

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА**



**ПОДОЛАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ  
НАСЛІДКІВ ПАНДЕМІЇ COVID-19:  
ГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД**

Практичний посібник

*За науковою редакцією  
академіка С. Д. Максименка*

Київ  
2021

*Рекомендовано до друку вченою радою Інституту психології імені Г.С. Костюка  
НАПН України (протокол № 13 від 25 листопада 2021 р.)*

**Рецензенти:**

**Абдяхімова Ц. Б.**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

**Кіресва З. О.**, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри загальної психології та психології розвитку особистості Одеського національного університету імені І. І. Мечникова.

**Сердюк Л. З.**, доктор психологічних наук, професор, завідувач лабораторії психології особистості Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

**Подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19: генетичний підхід:** практичний посібник / С. Д. Максименко, Л. М. Литвинчук, В. Є. Луньов, Т. І. Мельничук, М. О. Мойзріст, Л. А. Терещенко, Б. М. Ткач; за науковою ред. академіка С. Д. Максименка. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2021. – 106 с.

Практичний посібник присвячено узагальненню конкретних психологічних проявів, що відображують цілісне системне бачення феномену подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19 на засадах генетичного підходу.

Зазначено, що пандемія COVID-19 та пов'язаний із нею карантинні заходи, нова культура спілкування та страх перед інфекцією спричинили у суспільстві підвищення явищ втоми, погіршення сну, панічних атак, депресії, відчаю, агресії, конфліктності, нетерпимості, суїцидальної поведінки, адикцій, сексуальних девіацій тощо. Такі порушення зменшують загальну продуктивність особистості, негативно впливають на сімейні і професійні взаємовідносини, спотворюють комунікацію, знижують якість життя в цілому. Ця проблема загрожує національній безпеці і потребує її нагального вирішення. Очевидним є те, що необхідно запропонувати «універсальне» конструктивне рішення даної проблеми.

Разом з тим, етно-культуральні аспекти досліджуваної проблеми не визначено в жодному з існуючих досліджень. Практичний посібник узагальнює аналіз концептуальних, теоретико-методологічних й методико-прикладних засад подолання медико-психологічних та культурних наслідків пандемії COVID-19 на основі застосування генетичного підходу академіка С.Д. Максименка. Вперше представлено узагальнення емпіричних результатів лонгітюдного нейро-психологічного дослідження впливу ковідної інфекції на буття громадян України. Концептуалізовано мультимодальний діагностичний підхід до постковідних станів. Узагальнено психодіагностичний інструментарій з виявлення взаємозв'язків та закономірностей психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку наслідків пандемії COVID-19

Посібник адресовано психологам, лікарям, лікарям-психологам, педагогам, соціальним працівникам, науковцям та студентам вищих навчальних закладів з галузей знань: охорона здоров'я та соціально-поведінкові науки.

Номер державної реєстрації наукового дослідження: 0121U108924

## Зміст

Постановка проблеми, шляхи її методологічного та практичного вирішення (Максименко С.Д.).....	4
Теоретико-методологічне осмислення проблеми виявлення взаємозв'язків та закономірностей психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку наслідків пандемії COVID-19 в Україні (Терещенко Л.А., Мойзріст О.М.) .....	8
Узагальнення емпіричних та теоретичних результатів дослідження впливу ковідної інфекції на буття громадян України (Ткач Б.М) .....	41
Узагальнення теоретичних та емпіричних результатів дослідження у формі практичних рекомендацій подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19 в Україні засобами музикотерапії на основі генетичного підходу (Литвинчук Л.М.) .....	59
Узагальнення теоретичних та емпіричних результатів дослідження у формі засобів подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19 в Україні (Мельничук Т.І.) .....	72
Психодіагностичний інструментарій з виявлення взаємозв'язків та закономірностей психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку наслідків пандемії COVID-19 (Луньов В.Є.) .....	87

## Постановка проблеми, шляхи її методологічного та практичного вирішення

*Максименко С.Д.*

Подолання медико-психологічних та культурних наслідків пандемії COVID-19 є надзвичайно **актуальною проблемою**. Сьогодні людство живе у час потужних соціальних потрясінь, як пандемія COVID-19, збройні конфлікти, економічний занепад, міграція людей. Ми всі вже живемо у новій соціально-економічно-психологічно-культурній реальності, яка спричиняє хронічний стрес з його негативними наслідками на здоров'я. Особливо це стосується України. Адже наша країна посідає перше місце у Європі за поширенням психічних розладів, а хронічний стрес, невизначеність та нові умови буття під час карантину ще погіршили стан психічного здоров'я громадян. Цей негативний прояв відображається системно на всіх сферах буття країни й економічній зокрема. Тому є нагальна необхідність вирішення актуальної проблеми психологічної безпеки людини та суспільства в Україні.

Поширення нової коронавірусної інфекції COVID-19 (від англ. CoronaVirusDisease-2019) почалось у грудні 2019 року і швидко перетворилося на глобальну пандемію. З цього періоду і по теперішній час число випадків зараження і смертей в світі продовжує зростати. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і уряди більшості країн оголосили нинішню ситуацію надзвичайною проблемою світового масштабу і наполягли на введенні карантинних заходів з метою уповільнити поширення захворювання, тобто «згладити криву». З березня 2020 р більшість урядів у всьому світі ввели карантинні заходи, щоб обмежити поширення вірусу і мінімізувати навантаження на систему охорони здоров'я. Особливі рекомендації по режиму самоізоляції були дані людям похилого віку та особам з хронічними захворюваннями.

Пандемія COVID-19 та пов'язаний із нею карантин, який передбачає перебування у тривалій соціальній ізоляції (Klinenberg, 2016), різке погіршення економічного стану, принципово нові умови буття, нова культура спілкування та страх перед інфекцією спричинили у суспільстві підвищення явищ втоми, погіршення сну, панічних атак, депресії, відчаю, агресії, конфліктності, нетерпимості, суїцидальної поведінки, адикцій, сексуальних девіацій тощо. Такі порушення зменшують загальну продуктивність особистості, негативно впливають на сімейні і професіональні взаємовідносини, спотворюють

комунікацію, знижують якість життя в цілому. Ця проблема загрожує національній безпеці і потребує її нагального вирішення.

Людина не завжди може змінити обставини контексту у якому виникає стрес. Тоді як зміна ставлення і сприйняття стресу можливе. Існує велика пропозиція різноманітних тренінгів по виробленню комплексів фіксованих дій на певний стресор. Проте, як ми всі вже переконалися, життя дуже непередбачуване і до всіх ситуацій підготуватися не можливо. Тому ці тренінги з одного боку виробляють навички долати стрес у одних ситуаціях і виробляють безпорадність у інших непередбачуваних ситуаціях. Очевидним є те, що необхідно запропонувати «універсальне» конструктивне рішення даної проблеми.

Саме тому, запитами соціально-психологічної практики в умовах сучасних перетворень та деструктивним впливом середовища і його суб'єктивним переживанням різними категоріями населення, стали дослідження чинників цих емоційних станів: що саме спричиняє негативні стани та поглиблює, а що саме, навпаки, виступає підтримкою в цей непростий час (В. Лінджарді, Н. Мак-Вільямс, 2019).

Разом з тим, етно-культуральні аспекти досліджуваної проблеми не визначено в жодному з існуючих досліджень. Дослідження передбачає розроблення концептуальних, теоретико-методологічних й методико-прикладних засад подолання медико-психологічних та культурних наслідків пандемії COVID-19 на основі застосування генетичного підходу академіка С.Д.Максименка.

**Мета наукового дослідження** – визначити медико-психологічні наслідки пандемії COVID-19 в Україні та розробити концепцію подолання на основі генетичного підходу.

**Завдання наукового дослідження:**

1. Теоретичне розкриття потенціалу генетичного підходу як методологічного підґрунтя дослідження теми.
2. Розробити емпіричні методи дослідження, програму та принципи його організації.
3. Провести емпіричне дослідження взаємозв'язку та закономірностей психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку наслідків пандемії COVID-19 в Україні.
4. Узагальнення теоретичних та емпіричних результатів дослідження у формі концепції подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19 в Україні.

**Предмет дослідження:** змістові та функціональні характеристики медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19 в Україні.

