрішнього середовища організму або зовнішніх чинників та визначає спрямованість перебігу психічних процесів у цей момент і вияв психічних властивостей людини.

Постковідний синдром є основою змін у психічних процесах та поведінці людини:

- когнітивна сфера: відбувається порушення відчуттів, уваги, мислення, пам'яті, сприйняття; знижується критичність мислення; порушується координація рухів; погіршується сприйняття оточуючої дійсності;

з'являються порушення процесів ухвалення рішення, контролю, регуляції станів;

- соматовегетативні прояви: порушення сну, апетиту; головокружіння; зниження ваги (чи підвищення), енергетичного тону; збліднення або почервоніння особи; потовиділення; сухість у роті; напруга в м'язах; тремтіння кінцівок та голосу; млявість;

- емоційна сфера: тривога; страх, крайнім вираженням якого є жах; панічний стан; необґрунтована агресія; гнів; відчуття провини; туга, пригніченість, апатія.

Тривожність – це певний емоційний стан, що є наслідком дефіциту інформації про яку-небудь новину, або надлишку цієї інформації. Наслідками такого стану є:

- страх інфекції – учасники різних досліджень повідомляли про страхи перед власним здоров'ям або побоювання заразити інших, але найбільше бояться заразити членів сім'ї, ніж тих, хто не перебуває на карантині. Переживання посилювалися, якщо вони відчували будь-які фізичні симптоми, потенційно пов'язані з інфекцією;

- фрустрація – самотність, втрата звичного роз порядку та зменшення соціального та фізичного контакту з іншими ми часто викликають нудьгу, розчарування та відчуття відірваності від решти світу. Ця фрустрація посилюється в разі неможливості брати участь у звичайних повсякденних заходах, таких як покупки предметів першої необхідності, участь у соціальних мережах чи комунікування по телефону або через інтернет;

- стигматизація – окрім прямої небезпеки здоров'ю, інші люди поводять з інфікованими (або потенційно інфікованими) по-різному: уникають, припиняють контакти, ставляться до них зі страхом і підозрою та роблять критичні коментарі. Це стосується і окремих професій, що перебувають в зоні ризику – зокрема медиків.

Отримані результати свідчать про певні зміни, а саме: через місяць після захворювання показники депресивних тенденцій знижуються (на 13%), але показники стану депресії зростають (на 5%).

Порівняння високих рівнів неадаптивних психічних станів показує зниження таких показників як тривожність на 44% та фрустрація на 29%, і зростання таких показників як агресивність на 6% і ригідність на 8%.

Отже, постковідний синдром характеризується різними клінічними проявами. Клінічні прояви включають м'язову слабкість, швидку втомлюваність, розлади сну, тривогу та депресію, розлади психічного здоров'я та когнітивні розлади. Широкий спектр клінічних проявів зумовлений неповною визначеністю, складнощами в диференційній діагностиці власне постковідного синдрому та інших захворювань. Проте, збереження симптомів у щонайменше кожного 10-го пацієнта протягом 12 тижнів, значне число пацієнтів, які звертаються до лікарів первинної ланки після перенесеної хвороби без відновленої працездатності – потребують визнання значимості проблеми. Питання психологічного відновлення пацієнтів після COVID-19 залишається актуальним.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрумова А. Г. Аналіз станів психологічної кризи і їх динаміка. *Психологічний журнал*. 2012. №6. С. 107-115.
2. Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций. Москва. Медицина. 2000. 270с.
3. Арсеньев, А.С. Глобальный кризис и личность. *Мир психологии*. 2020. №10. С.12-13.
4. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства. Москва. 2001. 191 с.
5. Блейхер В. М., Крук І. В. Патопсихологічна діагностика. Київ: Здоров'я, 1986. 185с.
6. Варій М. Й. Загальна психологія: підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2007. 968 с.
7. Вітенко І. С. Основи загальної і медичної психології : навч. посіб. Київ : Вища школа, 1991. 271 с.
8. Волошина В. В., Долинська Л. В., Ставицька С. О., Темрук О. В. Загальна психологія. Практикум : навч.посібник. Київ : Каравела, 2006. 280 с.
9. Галян І. М. Психодіагностика. Навч. посіб. Київ : Академвидав 2009. 464с.
10. Грабовський Д. В. Заходи протидії пандемії Covid. Метрологічні аспекти прийняття рішень в умовах роботи на техногенно-небезпечних об'єктах: *матер. Всеукр. науково-практичної інтернет-конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених, 5-6 листопада 2020 р. м. Харків: ХНАДУ. С. 217-219.*
11. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Психогенні психічні розлади : навч.-метод. посіб. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво Медицина, 2021. 208с.

12. Грабовський Д.В. Проблеми охорони праці в умовах пандемії Covid-19: оцінка психологічної реакції. *Міжнар. науково-метод. конф. Безпека людини у сучасних умовах*, Харків, Україна, 3-4 грудня 2020. НТУ ХП. С.259-261.
13. Губачов Ю. М., Каган В. Е., Якубзон А. М. Статевий диморфізм переживання хвороби при невротичних кардіоамофобіях. *Психологія Життя* - Київ: Здоров'я, 1988. С.50-52
14. Гуляровський В. А. Про взаємовідношення соматичного і психічного в медицині. *Лікувальна справа*, 2007. №8. С. 47-48.
15. Демидова Т.А. Психологические аспекты безопасности личности. *Психотерапия, клиническая психология и психоанализ*. Москва: МПИ, 2013. №1(62). Т.17. С.14-17.
16. Демина А.Д., Кайгородова Н.З., Супрун А.П. Психологічна адаптація до розумової праці в умовах нервово-емоційної напруги. Барнаул, 1993. 236 с.
17. Досвід переживання пандемії Covid-19: дистанційні психологічні дослідження, дистанційна психологічна підтримка: матеріали онлайн-семінарів 23 квітня 2020 р.
18. Дистанційні психологічні дослідження в умовах пандемії covid-19 і карантину. за наук. ред. М.М. Слюсаревського, Л.А. Найдьонові, О.Л. Вознесенської. Київ : ІСПП НАПН України, 2020. 121 с.
19. Досвід переживання пандемії covid-19: дистанційні психологічні дослідження, дистанційна психологічна підтримка: матеріали онлайн-семінарів 23 квітня 2020 року «Досвід карантину: дистанційна психологічна допомога і підтримка» та 15 травня 2020 року «Дистанційні психологічні дослідження в умовах пандемії Covid-19 і карантину» / за наук. ред. М.М. Слюсаревського, Л.А. Найдьонові, О.Л. Вознесенської. Київ : ІСПП НАПН України, 2020. [електронне видання]. 121 с.
20. Завгородня О.В. Проблема психологічного здоров'я: спроба теоретичного аналізу. *Практична психологія та соціальна робота*. 2007. №1. С. 55-60.

21. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-20>
22. Зелінська Я. Особливості психічного вигорання в аспекті професійного стресу *Соціальна психологія*. 2011. №6 (38). С.127-135.
23. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: *Педагогічна думка*, 2016. 219 с. URL : <https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf>
24. Зубарев В.М., Иванов, Н.М., Кремлева, О.В. Особенности психических расстройств у больных с различными соматическими заболеваниями. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Сборник научных трудов. Санкт-Петербург. 1990, С. 128-129.
25. Ильин Е.П. Психофизиология состояния человека. Санкт-Петербург. 2005. 112с.
26. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості :навч. посібник. Київ.: Либідь, 2007. 270с.
27. Класифікація психологічних тестів [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://studopedia.org/13-103872.html>
28. Когнитивно-поведенческая терапия. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.psychologies.ru/psychotherapy/methods/kognitivno-povedencheskaya-terapiya/>
29. Коробанова О.Л. Соціальна взаємодія та переживання складних соціальних ситуацій в умовах пандемії COVID-19. *Проблеми політичної психології*. 2020. Вип. 9. С. 73–94.
30. Корнілова В.В. Історична ретроспектива й сучасні дослідження психічних станів / В.В. Корнілова // *Вісник студентського наукового товариства Горлівського державного педагогічного інституту* 2009. – С. 204–206
31. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк: Вежа, 2011. 430 с.