**Об'єкт дослідження:** процес подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19.

**Теоретико-методологічну основу дослідження становили:** принципи системно-генетичного підходу до аналізу становлення особистості (С.Д.Максименко, Г. С. Костюк, Л. С. Виготський, В. О. Моляко, Н. В. Чепелева, О. І. Власова, О. М. Кокун, Е. В. Крайніков, Г. О. Балл, В. І. Берзін, В. В. Турбан, Г. В. Гуменюк, І. М. Біла, В. В. Клименко, Р. В. Павелків, Т. О. Піроженко, Н.В.Пророк, Є. В. Тополов, Ю. М. Швалб, Т. М. Третяк, О. В. Завгородня, О.М.Корніяка, Л. А. Мойсеєнко, Л. О. Шатирко та ін.); теоретичні положення нейропсихології (О. Р. Лурія, Е. Goldberg, Т. С. Кудріна, О. W. Sacks, G. Verden-Zoller, P. Bunnell, Н. К. Корсакова, Л. І. Московичюте, Н. Н. Ніколаєнко, І.М.Тонконогий, А. Пуанте, Е. Д. Хомская, D. Eagleman, В. Kolb, I. Q. Whishaw та ін.); концепції нейрофілософії (D. C. Dennett, Н. R. Maturana, T. Metzinger, F.J.Varela, J. J. Prinz, N. R. F. Al-Rodhan, P. S. Churchland, F. H. C. Crick, W. Bechtel та ін.); положення соціальної нейропсихології та етнопсихології (J. R. Absher, J.Cloutier, D. Fujii, І. В. Данилюк, А. Б. Коваленко, В. Л. Зливков, Н.О.Євдокимова, І. В. Ващенко, Г. В. Ложкін та ін.); принципи взаємозв'язку внутрішніх та зовнішніх чинників у розвитку особистості (С.Д. Максименко та ін.) і біологічного та соціального в ньому (Л.С. Виготський, І.П. Павлов, І.М.Сеченов та ін.); принципи єдності свідомості й діяльності (М.Й.Боришевський, О.М. Леонтьєв, С.Л. Рубінштейн, О.В. Скрипченко та ін.);аналіз проблеми громадського здоров'я, ставлення до нього, підтримання у кризових умовах (В. Ананьєв, Р. Березовська, І. Бовіна, О. Богучарова, В.Васютинський, В. Вінков, І. Губеладзе, І. Гусєв, Л. Коробка, В. М'яленко, Г.Никифоров, Ю. Фролова та ін.); аналіз проблеми психологічного і психічного здоров'я особистості (І. Дубровіна, І. Коцан, Г. Ложкін, О. Мойзріст, М.Мушкевич, К. Роджерс, Л. Терещенко, О. Шувалов, та ін.);аналіз психологічної природи симптомокомплексу депресій (К. Яно, Т. Касе, К. Оісі та ін.), неврозів (С. Хофманн, С. Бітран,В.І. Гарбузов, О.І. Захаров, М.В. Іванов, Б.Д.Карвасарський, А. Маслоу, В.М. М'ясищев, В. Франкл, К. Хорні та ін.), тривожних розладів (Б. Колк, С. Рот, Д. Пельковиц, С. Сандей та ін.), панічних атак (Н. Imai, М. А. Мемон, R. S. Welton, V. Starceviста ін.), обесивно-компульсивних розладів (ОКР) (І. А.Марценковський, К. В.Дубовик, О.Ялтонська та ін.); принципи психодіагностики та нейропсихологічної діагностики (Л. Ф. Бурлачук, Т. С. Яценко, О. Р. Малхазов, Т. В. Ахутина, I.S. Baron, S. S. Bush, D. K. Reinstein, D. E. Burau, E. Strauss, E. M. S. Sherman,

O.Spreen, O. O. Ставицький, М. Л. Смульсон та ін.); принципи досліджень функцій нервової системи (Г. П. Мозгова, Л. Ф. Шестопалова, Є. М. Харченко, M. Clerc, L. Bougrain, F. Lotte, C. Guger, B. Allison, M. Lebedev, A. T. Duchowski, M. Horsley, M. Eliot, B. A. Knight, R. Reilly, J. R. Leigh, D. S. Zee, J. Wolpaw, E. W. Wolpaw та ін.); принципи нейропсихологічної корекції та психотерапії (Б.М.Ткач, В.Є. Луньов, О. В. Корнієнко, О. Ф. Бондаренко, Л. Ф.Крупельницька, А. М. Грись, А. Д. Терещук, Л. А. Терещенко, Л. М. Литвинчук, Т. І. Мельничук, О. В. Бацилєва, О. С. Чабан, С. В. Васьківська, С. В. Діденко, Я. Ю. Каплуленко, E. D. Bigler, A. B. Семенович, Л. С. Цветкова, J. Glozman, N. Hebben, W. Milberg, В. А. Бараннік, З. Г. Кісарчук, В. М. Шмаргун, Л. М. Карамушка, Т. М.Яблонська, Л. З. Сердюк, О. І. Бондарчук, В. Г. Панок, І. М. Галян та ін.).

**Завдання дослідження:**

- Теоретико-методологічне вивчення низки конкретних психологічних проявів, що відображують цілісне системне бачення особливостей переживання психоемоційних станів та психічних розладів поведінкового генезу в умовах реагування на карантинні заходи з приводу COVID-19.

- Теоретичне розкриття потенціалу генетичного підходу як методологічного підґрунтя дослідження теми.

**Перспективи наукового дослідження** полягають у вивченні та адаптації отриманих результатів для впровадження у різних регіонах країни для закладів вищої та загальної середньої освіти, медичних установ, соціальних служб, установ, підприємств та організацій різних галузей.

# **Теоретико-методологічне осмислення проблеми виявлення взаємозв'язків та закономірностей психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку наслідків пандемії COVID-19 в Україні**

*Терещенко Л.А., Мойзріст О.М.*

Здоров'я людей є однією із найбільших соціальних цінностей, важливою умовою успішної адаптації до змін, які відбуваються в суспільстві, необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни. Питання збереження здоров'я відображено в низці нормативно-правових документів, зокрема: «Здоров'я – 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація», Концепція розвитку системи громадського здоров'я [4].

Найбільш повне і точне визначення поняття «здоров'я» надане у преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ): стан людини, якому властиві не тільки відсутність хвороби чи фізичних дефектів, але і повне фізичне, душевне і соціальне благополуччя. Для здоров'я найбільш типові наступні головні ознаки: структурне і функціональне збереження систем і органів людини; індивідуальна висока пристосовність організму до типового для нього фізичного і суспільного (соціального) середовища і, нарешті, збереження звичного самопочуття, що завжди виявляється найбільш тонким барометром душевного і соціального благополуччя.

Науковці вважають, що здоров'я – це «стан повного фізичного, духовного й соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних дефектів». Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я визначається різними складовими, які взаємопов'язані та впливають на здоров'я людини. Людину вважають здоровою тільки тоді, коли вона здорова фізично, соціально, психічно і духовно [9]. Лише здорова людина спроможна бути ефективною та затребуваною у відповідній сфері діяльності. Важливим для психологічного (духовного) благополуччя є відчуття психологічної рівноваги, яку пов'язують із гармонійною організацією психіки та її можливістю адаптуватися до стресів [20]. Переосмислення проявів любові, самоаналіз зрілості, ресурсів долання складних життєвих ситуацій та особистісного зростання є надбанням духовного в особистості [2].



Досвід всесвітньої пандемії, пов'язаної з COVID-19, показав, як фактор здоров'я може відігравати вирішальну роль у розвитку економіки, політики, культури, освіти та інших сферах. Всесвітня пандемія висвітлила безліч проблем, в тому числі і психологічних, що виникають при порушенні забезпечення здоров'я суспільства. Тому надзвичайно актуальним сьогодні постає завдання аналізу феномену «здоров'я» на всіх рівнях (національному, організаційному, особистісному) та інституцій, що з ним пов'язані (ставлення до здоров'я, система охорони здоров'я, просвіта тощо), всіма науками, що так чи інакше дотичні до цієї проблеми. Важливе місце в цьому контексті належить психології, зокрема нейропсихології.

Пандемія COVID-19 стала викликом не лише для фізичного здоров'я, але й для психічного здоров'я – стану душевного, фізичного і соціального благополуччя людини.

Здоров'я людини й питання його зміцнення та збереження здебільшого розглядають щодо його фізичного аспекту. Психічному ж здоров'ю особистості, приділяють значно менше уваги. Утім у наші складні часи завдання збереження психічного особистості стає одним із критичних у суспільстві, насамперед – у період пандемії COVID-19.

Інфекційне захворювання, спричинене коронавірусом SARSCoV-2, передається від людини до людини переважно повітряно-крапельним шляхом і, як правило, проявляється підвищенням температури, респіраторними симптомами (кашель, задишка, утруднення дихання) та/чи порушеннями функції шлунково-кишкового тракту (діарея, блювота, біль у животі). Важкі випадки захворювання, пов'язані з розвитком серцевої і легеневої недостатності, тромбозів і гострого респіраторного дистрес-синдрому, різко підвищують небезпеку летального результату. За наявними первинними даними, найбільший ризик важкого перебігу захворювання відзначений для літніх людей з супутньою соматичною патологією[27].

Будь-який великий епідемічний спалах викликає негативні наслідки як для окремих людей, так і для суспільства в цілому, охоплюючи практично всі сторони життя, як соціального, так і на сімейному та індивідуальному рівнях.

Одним із чисельних негативних наслідків пандемії COVID-19 є «друга епідемія» («паралельна епідемія») негативних психологічних ефектів (Huang Y., Zhao N., 2020). Дані численної кількості дослідницьких статей і оглядів указують на значне поширення серед населення різних країн симптомів стресових розладів, тривожності, страху і гніву (Chan J.F., Yuan S., Kok K.H. et al., 2020). У ситуації введення необхідних протиепідемічних заходів співтовариство фахівців в області психічного здоров'я намагається виявити різноманітні причини і

фактори, які найбільшою мірою викликають порушення адаптації людей, з метою мобілізації ресурсів охорони здоров'я для надання адекватної та персоналізованої допомоги населенню.

Нині ми все частіше стикаємося з такими проявами психічного нездоров'я людей, як підвищена тривожність, страх, невпевненість у собі, надмірна вразливість тощо. Розв'язання проблеми збереження психічного здоров'я кожної людини є одним з головних завдань суспільства та органів охорони здоров'я. Адже від стану психічного здоров'я залежить і особистісний розвиток кожної людини.

Аналіз спеціальної наукової літератури свідчить про те, що категорія психічного здоров'я немає однозначного трактування й усталеного змісту.

Поняття «психічне здоров'я» походить корінням із психіатрії, логічно витікаючи з визначення поняття «психічне захворювання». Нормою психічного здоров'я є «не хвороба», тобто відсутність симптомів або патологій, що заважають ефективній адаптації людини до умов середовища, в якому вона перебуває.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, *психічне здоров'я* – це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти [17].

На думку психіатра О. Шувалова, психічне здоров'я стосується, передусім, окремих психічних процесів та механізмів і є *життєздатністю індивіда*, яку забезпечує повноцінний розвиток і функціонування психічного апарату. Психічне здоров'я свідчить про наявність душевних сил, необхідних для нормальної життєдіяльності. Психічно здорова людина ясно мислить, її воля не паралізована. Вона здатна контролювати власну поведінку, ставити цілі, планувати й організувати свою діяльність тощо.

Утім поняття «психічне здоров'я» у жодному разі не вичерпується медичним аспектом. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я визначають психічне здоров'я особистості за такими *основними критеріями*, як:

- усвідомлення й відчуття безперервності, постійності, ідентичності власного Я;
- відчуття постійності й ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- самокритичність;
- здатність до самоорганізації згідно з прийнятими нормами, правилами, обставинами, ситуаціями;

- здатність планувати своє життя й реалізовувати задумане;
- здатність змінювати свою поведінку відповідно до зовнішніх і внутрішніх вимог [21].

Психічне здоров'я, за Т. Митник (відповідає індивідуально-психологічному рівню) – це стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну до умов дійсності регуляцію поведінки та діяльності [14]. До критеріїв психічного здоров'я вона виділяє: безумовне прийняття, визнання самоцінності кожної людини, адекватне вираження своїх думок, почуттів, природність, конгруентність, відповідальність, оптимізм, врівноваженість, адекватний рівень домагань, впевненість, адекватна самооцінка, незалежність, відповідальність; почуття гумору, толерантність, самоповага тощо.

Збереження психічного здоров'я – безперервний профілактичний процес. Він передбачає своєчасне запобігання психоемоційному перевантаженню. Для збереження психічного здоров'я важливо уникати скупості, мстивості, заздрощів, лицемірства, гордині, хворобливого самолюбства. Охорона психологічного здоров'я – це процес, який починається в кожній окремій родині, продовжується за місцем роботи та навчання людей, охоплює все місцеве співтовариство та інфраструктуру системи громадського здоров'я в цілому [7].

Звісно, що і *проблема соматичного захворювання* не є суто проблемою хвороби тіла. Вітчизняна і зарубіжна медицина при вивченні хвороби виходить із визнання єдності соматичного і психічного, організму й особистості у всій складності їх співвідношень. Цій проблемі у минулому приділяли велику увагу відомі лікарі: М. Я. Мудров (1949), С. П. Боткін (1950), Г. А. Захар'їн (1909), Р. А. Лурія (1944).

Кожна хвороба, в той чи іншій мірі, є порушенням життєдіяльності на рівні організму в цілому, хоча майже при всіх захворюваннях має місце певна локалізація хворобливого процесу. Незважаючи на те, що початком хвороби є процес в окремому органі чи системі організму, кінцевим етапом є порушення психосоціальної рівноваги особистості в навколишньому середовищі, оскільки хвороба в значній мірі впливає на цю особистість [22].

На відміну від здорової, хвора людина відрізняється тим, що в неї, поряд зі змінами функціонування внутрішніх органів і погіршенням самопочуття, якісно міняється психічний стан. Спостерігається перебудова інтересів від зовнішнього світу до власних відчуттів, функцій власного тіла, обмеження інтересів. При цьому міняються всі сторони особистості: ефективна настроєність, моторика, мова. Відбувається перебудова у значенні відчуттів. На

внутрішній світ обрушується потік інтерцептивних сигналів, що заповнюють усі інтереси хворого і набувають небувалого значення.

Хвороба змінює сприйняття і відношення людини до навколишнього світу, до самого себе, створює особливе положення серед близьких людей і в суспільстві, негативно впливає на раніш встановлені соціальні зв'язки.

Хвороба, що розвивається, відображуючись у психіці, зачіпає та навіть видозмінює суттєві властивості особистості, особливо її емоційно-афективні стани. Значення «усвідомлення власної хвороби», «відношення до власної хвороби», «внутрішньої картини хвороби» у прогностичному та терапевтичному відношенні підкреслювалося багатьма дослідниками. Ось що, наприклад, писав про це Хвилинський Т.Я. (1963): «Можна зі впевненістю стверджувати, що існування всілякого скільки-небудь довготривалого захворювання зазнає психічного переопрацювання, осмислення, яке визначається особистістю хворого, його соціальним та сімейним становищем, темпераментом, емоційним станом. Можна вважати, що будь-яке, особливо хронічне, соматичне захворювання включається у людини в ту чи іншу психологічну структуру: вона то патогенно нейтральна, то позитивно впливає на протікання соматичної хвороби, то набуває характеру невротичного чи психопатологічного утворення, в яке включається соматична хвороба».

Вносячи дезорганізацію у всі системи організму, хвороба призводить до фізичних страждань, погіршення настрою та зниження психофізіологічного тону. Нерідко емоційні порушення (відчуття туги, тривоги, страху та ін.) виявляються своєрідними психологічними проявами початкових етапів соматичних захворювань. Шевальов Є. А. (1936) визначав «переживання хвороби» як складний комплекс нових відчуттів, мислей та почуттів. Це психологічно дуже ярко, на наш погляд, відображає суб'єктивну сторону хвороби. Лурія Р. А. (1944) запропонував поняття «внутрішня картина хвороби», надаючи значення уявленням та переживанням хворого з приводу своєї хвороби на основі відчуттів. Під поняттям внутрішньої картини хвороби (ВКХ) він розумів «все те, що відчуває і переживає хворий, усю масу відчуттів, не тільки місцевих хворобливих, але і його загальне самопочуття, самоспостереження, уявлення про свою хворобу, про її причини, все те, що пов'язано для хворого з його приходом до лікаря, – весь той величезний внутрішній світ хворого, який складається з дуже складних поєднань сприйняття і відчуттів, емоцій, афектів, конфліктів, психологічних переживань і травм».

Лурія Р.А. виділяє такі типи ВКХ, як *адекватна, іпохондрична, істерична, анозогнозична*.

У рамках ВКХ розрізняють:

- чуттєвий рівень – комплекс хворобливих відчуттів;
- емоційний рівень – переживання захворювання та його наслідків;
- інтелектуальний рівень – уявлення та знання про хворобу пацієнтом та її реальна оцінка;
- мотиваційний рівень – відношення до захворювання, змінення попереднього та побудова нового способу життя, необхідного для одужання (відповідно до уявлень хворого).

ВКХ, в залежності від змісту, може бути фактором як позитивним, так і негативним. Вона впливає на прояви та протікання захворювання, на відносини в сім'ї, успішність у роботі, виявляючись причиною душевних конфліктів, які іноді призводять до невротичних нашарувань.

На розуміння того, що діється в організмі та уявлення про хворобливі процеси значний вплив мають вік, преморбідний стан, темперамент, акцентуація характеру, зрілість / незрілість самосвідомості та особистісної самооцінки, статева приналежність, психосексуальний розвиток. (О. І. Захаров, 1971; Н.Д.Ігнат'єва, 1978).