32. Крамар Ю. Психологічні наслідки перебування в умовах карантину та шляхи збереження психічного здоров'я. *Нейро News*. 2020. № 3. С. 18-21.
33. Красновський В.М. Дослідження психічних станів: історія і сучасність. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 12. С. 24-28.
34. Лазорко О. В. Психологія безпеки особистості як суб'єкта професіоналізації: автореф. дис. доктора психол. наук : 19.00.01. Харків, 2017. 36с.
35. Лебедева Л. В. Социальная психология : учебное пособие. Москва : ФЛИНТА, 2013. 230 с.
36. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. Москва, 1964. 343 с.
37. Лобачова В. Р. Основи загальної та медичної психології. Київ: Здоров'я, 1969. 180с.
38. Ломов. Б. Ф. Проблеми взаємовпливу медичної і психологічної наук. *Філософські питання медицини і біології*. Київ, 1983. С. 20-21.
39. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии : учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования. 8-е изд. Москва : Издательский центр «Академия», 2013. 384 с.
40. Максименко С. Д., Коваль І. А., Максименко К. С., Папуча М. В. Медична психологія. Вінниця. Нова Книга. 2008. 520 с.
41. Мартинова Л. Наслідки пандемії COVID-19: сплеск гендерного насилля. *Нейро News*. 2020. № 9. 120. С. 5–6.
42. Мирончак К.В. Втрати під час пандемії: різновиди та особливості переживання. *Наукові студії із соціальної та політичної психології* : збірник статей. Київ, 2020. Вип. 46. С. 50–57.
43. Мосолов С.Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020. № 5. С. 7-15.
44. Наказ МОЗ України від 13.03.2020 № 663 «Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19» URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19>

[13032020-663-pro-optimizaciju-zahodiv-schodo-nedopuschennja-zanesennja-i-poshirennja-na-teritorii-ukraini-vipadkiv-covid-19](https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-28032020-722-organizacija-nadannja-medichnoi-dopomogi-hvorim-na-koronavirusnu-hvorobu-covid-19)

45. Наказ МОЗ України від 28.03.2020 № 722 "Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)" URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-28032020-722-organizacija-nadannja-medichnoi-dopomogi-hvorim-na-koronavirusnu-hvorobu-covid-19>
46. Наказ МОЗ України від 16.11.2021 № 2530 Про затвердження Змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)» URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-16112021--2530-pro-zatverdzhennja-zmin-do-standartiv-medichnoi-dopomogi-koronavirusna-hvoroba-covid-19>
47. Наказ МОЗ України від 11.11.2021 № 2495 Про внесення змін до протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби» (COVID-19) URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-11112021--2495-pro-vnesennja-zmin-do-protokolu-nadannja-medichnoi-dopomogi-dlja-likuvannja--koronavirusnoi-hvorobi-covid-19>
48. Наказ МОЗ України від 24.09.2021 № 2057 Про затвердження Змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба» (COVID-19) URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-24092021--2057-pro-zatverdzhennja-zmin-do-standartiv-medichnoi-dopomogi-koronavirusna-hvoroba-covid-19>
49. Науменко Г.М. Соціальний стрес, як наслідок пандемії. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця: URL: <http://nmuofficial.com/news/sotsialnyj-stres-yak-naslidok-pandemiyiprezentatsiya> (дата звернення: 08.01.2021).
50. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Москва, 2003. 166с.
51. Пилягіна Г. Я. Медична психологія : в 2 т.: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. Вінниця : ПП Нова книга. 2020. Т. 1. 288 с.