У кожної людини в процесі її індивідуального досвіду випрацьовується своє відношення до хвороби та уявлення про неї, її причини, діагноз та прогноз. В. М. М'ясищев (1935) упровадив поняття «відношення до хвороби» як один із компонентів розробленої ним концепції про систему відносин особистості. Він же (1972) розглядав внутрішню картину хвороби як результат адаптації особистості до обмежених умов, що виникають у зв'язку з хворобою. Діапазон реакцій хворого на хворобу є широким та багатоскладовим. Адекватною реакцією особистості є визнання факту хвороби, прийняття до відома висновку лікаря та співпраця з ним (J. Hardi, 1972). Тим не менше будь-який лікар нерідко спостерігає різку перебудову системи оцінок та поринання хворого в хворобу зі створенням своєї «концепції хвороби».

У побудові ВКХ бере участь весь набутий досвід - загальножиттєвий та досвід перенесених захворювань.

Саме тому доцільно використовувати цілісний підхід до розуміння хвороби як внутрішньо-динамічної системи, функціонування якої визначається широким діапазоном факторів – від генетичних до соціальних.

Підхід до стану хворого на основі цілісного розуміння організму завжди враховує складні взаємини, що існують між психічним станом людини і його хворобою. Психічна напруга, конфліктні ситуації можуть відбиватися на соматичному стані хворого і викликати так названі психосоматичні захворювання. Соматичне ж захворювання у свою чергу впливає на психічний стан людини, настрої, сприйняття навколишнього світу, поведінку і плани.

Таким чином можна визначити, що хвороба – це інтегративне поняття, яке містить у собі не тільки безпосередній патологічний процес, але і діяльність системи пристосувальних механізмів на біологічному та психосоціальному рівнях [8].

Як стає видно з вищесказаного, при хворобі в першу чергу та найбільш сильно страждає система механізмів пристосування, тобто адаптація, яка у людини представляє собою складне, соціально обумовлене явище, для якого характерна діалектично суперечлива єдність трьох рівнів адаптивної поведінки людини: *біологічного, психологічного та соціального*.

Одним з фундаментальних методологічних принципів, якого додержується вітчизняна психологія із перших років свого існування, є принцип аналізу психіки в її розвитку, становленні. Тому не випадково, що такої великої уваги дослідники приділяють проблемам онтогенезу психіки та її патології. Саме дослідження процесу формування психіки та її порушень при різноманітних захворюваннях дозволяє звернутися не тільки до констатації наявного, актуального рівня психічного розвитку суб'єкта, але й дослідити закономірності становлення психологічних новоутворень, поступового ускладнення та збагачення психіки людини на різних етапах онтогенезу чи, навпаки, в разі патології – дослідити механізми та закономірності розпаду психіки. Останній, як випливає з багаточисельних досліджень в царині патопсихології, не є негативом розвитку, а уявляє собою якісно особливий процес (Виготський Л. С., Зейгарнік Б. В. та ін.).

Розділ про закономірності, умови та особливості перебігу адаптаційних процесів людини є одним із важливіших розділів загальної психології. Особливе місце він посідає у віковій та педагогічній психології, де проблема формування і розвитку *адаптивної активності* особистості в обставинах, що постійно змінюються, набуває статусу першорядної, вихідної.

*Адаптивність* – інтегративна властивість, що характеризує ступінь психологічної адаптації особистості й визначається відповідністю (власне адаптивність), відносною невідповідністю (неадаптивність), чи крайнім ступенем і відсутністю можливості адаптації (дезадаптивність) між цілями, спрямуваннями особистості і результатами, що досягаються нею.

В основі адаптивної стратегії особистості знаходиться взаємовідношення індивіда і соціального середовища. Якщо розвиток є стратегія життя, то адаптація – це тактика, яка дозволяє всьому живому, в тому числі і людині, засвоювати певні зміни і водночас зберігатись, забезпечуючи можливість подальшого руху. Соціальне середовище принципово відрізняється від біологічного, бо на нього впливає суб'єкт, який адаптується; в результаті цього

змінюється як суб'єкт, так і середовище. Адаптивна стратегія являє собою нерозривну єдність активності, яка здійснюється індивідом по відношенню до себе і активність, яка спрямована на перетворення середовища. Якщо адаптація є процесом, то вона детермінована часом і тому на кожному часовому відрізку проявляється в певному рівні засвоєння особливостей і умов мінливого життя.

Соціалізація та адаптація є спорідненими поняттями. Відмінність між ними полягає у тім, що людина вступає до них на різних рівнях свого розвитку. Соціалізація – більш тривалий, безперервний процес, тоді як адаптація пов'язана зі змінами середовища і продовжується до моменту досягнення вільного функціонування в середовищі. Соціалізація – процес входження особистості до соціального суспільства в цілому через набуття соціального досвіду людства; адаптація – процес входження особистості до конкретної соціальної спільноти через засвоєння соціального досвіду цієї спільноти та використання соціального досвіду, накопиченого раніше. На кожному з рівнів соціалізації у різні періоди життя людини, що адаптується, адаптація протікає з різною інтенсивністю. Виявляється, що адаптація та соціалізація мають тенденцію підвищувати активність протікання від етапу до етапу. Для успішної адаптації особистості є необхідним певний рівень соціалізації. Чим вищим є рівень соціалізації, тим успішніше, активніше протікає адаптація.

Фізичний та духовний розвиток людини тісно пов'язаний із її здоров'ям. Формування та розвиток особистості – це перед усім соціальний розвиток.

За словами Бехтерева В. М.: «Особистість – створіння соціальне. Всюди і завжди вона є продуктом біосоціальних умов, зобов'язана своїм походженням, з однієї сторони біологічному спадку, отриманому від предків, а з іншої – соціальним умовам навколишнього середовища, соціальному спадку, дякуючи котрому з покоління в покоління передаються всі здобутки життєвого досвіду передуючих поколінь. Без соціального середовища немає і не може бути особистості. Людина виховується в ньому з дня народження: у колі сім'ї, близьких людей та родичів, у шкільному середовищі, серед своїх товаришів, ще пізніше черпає свій життєвий досвід у професійному оточенні» [9].

Функціонування в різноманітних сферах – праці, навчанні, сім'ї, суспільстві та інших – це процес соціалізації особистості. Суспільні еталони різних форм діяльності, в особливості соціальної, розкриваються в різних соціальних ситуаціях. За думкою Л. Н. Анциферової (1983), значення для прогресивного розвитку особистості має переживання людиною себе активним суб'єктом, здатним ефективно контролювати навколишні ситуації. В умовах сучасного способу життя під час пандемії COVID-19, особливого значення

набуває роль мікро- та макросередовища, що чинить вплив як на здорову, так і на хвору людину, на спосіб та на стиль її життя.

Термін «*психічні розлади*» – це діагностовані за допомогою фахівця в галузі психічного здоров'я більш стійкі, стабільні психопатологічні стани, в основі яких лежать складні патологічні функціонально-структурні (нейрообмінні, нейромедіаторні, дистрофічні, деструктивні) процеси як у центральній нервовій системі так і в усьому організмі. Вони характеризуються порушенням психічної діяльності людини і призводять до страждань або порушення здатності функціонувати в житті.

Визначальну роль у патогенезі психічного нездоров'я відіграє психологічний, тобто внутрішній конфлікт, що є зіткненням суперечливих ставлень особистості. Переживання, що виникають під час цього конфлікту, можуть стати джерелом психічних захворювань. Утім це відбувається лише за умови, що конфлікт не розв'язується, тобто не зникає патогенне напруження і людина не знаходить раціональний, продуктивний вихід із ситуації, що склалася.

У *Таблиці 1* подано порівняльну психологічну характеристику психічно здорової людини і людини з порушеннями психічного здоров'я.