52. Поширення пандемії коронавірусу важкого гострого респіраторного синдрому (COVID-19) може викликати психічні наслідки. Національна академія медичних наук України: URL: <http://amnu.gov.ua/poшыrennya-pandemiyi-koronavirusuvazhkogo-gostrogo-respiratornogo-syndromu-covid-19-mozhe vyklykaty-psyhichni-naslidky> (дата звернення: 08.01.2021).
53. Приходько Ю. О., Юрченко В. І. Психологічний словник-довідник: Навч. посіб., 4-те вид., випр. і доп. Київ : Каравела, 2020. 418 с.
54. Прохоров А. О. Практикум по психологии состояний: учебное пособие. Санкт-Петербург: Речь, 2004. 480с.
55. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. Минск, 1999. 458 с.
56. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві. збірник тез III Всеукраїнської науково-практичної конференції (19 жовтня 2018 року) / упор. Н. М. Бамбурак. Львів: ЛьВДУВС, 2018. 448 с
57. Психологічна профілактика і гігієна особистості у протидії пандемії COVID-19 : методичний посібник / авт. кол. : В.В. Рибалка, Е.О. Помиткін, О.М. Ігнатович та ін. ; за ред. В.В. Рибалки. Київ. 2020. 121с.
58. Психологічний вплив карантину та способи його зменшення: швидкий огляд доказів. Samantha K. Brooks та ін. URL: <https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2020/06/psychologichnyj-vplyvkarantynu-lanczet-02-2020-mh4u.pdf> (дата звернення: 08.01.2021).
59. Психологія і педагогіка у протидії пандемії COVID-19: Інтернет-посібник за наук. ред. В.Г.Кременя; координатор інтернет-посібника В.В.Рибалка; колектив авторів. Київ: ТОВ Юрка Любченка, 2020. 244 с.
60. Распопин Е. В. Методы изучения и оценки психических состояний. URL : <http://elar.urfu.ru/bitstream/10995/43809/1/iurp-2016-156-16.pdf>-28.04.
61. Романова О. Л. Дослідно-психологічні дослідження особистості хворих, страждаючих фізичними недоліками. *Журн. Невропатології, психіатрії ім. Корсакова*, 1982. №4. С.21-22.
62. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. Издательство: Питер, 2002 г., 720 с.

63. Сандомирский, М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. Москва: Независимая фирма "Класс", 2005. 592 с.
64. Сельченко К.В. Психосоматика. Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия. Минск: Харвест. 2003. 640с.
65. Слюсаревський, М.М. Онлайн-Коло: досвід психологічної підтримки і допомоги населенню під час пандемії COVID-19. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. 2020. №2. С.10-17.
66. Тімченко О.В. Кризова психологія: Навчальний посібник. Харків: НУЦЗУ, 2010. 401 с.
67. Теорія та історія соціології. Психологія особистості. Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України, 2020. 123 с.
68. Токар М. Стрес і його джерела. *Психолог*. 2007. №8. С. 24-28.
69. Тукаєв С. Психоневрологічні прояви COVID-19. *Лабораторна справа*. №03.2021. URL: <https://e.labsprava.com.ua/laboratorna-sprava-2021-3/psikhonevrologichni-proyavi-covid-19>
70. Урванцев Л.П. Психология соматического больного: уч. Пособие. Ярославль, 2000. 458 с.
71. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19. Особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів. *Нейро News*. 2020. № 3. С. 26–30
72. Шапар В. Д. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків : Прапор, 2007. 640 с.
73. Яценко Т., Іваненко Б., Євтушенко І. Глибинна психокорекція та упередження психічного вигорання. Частина 1. Київ: Главник, 2008. С.176-180.
74. Atalan A. (2020). Is the lockdown important to prevent the COVID-19 pandemic? Effects on psychology, environment and economy-perspective. *Annals of Medicine and Surgery*. DOI:10.1016/_j.amsu.2020.06.010. DOI:10.1101/2020.07.30.228643.

75. Galea S., Merchant R. M., Lurie N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA internal medicine*. V.180. №6. P.817-818. DOI:10.1001/jamainternmed.2020.1562.
76. Horesh D., Brown A.D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. V.12. №4. P. 331. DOI:10.1037/tra0000592.
77. Hossain M.M., Sultana A., Purohit N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. DOI: 10.31234/osf.io/dz5v2.
78. Luca Steardo Jr., Luca Steardo, Alexei Verkhatsky (2020). Psychiatric face of COVID-19. *Translational Psychiatry*. URL : <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00949-5>
79. Shiina A., Niitsu T., Kobori O., Idemoto K., Hashimoto T., Sasaki T. (2020). Perception of and anxiety about COVID-19 infection and risk behaviors for spreading infection: An international comparison. URL : bioRxiv.2020.
80. Wheaton M. G. et al. (2012). Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cognitive Therapy and Research*. V36. №3.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Методика діагностики депресивних станів

Опитувальник А. Т. Бека

Опитувальник Бека призначений для діагностики депресивних станів. Всі затвердження опитувальника Бека є прямими, тому для підрахунку загального результату необхідно просто підсумувати всі бали, відповідні вибраним твердженням.