*Таблиця 1*

**Порівняльна психологічна характеристика психічно здорової людини і людини з порушеннями психічного здоров'я**

<i>Психічно здорова людина</i>	<i>Людина з порушеннями психічного здоров'я</i>
<b>Добре ставиться до самої себе:</b>	<b>Неоднозначно ставиться до самої себе – надто егоїстично поводить себе з іншими або зневажає себе:</b>
позитивно, толерантно ставиться до себе та інших людей;	негативно сприймає інших людей і світ у цілому;
не применшує і не перебільшує своїх здібностей;	перебільшує свої здібності або, навпаки, недооцінює себе;
приймає власні недоліки;	не визнає свої недоліки або, навпаки, комплексує щодо них;
поважає себе;	обожнює себе чи, навпаки, знецінює своє Я;
усвідомлює свою здатність подолати більшість складних ситуацій, що виникають у житті	неадекватно оцінює ситуації і свої можливості щодо їх розв'язання (мотив — намагання уникнути невдач)



<b>Добре почувається з іншими людьми:</b>	<b>Погано почувається серед людей, але прагне бути в їхньому оточенні, віддає перевагу самотності й відчуженості:</b>
враховує інтереси інших людей; відчуває душевний біль інших, проявляє альтруїзм і співчуття;	не враховує інтереси інших людей, ставить власні інтереси на перший план; не відчуває душевного болю інших – проявляє егоїзм, заздрощі, гордощі, зловтіху;
любить інших людей і довіряє їм, поводить ся природно;	вороже ставиться до інших людей, поводить ся в їх присутності напружено, відчужено, уникає спілкування;
не принижує людей і не дозволяє іншим цього робити, тактовна, відкрита, лояльна, щира у взаєминах з іншими дітьми;	постійно прагне до приниження інших, немотивовано грубо поводить ся з іншими людьми, проявляє злостивість, підступність;
вважає себе частиною колективу, легко вживається у колективі;	проявляє яскраво виражені егоцентризм (концентрація на собі), егоїзм стосовно інших, відчуває відчуженість у колективі;
відчуває відповідальність за доручену справу	не відчуває відповідальності за доручену справу
<b>Справляється з викликами життя:</b>	<b>Неспроможна впоратися із викликами життя:</b>
намагається розв'язати проблему, зіткнувшись із нею;	проявляє суб'єктивну безпорадність у разі виникнення проблемних ситуацій – не бачить виходу з них; можливі внутрішні страждання;
не боїться брати на себе відповідальність;	перекладає відповідальність на інших;
ставить перед собою реалістичні цілі;	ставить перед собою нереальні цілі;
може самостійно приймати рішення;	не здатна самостійно приймати рішення;
залюбки докладає зусилля для успіху справи, якою займається	швидко змінює захоплення, у разі виникнення навіть найменших складнощів кидає розпочату справу

Пандемія COVID-19 негативно впливає на психічне здоров'я. І такого негативного впливу зазнає третина населення. Серед усіх груп ризику Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) визначає чотири (рис.1):

1. Перша – це пацієнти з психічними розладами, які в наслідок своїх порушень мають знижений імунітет і належать до групи ризику захворювання на COVID-19.
2. Наступна група – це люди, які ніколи не хворіли на психічні розлади, але перенесли COVID-19.
3. Третя група – доглядачі особи, тобто родичі, сусіди.

4. Четверта група – медичні працівники. Вони мають ризик розладу 50%.



**Рис.1. Групи ризику за ВООЗ**

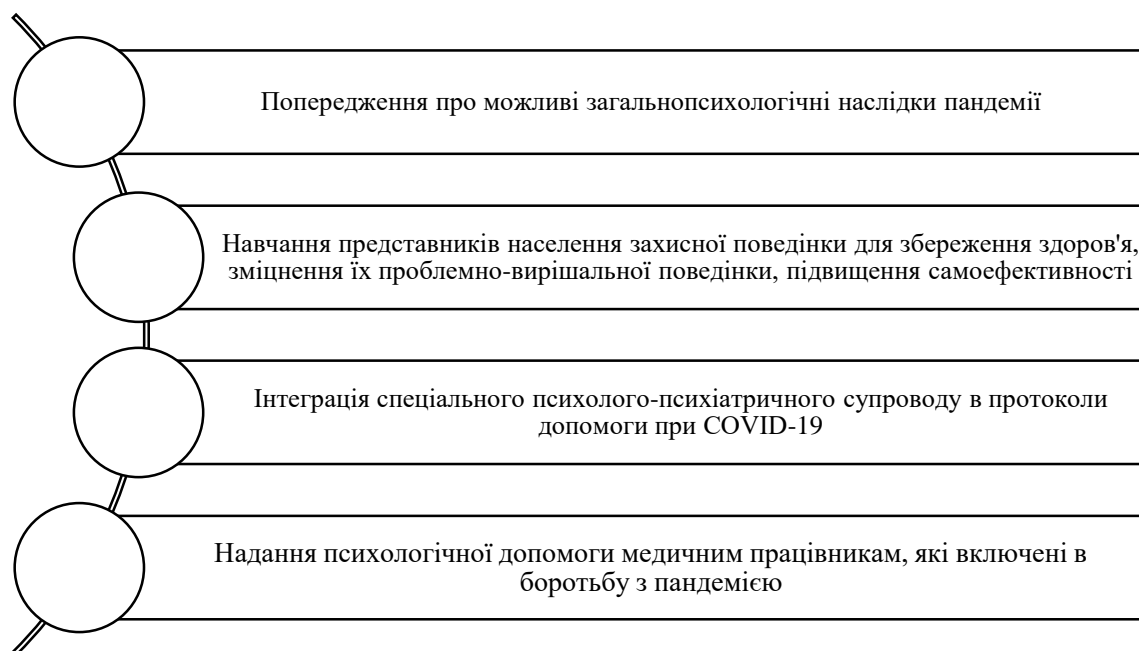
Генеральний секретар Організації об'єднаних націй А. Гутерреш закликав уряди країн, суспільство та органи охорони здоров'я негайно вирішити потреби психічного здоров'я, що виникають унаслідок пандемії COVID-19, попереджаючи, що захворювання може спровокувати кризу в цій сфері.

Важливо відмітити, що істотна роль тут може належати не тільки психосоціальній підтримці. Рівень компетенцій фахівців психологічної служби може забезпечити авторитетну інформаційну підтримку населенню в період «паралельної епідемії» поширення тривожної інформації або навіть дезінформації. Зокрема, найважливіше значення можуть мати (рис.2):

- 1) попередження про можливі загальнопсихологічні наслідки пандемії;
- 2) навчання представників населення захисної поведінки для збереження здоров'я, зміцнення їх проблемно-вирішальної поведінки, підвищення самоефективності;
- 3) інтеграція спеціального психолого-психіатричного супроводу в протоколи допомоги при COVID-19;
- 4) надання психологічної допомоги медичним працівникам, які включені в боротьбу з пандемією.

Режим пандемії у світі, введений Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) – тривожний інформаційний, підвищений психологічний тиск

через несприятливу епідеміологічну ситуацію. Майже 40,0% людей на планеті є тривожними, тобто мають вище середнього рівень тривоги, кожна десята особистість страждає на розлади психічного спектру, з яким іноді важко справитись самостійно і потрібна кваліфікована допомога. За даними опитування населення США, проведеного Американською психіатричною асоціацією, майже половина опитаних відчувають серйозний рівень тривоги, при цьому 40,0% побоюються, що вони самі або їхні близькі можуть захворіти COVID-19 у важкій формі і взагалі померти [7]. Симптоми фрустрації, страху, почуття розчарування і безперспективності, очікування загрози, почуття самотності, соціальної ізоляції і відчуження, поживлення негативних переживань з минулого життя (флешбеки), порушення сну і нічні кошмари, дратівливість і спалахи гніву – це лише приблизний перелік симптомів ПТСР, що спостерігаються у громадян США [7].



**Рис.2. Практичні цілі інформаційної підтримки населення в період «паралельної епідемії» - поширення тривожної інформації**

Тривога при цьому може виконувати роль як стресового, так і дистресового фактору. У першому випадку тривожні побоювання сприяють формуванню адаптивної поведінки, пов'язаної із дотриманням заходів запобігання зараження. Таким прикладом можуть служити дані дослідження, проведеного в Гонконгу (Cowling B.J., Ali S.T., Ng T.W.Y., et al, 2020), які демонструють зміни поведінкових стереотипів у жителів регіону в плані активного використання превентивних заходів щодо запобігання зараження. У

той же час у психології здоров'я історично розвиваються два напрямки: перший, що враховує раціональні причини поведінки людини, а другий – підхід до опису поведінки як ірраціональної і тому важко прогнозованої. Відносно пандемії COVID-19 вже існують дані про прагматичні причини некомплаєнтності населення з протиепідемічними заходами (Moore R. C, Lee A, et al, 2020, Singh R, Adhikari R., 2020). Однак, у силу виняткової суспільної важливості дотримання більшістю населення протиепідемічних заходів, необхідне розуміння і знаходження всіх потенційних факторів комплаєнтності.

Таким чином, основні протиепідемічні заходи – самоізоляція і соціальне дистанціювання, які в ситуації пандемії є необхідними, є, в той же час самостійним стресовим чинником. Це цілком узгоджується з даними літературних джерел, які демонструють, що люди, які навіть не зіткнулися особисто з інфекцією, особисто не хворіли, можуть переживати критичні наслідки соціальних обмежень (аж до зменшення тривалості життя).

Крім того, часто вже відмічається, що рівень психологічного стресу, як правило, вище у тих осіб, хто звертався за новинами про коронавірусну інфекцію (статистичні дані про поширення захворювання, особливості протікання та ускладнень, наявність засобів для профілактики та лікування тощо) частіше одного або двох разів на день. У той же час, хоча частота звернень за інформацією про COVID-19 була безпосередньо пов'язана з наявністю побоювань за власне життя, дані переживання найчастіше відчували респонденти, які вивчали новини про COVID-19 4-5 разів на день або частіше.

У літературі неодноразово відзначався взаємозв'язок рівнів тривожності і стресу з інформацією, що розповсюджується через засоби масової інформації та Інтернет.

Однак, при цьому підкреслювалося, що індикатором стресу в популяції є незадоволеність наданою інформацією, а не збільшення частоти звернень за нею [27]. Показово, що побоювання за власне життя не завжди асоціювалися з формуванням першочергових заходів захисної поведінки (ізоляції, соціального дистанціювання, використання засобів індивідуального захисту) і нелінійно наростали в залежності від частоти пошуку новин про COVID-19.

Дозоване звернення до інформації, яку респонденти суб'єктивно оцінювали як достатню і не продовжували далі відстежувати новини, було пов'язано зі зниженням неконструктивного страху, як це було показано для населення Китаю [27]. У зворотному випадку, коли респонденти багаторазово поверталися до новин у ЗМІ, побоювання за життя наростали разом із рівнем психологічного стресу, демонструючи постулат відомого «закону Єркаса – Додсона» (Robert M. Yerkes, John D. Dodson, 1908) – надмірні мотиваційні

стимули все одно не сприяли формуванню мінімально необхідної адаптивної поведінки, а, навпаки, були пов'язані з соціально нормативними реакціями (носінням масок). Вважається, що краще розуміння загрози вірусної інфекції та дотримання превентивних заходів населенням пов'язані з високим рівнем довіри до інформації, поширюваної ЗМІ і офіційними органами влади.

Схожі прояви ми можемо спостерігати і в Україні. І це лише невеликий перелік соціально-психологічних та медико-психологічних проблем, з якими довелось працювати психологам та іншим фахівцям суміжних галузей.

Аналіз наукових джерел дав змогу систематизувати медико-психологічні та соціально-психологічні наслідки пандемії COVID-19 для особистості (рис.3):

- втрата базового відчуття безпеки;
- підвищення тривоги і страху (наприклад, захворіти, втратити дієздатність, роботу);
- нові умови життя і роботи (віддалена робота в онлайн форматі);
- змішування соціальних ролей (наприклад, домашній офіс, коли потрібно одночасно поєднувати декілька ролей дружини – матері – фахівця/чоловіка – батька – працівника тощо).
- режим соціальної ізоляції і соціального дистанціювання, що спричинило істотні обмеження для можливості спілкування психолога-клієнта.

Останнє, але дуже важливе, – це соціально-економічні фактори. Люди зазначають, що зниження фінансових можливостей і держави, і родини впливають на психічне здоров'я.



**Рис.3. Медико-психологічні та соціально-психологічні наслідки пандемії COVID-19 для особистості**

Тут важливо зазначити, що суб'єктивність сприйняття населенням рекомендованих протиепідемічних заходів може визначати як конструктивний характер їх реагування (соціальне дистанціювання), так і деструктивний (уникнення соціальних контактів), що пов'язують із варіантами розвитку адаптивної тривоги людини з приводу здоров'я. На жаль, на даний момент у вітчизняній науковій літературі вкрай обмежені дані про взаємозв'язок психологічних реакцій населення з заходами захисту і протидії поширення захворюваності, що практикувалися на початкових етапах погіршення епідеміологічної обстановки і оголошення карантинних заходів. У подальшому були отримані дані, які свідчать про те, що деякі сюжети тривожних переживань з приводу COVID-19, ймовірно, не вимагають екстреної корекції, оскільки пов'язані з формуванням адаптивного типу реагування населення на пандемію - самоізоляцією і застосуванням соціального дистанціювання. До них відносяться переживання про доступність засобів індивідуального захисту у вільному продажі, заразність вірусу, а також про наявність дієвих засобів лікування COVID-19 та його ускладнень, доступність/недоступність в аптеках необхідних ліків.

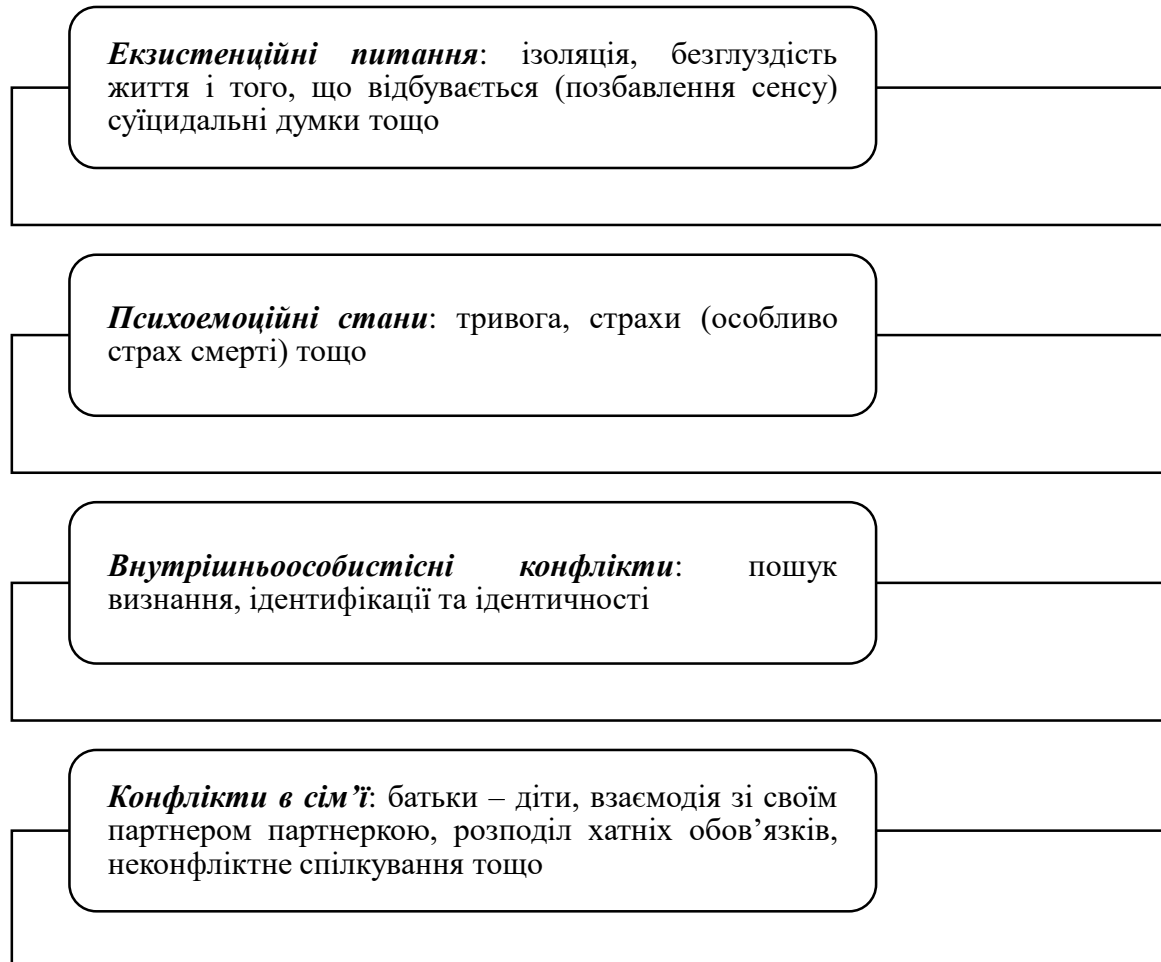
Сьогодні, під час пандемії COVID-19, в Україні психологи і психотерапевти відмічають наступні тенденції в клієнтських запитах (рис.4):

- *екзистенційні питання*: ізоляція, безглуздість життя і того, що відбувається (позбавлення сенсу) суїцидальні думки тощо;
- *психоемоційні стани*: тривога, страхи (особливо страх смерті), неврози, стрес, панічні атаки, загострення фобій, депресій, імпульсивно-компульсивних розладів; відчуття заганості у кут, підвищена емоційність, загострення невротичних станів тощо;
- *внутрішньоособистісні конфлікти*: пошук визнання, ідентифікації та ідентичності, знайомство із собою та розвиток вміння жити із собою, зміна професії та стилю життя;
- *конфлікти в сім'ї*: батьки – діти, взаємодія зі своїм партнером партнеркою, розподіл хатніх обов'язків, неконфліктне спілкування тощо.

Сімейна ситуація в період кульмінації хвороби чи при затягненні та ускладненні плин хвороби характеризується (М. Е. Телешевська, 1985):

1. надмірною увагою та постійною опікою, що паралізує активність хворого;
2. байдужістю та ігноруванням скарг та бажань (будь-яких прохань хворого);
3. обстановкою психологічної несумісності, конфлікту;

4. постійним співпереживанням та стремлінням створити найкращі умови для реадаптації;
5. негативним сприйняттям сім'єю хвороби та відношенням до всіх хворобливих розладів як до «помисливості», «егоїзму», «лінощів» хворого.