Бланк опитувальника

Інструкція: Перед вами знаходиться опитувальник, що містить тринадцять груп (А Н) з чотирьох тверджень (0-3). Прочитуйте, будь ласка, кожен групу тверджень цілком. Потім вибирайте з кожної групи одне твердження, яке краще всього відповідає тому, як ви себе відчуваєте сьогодні, тобто прямо зараз.

Обведіть номер вибраного вами твердження. Якщо декілька тверджень з однієї групи здаються вам однаково добре відповідними, то обведіть всі їх номери. Перш ніж зробити свій вибір, переконаєтеся, що ви прочитали всі твердження в кожній групі.

А 0 Мені не сумно

1 Мені сумно або тужливо

2 Мені весь час тужливо або сумно, але я нічого не можу з собою поробити

3 Мені так сумно або сумно, що я не можу цього винести

Б 0 Я дивлюся в майбутнє без особливого песимізму або розчарування

1 Я відчуваю розчарування в майбутньому

2 Я відчуваю, що мені нічого чекати попереду

3 Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і повороту до кращого бути не може

В 0 Я не відчуваю себе невдахою

1 Я відчуваю, що невдачі траплялися у мене частіше, ніж у інших людей

2 Коли я озираюся на життя, я бачу лише ланцюг невдач

3 Я відчуваю, що потерпів невдачу як особу (батько, чоловік, дружина)

Г 0 Я не випробовую ніякої особливої незадоволеності

1 Ніщо не радує мене так, як було раніше

2 Ніщо більше не дає мені задоволення

3 Мене не задовольняє все

Д 0 Я не відчуваю ніякої особливої провини

1 Велику частину часу я відчуваю себе поганим і нікчемним

2 У мене досить сильне відчуття провини

3 Я відчуваю себе дуже поганим і нікчемним

Е 0 Я не випробовую розчарування в собі

1 Я розчарований в собі

2 У мене огида до себе

3 Я ненавиджу себе

Ж 0 У мене немає ніяких думок про самоушкодження

1 Я відчуваю, що мені було б краще померти

2 У мене є певні плани здійснення самогубства

3 Я накладу на себе руки при першій нагоді

З 0 У мене не втрачений інтерес до інших людей

1 Я менший, ніж бувало, цікавлюся іншими людьми

2 У мене втрачений майже важ інтерес до інших людей, і майже немає ніяких відчуттів до них

3 У мене втрачений всякий інтерес до інших людей, і вони мене абсолютно не турбують

I 0 Я ухвалюю рішення приблизно так само легко, як і завжди

1 Я намагаюся відстрочити ухвалення рішень

2 Ухвалення рішень дається мені насилу

3 Я більше зовсім не можу ухвалювати рішення

Д 0 Я не відчуваю, що виглядаю скільки-небудь гірше, ніж зазвичай

1 Мене турбує те, що я виглядаю старо і непривабливо

2 Я відчуваю, що в моєму зовнішньому вигляді відбуваються постійні зміни, що роблять мене непривабливим

3 Я відчуваю, що виглядаю бридко або отталкивающе

Л 0 Я можу працювати приблизно так само добре, як і раніше

1 Потрібно робити додаткові зусилля, щоб почати щось робити

2 Мені потрібно насилу пересилити себе, щоб щось зробити

3 Я зовсім не можу виконувати ніякої роботи

М 0 Я втомлююся не більше, ніж зазвичай

1 Я втомлююся швидше, чим раніше

2 Я втомлююся від будь-якого заняття

3 Я втомився ніж би то не було займатися

Н 0 Мій апетит не гірший, ніж зазвичай

1 Мій апетит не так хороший, як бувало

2 Мій апетит тепер набагато гірше, чим раніше

3 У мене зовсім немає апетиту

Оцінка результатів

Вважається, що випробовуваний страждає депресією, якщо він набрав більше 25 балів. Результат менше 10 балів говорить про відсутність депресивних тенденцій і хороший емоційний стан випробовуваного. Проміжну групу складають випробовувані з легким рівнем депресії ситуативного або невротичного генезису.