**Рис.4. Тенденції в клієнтських запитах під час пандемії COVID-19 в Україні**

### ***Медико-психологічні та соціально-психологічні наслідки пандемії COVID-19 для дітей***

За даними Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), на сьогоднішній день близько 77 відсотків усіх дітей і підлітків у віці до 18 років, а це 1,8 млрд чоловік, проживають в 132 країнах, де через COVID-19 введені обмеження на свободу пересування. Багато сімей знаходяться в умовах самоізоляції чи карантину, що нерідко призводить до зростання домашнього насильства. У багатьох країнах в період пандемії діти з числа біженців та мігрантів все частіше стикаються з

проявами ксенофобії та дискримінації. Всі ці проблеми вимагають пильної уваги міжнародної спільноти.

Коли в рамках необхідних карантинних заходів закриваються школи, життя дітей стає менш упорядкованим і позбавленим тих стимулів, які дає їм шкільне середовище - у них менше можливостей проводити час зі своїми друзями і отримувати ту соціальну підтримку, яка так необхідна для підтримки душевного благополуччя.

За словами Hans Henri P. Kluge, директора Європейського регіонального бюро ВООЗ: «Ця ситуація дійсно є безпрецедентною для всіх нас, особливо для дітей, чиє повсякденне життя піддалося різким і суттєвим змінам. Діти, швидше за все, відчують занепокоєння, тривогу і страх, при цьому їх можуть лякати ті ж речі, що і дорослих людей» [25].

Діти і підлітки, як показують медико-статистичні дані по всьому світу і в Україні, значно рідше хворіють на COVID-19, а ті діти, що захворіли, переносять хворобу, як правило, легше, ніж дорослі люди. Але наслідки для психічного здоров'я у дітей можуть бути набагато важчими і складними, ніж у дорослих.

Так, під час поширення інфекції, в обставинах загальної тривожності і страхів, вони можуть боятися за власне здоров'я і життя, за життя своїх батьків і рідних; їх також може лякати неясна перспектива лікування в стаціонарі.

Розуміння того, що діється в організмі та уявлення про хворобливі процеси залежать від рівня розвитку мислення, визначаються віком дитини. Реакції на захворювання у дитини формуються інакше, ніж у дорослої людини. Діти до певного віку не поділяють тілесне і психічне. Вони думають, що пошкодження тіла, фізичний біль не впливають на розумову діяльність – стан «Я», що створює викривлену картину хвороби.

Уявлення про хворобу, формування внутрішньої картини хвороби (ВКХ) у дітей відрізняється від дорослих тим більше, чим молодше дитина.

За Ісаєвим Д.М., (2005) основними складовими внутрішньої картини хвороби у дітей є:

- 1) Об'єктивні прояви хвороби;
- 2) Особливості емоційного реагування особистості;
- 3) Статеві особливості;
- 4) Рівень інтелектуального функціонування;
- 5) Особистий досвід (загальножиттєвий та досвід перенесених захворювань);
6. Отримана інформація про здоров'я, внутрішні органи, хворобу, її причини, лікування;
- 7) Розуміння універсальності та невідворотності смерті;



8) Відношення батьків та інших дорослих із оточення дитини до її захворювання;

9) Вплив лікаря та медперсоналу на хворого;

10) Наявність інших стресорів.

Внутрішня картина хвороби, в залежності від змісту, може бути фактором як позитивним, так і негативним. Вона впливає на прояви та протікання захворювання, на відносини в сім'ї, виявляючись причиною душевних конфліктів, які іноді призводять до невротичних на шарувань.

Значний вплив мають вік, преморбідний стан, темперамент, акцентуація характеру, незрілість самосвідомості та особистісної самооцінки, статева приналежність, психосексуальний розвиток. Мають значення своєрідність інтерперсональних відносин в сім'ї, сімейні обставини, тип виховання, батьківська реакція на хворобу дитини (О. І. Захаров, 1971; Н. Д. Ігнат'єва, 1978).

Найбільш важливими та емоційно значущими для дитини є знання, які вона отримує від батьків. Саме до них вона звертається в першу чергу по допомозі, за поясненнями, з ними обговорюють прояви хвороби та вірогідність одужання. Захворювання у дитини впливає не тільки на неї самої, але, як правило, у ситуацію хвороби включається вся сім'я. Саме під впливом сім'ї у хворої дитини складається уявлення про її захворювання, способи лікування, можливі обставини і причини виникнення хвороби і її наслідки, а також відношення до самої захворювання. Відношення дитини до хвороби значною мірою формується під впливом уявлень про захворювання, думок і висловлювань дорослих членів сім'ї.

Відомо, що виразність реакції дезадаптації, пов'язаної із соматичним захворюванням, найчастіше відповідає уявленням про його тяжкість, що існує у дитини та її оточення.

Потрапляючи в ситуацію захворювання і його наслідків чи ускладнень, дитина зіштовхується з новим, раніше не відомим їй досвідом, вона стає більш залежною від дорослих, жити може тільки «під охороною» близьких, не має рішучості до самостійних дій. Стурбовані родичі намагаються огородити дитину навіть від спілкування з однолітками, лишаючи його тим самим можливості розширити та збагачувати свій досвід спілкування. При цьому соціальні вимоги до дитини знижуються до мінімуму, формується певний стиль взаємовідносин з дитиною, впевненість у тому, що вона у силу свого стану не зможе обійтися без материнської допомоги. Дійсно, при хворобі дитини, більш ніж усі, переживає, відривається від свого звичного життєвого укладу і включається в ситуацію хвороби саме матір.

Постійне перебування матері у стані психічної напруги, нав'язливі страхи всіляких неприємностей, що загрожують її дитині створюють емоційно насичений, але, на жаль, зовсім не такими як потрібно емоціями клімат. Між матір'ю і хворою дитиною встановлюється дуже сильний зв'язок, прихильність, емоційне злиття, неподільність, що часто позбавляє дитину автономного розвитку.

Разом з тим, із літературних джерел відомі випадки, коли хвороба дитини використовувалася матір'ю для вирішення власних проблем, внутрішніх і сімейних конфліктів. У такому випадку всіляко перевищується роль матері, її жертвність, що може викликати у дитини пригніченість та почуття вини. Все це значно погіршує соціально-психологічну адаптацію дитини.

Відношення до захворювання, побудова внутрішньої картини хвороби у дитини є результатом сумісних зусиль батьків та близьких їй людей. Тому вивчення цього феномену висвітлює ті закономірності, помилки та проблеми, які найчастіше зустрічаються у процесі лікування, догляду і виховання хворої дитини.

Саме на них лягає відповідальність за складну працю по побудові у дитини *адекватної* внутрішньої картини хвороби (згідно з віком дитини) з оптимістичним (але не ейфорійним!) прогнозом та настроєм.

Вплив лікаря та інших медичних працівників є значимим в основному на тих дітей, захворювання яких вимагає госпіталізації. Лікар в процесі обстеження, лікування, підготовки до процедур, які можуть виявитися болісними, здійснює на дитину великий психологічний вплив. Його доброзичливість, зрозумілі пояснення, прагнення зменшити болісність маніпуляцій позитивно впливають на психічний стан дитини.

Іноді у дитини під час гострого захворювання соматичний стан супроводжується перебільшеними переживаннями тяжкості хвороби, побоюваннями за своє здоров'я, а іноді – страхами перед перебуванням у лікарні, медичними процедурами і навіть смертю. Після гострого періоду і одужання, COVID-19 здатний залишити наслідки у формі різноманітних хронічних ускладнень з боку дихальної, серцево-судинної системи, ЦНС, пошкоджуючи легені, судини чи нервову тканину.

І перенесені дитиною в минулому переживання, і набуті хронічні проблеми, особливо з боку ЦНС, роблять її більш ранимою, а тому повинні бути враховані для створення в подальшому більш сприятливих умов психологічної адаптації в періоди вікових криз та при змінненні життєвої ситуації (вступ до дитячого закладу чи школи, переїзд із переведенням до іншої школи, перехід до вищої шкільної ланки тощо)

Крім того, треба мати на увазі, що процес дезадаптації у дитини може розвиватися за принципом «замкненого порочного кола», коли соматичні, психологічні та психічні порушення посилюють дезадаптацію, а та, в свою чергу, призводить до ще більшого погіршення здоров'я.

Але, враховуючи величезні компенсаторні можливості дитини, ці негативні явища можна, якщо й не повністю, то в значній мірі нівелювати за допомогою лікування соматичних розладів з позицій цілісного підходу, з урахуванням спільності біологічних та соціальних детермінант, що лежать у їх основі, та психолого-педагогічної корекції порушень соціально-психологічної адаптації.