У будь-якому випадку, інтерпретуючи результати опитувальника, необхідно пам'ятати про те, що стан депресії встановлюється фахівцем в результаті

обстеження і докладної клінічної бесіди, а результати опитувальника можуть дати лише попереднє і наближене уявлення про стан випробовуваного.

ДОДАТОК Б

Методика діагностики психічних станів

Тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк)

Тест дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність).

Інструкція. Уважно прочитайте опис різних психічних станів.

Якщо цей опис збігається з Вашим станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали. Якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться один бал. Якщо не збігається з Вашим станом – 0 балів.

Опис станів.

I. Шкала тривожності:

1. Не почуваю впевненості в собі.
2. Часто через дрібниці червонію.
3. Мій сон неспокійний.
4. Легко впадаю в зневіру.
5. Турбуюся тільки про уявлювані неприємності.
6. Мене лякають труднощі.
7. Люблю копатися у своїх недоліках.
8. Мене легко переконати.
9. Я недовірливий.
10. Я важко переносю час очікування.

II. Шкала фрустрації:

1. Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, з яких усе-таки можна знайти вихід.
2. Неприємності мене сильно розстроюють, я падаю духом.
3. Під час великих неприємностей я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.
4. Нещастя і невдачі нічому мене не вчать.
5. Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною.
6. Я нерідко почуваюся беззахисним.
7. Іноді в мене буває стан розпачу.
8. Я почуваю розгубленість перед труднощами.
9. У важкі хвилини життя іноді поведжуся по дитячому, хочу, щоб пожаліли.
10. Вважаю недоліки свого характеру непоправними.

III. Шкала агресивності:

1. Залишаю за собою останнє слово.
2. Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.
3. Мене легко розсердити.
4. Люблю робити зауваження іншим.
5. Хочу бути авторитетом для інших.
6. Не задовольняюся малим, хочу найбільшого.
7. Коли розгніваюся, погано себе стримую.
8. Волю краще керувати, ніж підкорятися.
9. У мене різка, грубувата жестикуляція.
10. Я мстивий.

IV. Шкала ригідності:

1. Мені важко змінювати звички.
2. Нелегко переключати увагу.
3. Дуже насторожено ставлюся до всього нового.
4. Мене важко переконати.
5. Нерідко в мене не виходить з голови думка, якої слід було б позбутися.

6. Нелегко зближуюся з людьми.
7. Мене засмучують навіть незначні порушення плану.
8. Нерідко я виявляю впертість.
9. Неохоче йду на ризик.
10. Різко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.

Обробка результатів.

Підрахуйте суму балів за кожною групою запитань:

- I. З 1 по 10 запитання – шкала тривожності;
- II. З 11 по 20 запитання – шкала фрустрації;
- III. З 21 по 30 запитання – шкала агресивності;
- IV. З 31 по 40 запитання – шкала ригідності.

Інтерпретація результатів:

- 0 – 7 балів – низький рівень;
- 8 – 14 балів – середній рівень;
- 15 – 20 балів – високий рівень.

ДОДАТОК В

Методика діагностики емоційних станів А. Уессмана і Д. Рікса

Досить простим опитувальником для самооцінки емоційних станів є методика, розроблена американськими психологами А. Уессманом і Д. Рікс (в даному випадку наводиться її скорочений варіант).

Методика застосовується для самооцінки емоційних станів і ступеня неспання. Дана методика ефективна, якщо необхідно виявити зміну емоційного стану людини протягом певного періоду часу. Простота виконання завдання роблять її вельми оперативним інструментом. При цьому можна як викреслювати криві зміни окремих показників, так і працювати тільки з інтегральним результатом. До недоліків вищеописаної методики можна віднести наступні:

- 1) Твердження, включені в 1-3 розділи, описують емоційний стан людини лише в діапазоні понять «тривога / спокій» і «підйом / депресія», не відображаючи вираженість інших емоцій, таких, наприклад, як гнів, образа, розчарування, гордість і ін.
- 2) Твердження, що становлять 4 розділ, характеризують в основному когнітивну сферу (переконання людини, що стосуються його можливостей), а не сферу емоцій.
- 3) Звертає увагу відмінність в системі оцінок тверджень, що складають чотири різних розділу методики. Так, підвищення оцінок, що привласнюються твердженнями 1 розділу, відображає підвищення ступеня психічної адаптації

випробуваного, при цьому найвища оцінка з цього розділу вказує на найвищий рівень психічної адаптації. Проте в 2 і 3 розділах найвищі значення присвоюються таким твердженням («Порив, що не знає перешкод, життєва сила вихлюпується через край» і «Сильний підйом, захоплене веселощі»), які відображають вже не стільки стан психічної адаптації, скільки патологічне гіпоманіакальний стан. У зв'язку з цим загальна шкала, що отримується при підсумовуванні оцінок за всіма чотирма розділами, представляється нелінійною: той час як низькі значення інтегрального показника свідчать про виражену психічну дезадаптацію, високі значення інтегрального показника не можуть трактуватися настільки однозначно. Інакше кажучи, інтегральний показник даної методики більш чутливий до стану психічної дезадаптації, ніж до стану адаптації.

Інструкція. Виберіть в кожному із запропонованих наборів суджень то, яке найкраще описує ваш стан зараз. Номер судження, обраного з кожного набору, запишіть.

Опитувальник

Спокій - тривожність

10. Досконале спокій. Непохитно впевнений у собі.
9. Виключно холоднокровний, на рідкість впевнений і не хвилююся.
8. Відчуття повного благополуччя. Упевнений і відчуваю себе невимушено.
7. В цілому впевнений і вільний від неспокою.
6. Ніщо особливо не турбує мене. Відчуваю себе більш-менш невимушено.
5. Кілька стурбований, відчуваю себе скуто, трохи стривожений.
4. Переживаю деяку заклопотаність, страх, занепокоєння або невизначеність. Знервований, хвилююся, роздратований.
3. Значна невпевненість. Вельми травмований невизначеністю. Страшно.
2. Величезна тривожність, заклопотаність. Изведен страхом.
1. Абсолютно збожеволів від страху. Втратив розум. Наляканий нерозв'язними труднощами.

Енергійність - втома

10. Порив, що не знає перешкод. Життєва сила вихлюпується через край.
9. б'є через край, життєздатність, величезна енергія, сильне прагнення до діяльності.
8. Багато енергії, сильна потреба в дії.
7. Відчуваю себе свіжим, в запасі значна енергія.
6. Відчуваю себе досить свіжим, в міру бадьорий.
5. Злегка втомився. Лінощі. Енергії не вистачає.
4. Досить втомлений. В запасі не дуже багато енергії.
3. Велика втома. Млявий. Мізерні ресурси енергії.
2. Жахливо стомлений. Майже виснажений і практично не здатний до дії. Майже не залишилося запасів енергії.
1. Абсолютно видихався. Нездатний навіть до самого незначного зусилля.

Піднесеність - пригніченість

10. Сильний підйом, захоплене веселощі.
9. Збуджений, в піднесеному стані. Захопленість.
8. Збуджений, в хорошому настрої.
7. Відчуваю себе дуже добре. Життєрадісний.
6. Відчуваю себе досить добре, «в порядку».
5. Почуваюся трохи пригнічено, «так собі».
4. Настрій пригнічений і кілька сумне.
3. пригноблений і відчуваю себе дуже пригнічено. Настрій безумовно сумне.
2. Дуже пригнічений. Відчуваю себе просто жахливо.
1. Крайня депресія і смуток. Пригнічений. Все чорно і сіро. Впевненість в собі - безпорадність.

Впевненість в собі - безпорадність

10. Для мене немає нічого неможливого. Чи зможу зробити все, що хочу.
9. Відчуваю велику впевненість в собі. Упевнений в своїх звершеннях.
8. Дуже впевнений у своїх здібностях.
7. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо і мої перспективи хороші.

6. Відчуваю себе досить компетентним.
5. Відчуваю, що мої вміння та здібності дещо обмежені.
4. Відчуваю себе досить нездатним.
3. Пригнічений своєю слабкістю і недоліком здібностей.
2. Відчуваю себе жалюгідним і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності.
1. Давящее відчуття слабкості і марності зусиль. У мене нічого не вийде.

Обробка результатів і інтерпретація

Визначають такі показники:

И1 - «Спокій - тривожність» (індивідуальна самооцінка - И1 - дорівнює номеру судження, обраного випробуваним з даної шкали. Аналогічно виходять індивідуальні значення за показниками И2-И4).

И2 - «Енергійність - втома».

З - «Піднесеність - пригніченість».

И4 - «Почуття впевненості в собі - почуття безпорадності».

И5 - Сумарна (за чотирма шкалами) оцінка стану:

$И5 = И1 + И2 + З + И4$, де

И1, И2, З, И4 - індивідуальні значення за відповідними шкалами.

Якщо сума балів **від 26 до 40**, то випробуваний високо оцінює свій емоційний стан, якщо **від 15 до 25 балів**, то середня оцінка емоційного стану і низька якщо **від 4 до 14 балів**.

У загальному вигляді емоційний стан - характеристика емоцій людини, що відображає її положення щодо об'єктів навколишнього середовища. Стан може бути наблюдаємо як зовні, так і внутрішньо. Внутрішній стан емоцій фіксується свідомістю суб'єкта на певний момент часу тих відчуттів благополуччя (неблагополуччя) як організму в цілому, як і його частин. Зовні оцінка стану емоцій фіксується висловлюваннями випробуваного за певними ознаками. Стан людини виступає регулятивною функцією адаптації до навколишнього середовища або ситуації.

Шкала "Спокій-тривожність"

- вище 5-6 балів. В опитуванні випробуваний показує переважання "Спокою": витриманість, стриманість, терплячість, статечність, розважливість, врівноваженість, незворушність, терпимість.
- 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Спокій-тривожність" без явного переважання одного з полюсів.
- 1-4 бала. За самооцінці випробуваного прогнозується задерганність, заляканість, закомплексованість, нерішучість, полохливість, нервовість, невпевненість, напруженість, боязкість.

Шкала "Енергійність-втома"

- вище 5-6 балів. Випробуваний оцінює себе як особистість: ініціативний, діяльний, підприємливий, одержимий, спрямований, активний, кипучий, пробивний, кмітливий.
- 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Енергійність-втома" без явного переважання одного з полюсів.
- 1-4 бала. Випробуваний оцінює себе як: неініціативною, пасивний, інертний, безініціативний, млявий, апатичний, байдужий, повільний.

Шкала "Піднесеність-пригніченість"

- вище 5-6 балів. Випробуваний оцінює себе як: кипучий, темпераментний, завзятий, поривчастий, енергійний, волелюбний, розкутий, живий, рухливий, жвавий.
- 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Піднесеність-пригніченість" без явного переважання одного з полюсів.
- 1-4 бала. Випробуваний оцінює себе як: сором`язливий, боязкий, нерішучий, несміливий, заляканий, сором`язливий, пригноблений, зляканий, пригнічений, задавлений.

Шкала "Впевненість в собі - почуття безпорадності"

- вище 5-6 балів. Випробуваний оцінює себе як: боєць, загартований, рішучий, наполегливий, героїчний, працездатний, сильна, вольова, твердий, безстрашний, відважний, самостійний.

- 5-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Упевненості-безпорадності" без явного переважання одного з полюсів.
- 1-4 бала. Оцінюється: без відповіді, слабохарактерний, безмовний, несміливий, слабкий, слабовільний, прибитий.

Сумарна оцінка стану

Цей показник відображає вираженість, ступінь емоційного підйому / виснаження випробуваного.