Керівництву держави необхідно забезпечити доступність послуг з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, при цьому служби захисту дітей повинні адаптуватися до нових обставин, щоб гарантувати доступність відповідної допомоги для дітей і сімей, які її потребують.

### ***Медико-психологічні та соціально-психологічні наслідки пандемії COVID-19 для людей похилого віку***

Пандемія COVID-19 і обмежувальні соціальні заходи вплинули на більшість наших громадян, та найбільш вразливою групою є особи похилого віку. Нова корона вірусна інфекція поширюється серед людей різного віку, проте наявні дані вказують на те, що люди похилого віку та особи з супутніми захворюваннями піддаються більш високому ризику захворювання і смерті від COVID-19.

До числа психологічних наслідків для цих груп населення відносяться виникнення почуття тривоги і стресу або прояви гніву. Одне лише усвідомлення своєї особливої уразливості може стати для них джерелом підвищеної тривоги і страху. При цьому деякі літні люди вже давно можуть перебувати в соціальній ізоляції і відчувати самотність, і це може ще більше погіршити їх душевний стан.

Такі наслідки можуть особливо важко переноситься особами старечого віку, які страждають від зниження когнітивних функцій або деменції.

В умовах сучасної пандемії критично важливо, як суспільство і держава ставиться до людей похилого віку. Такі заходи, як соціальне дистанціювання і карантин, залишаються ефективною тактикою захисту найбільш вразливої групи людей під час цієї пандемії. Однак, для самотніх людей похилого віку ці заходи повинні бути реалізовані з урахуванням гарантій доступу до соціальної і психологічної підтримки. Слід зазначити, що громадські дискусії навколо Covid-19, які часто позначають його як хворобу літніх людей, можуть призвести до

соціальної стигматизації і посилити негативні стереотипи щодо осіб похилого віку. Дискримінація за віком може мати прямий, і часто катастрофічний, вплив на психічне здоров'я людей похилого віку.

Але потрібно відмітити і позитивні моменти – існує багато методів, за допомогою яких люди старшого віку (самостійно або за підтримки осіб, які здійснюють догляд за ними) можуть захистити своє психічне здоров'я в цей важкий час. До їх числа входять і ті численні методи, які рекомендовані всім групам населення, наприклад: підтримання фізичної активності, регулярне дотримання режиму дня і включення в нього нових занять, а також участь у тих видах діяльності, які дозволяють людині відчувати задоволення досягнутим результатом. Достатня кількість літніх людей має доступ і вміє користуватися електронними пристроями (комп'ютером, смартфоном тощо) і додатками, іншим же може знадобитися допомога в їх використанні. Підтримка соціальних зв'язків також має велике значення. Можливість і спроможність спілкування онлайн значно полегшить підтримання таких зв'язків з близькими та доступ до дистанційної психологічної підтримки.

Українська психологія успішно працює над психологічними проблемами збереження і підтримки інтелекту людей похилого віку, не тільки у період пандемії. Для цього використовуються очні тренінги та індивідуальні заняття, а на даний час і безмежні можливості віртуального простору, зокрема, дистанційного навчання.

В Інституті психології імені Г.С. Костюка НАПН України створений і уже кілька років успішно працює дистанційний курс інтелектуальної підтримки людей похилого віку, в якому об'єднані завдання на збереження і підтримку пам'яті, причому як короткочасної, так і довготривалої, уваги і уяви, розв'язування задач, вербальної активності тощо. У цьому курсі увага приділена також і так званим метакогніціям, зокрема, рефлексії, стратегічності мислення, вмінням пошуку і самостійної постановки задачі, децентрації, тобто повазі до іншої точки зору та умінню її приймати.

### ***Медико-психологічні та соціально-психологічні наслідки пандемії COVID-19 для медичних працівників, які надають допомогу хворим на COVID-19***

У зв'язку з надзвичайною ситуацією пандемії в зону ризику потрапили також представники окремих сфер зайнятості та професій. Чи не найбільш вразливою професійною групою стали медичні працівники, які опинилися «на передовій» боротьби з новою коронавірусною інфекцією. Саме медики, на яких

лягло не тільки емоційне, а й значне фізичне навантаження, зіткнулися з максимальною кількістю професійних і особистісних ризиків і проблем. Перебування в стані постійного емоційного стресу несе високу вірогідність виникнення згодом як психічних, так і соматичних розладів.

Медичні працівники, по перше, належать до групи найвищого ризику безпосередньо зараження коронавірусною інфекцією. За статистичними даними, майже в усіх країнах світу, щоденна захворюваність на COVID-19 медичного персоналу, залученого до лікування і догляду за хворими, складала вагомий відсоток від захворілих взагалі. Велика кількість медпрацівників померла від наслідків інфекції, особливо на початку пандемії. Дані постійно уточнюються, але втішними є останні відомості, що від початку пандемії поступово відсоток смертності медпрацівників скорочується, що можна пояснити удосконаленням лікування та початком вакцинації.

Надмірне психічне навантаження на медичних працівників, які перебувають у місцях спалахів пандемії і мають підвищений ризик зараження та психологічного травмування під час догляду за інфікованими пацієнтами, має як короткострокові, так і довгострокові наслідки для психічного здоров'я і психологічного благополуччя.

За даними Murray B Stein (2020) у багатьох медичних працівників, які лікують пацієнтів з COVID-19, розвиваються помірні або важкі психічні симптоми, в тому числі: тривожність (12-20% медичного персоналу), депресія (15-25%), порушення сну (5%), стрес (35-49%).

Також, згідно з цим дослідженням, приблизно 50% медичних працівників потребують психологічної підтримки [28].

У ряді досліджень було виявлено високий рівень емоційного виснаження у фахівців, що могло призводити до медичних помилок, нестачі емпатії при лікуванні пацієнтів, зниження продуктивності, а також до кадрових проблем [29].

Особливо високий рівень тривоги, депресії та стресу продемонстрували медики, що працюють на передньому краї боротьби з інфекцією - в спеціалізованих клініках, у відділеннях невідкладної допомоги та інтенсивної терапії.

Науково-теоретичний аналіз (Юр'єва Л.М., 2020) стану психічного здоров'я працівників медичних установ, які надають допомогу хворим на COVID-19, показав значну поширеність у медпрацівників тривожно-депресивних розладів і розладів сну, що є фактором ризику зростання рівня психосоматичних розладів і посттравматичного стресового розладу.

Медичні працівники можуть також страждати від стигматизації, яка пов'язана зі страхом людей контактувати з тими, хто лікує пацієнтів з COVID-19. Також важливим фактором психічної дезадаптації медичних працівників є фактор психологічного впливу епідемії COVID-19 на членів їх родин.

Медичні працівники є особливою групою, яка потребує великої соціальної підтримки, а вони самі є важливою силою для надання соціальної і психологічної підтримки пацієнтам. Щоб гарантувати їх постійну ефективну роботу, слід стежити за станом їхнього психічного здоров'я і надавати безперервну своєчасну допомогу для їх підтримки. Вплив специфічних для медичних працівників стресових чинників є значущим і потребує використання сучасних методів і технологій соціально-психологічного кризового втручання.

### ***Основні напрями роботи по подоланню медико-психологічних і соціально-психологічних наслідків пандемії COVID-19 в Україні: генетичний підхід***

Для психологів та психотерапевтів України важливим напрямом роботи під час Covid-2019 є психологічний супровід особистості. Особлива увага при цьому зосереджена на проблемах розвитку особистості під час пандемії та подоланню її наслідків (підвищення втоми, погіршення сну, панічних атак, депресії, відчаю, агресії, конфліктності, нетерпимості тощо). Зокрема, на основі розробленої в Інституті психології імені Г. С. Костюка концепції психічного розвитку особистості визначено вимоги до психологічного супроводу людини під час пандемії та алгоритм його впровадження на всіх його рівнях. Розроблено критерії особистісного розвитку, визначення напрямку розвитку, суб'єктної готовності до діяльності, створено програму моніторингу психологічних проблем процесу розвитку особистості під час Covid-2019.

Українські психологи, зокрема колективу Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України, з перших днів виникнення пандемії COVID-19 приймають не тільки наукову, але й активну *практичну* участь у забезпеченні населення України напрацюваннями психологічного знання в проживанні особливостей цієї соціальної ситуації.

Зроблено спробу окреслити психологічні виміри діяльності та спілкування людей в умовах переживання кризової епідемічної ситуації в країні, намічено практичні напрями психологічного супроводу актуальних проблем (рис.5):

1. Визначення психологічних ресурсів подолання стресових станів, пов'язаних з умовами та обставинами карантину (ізоляція, соціальне

дистанціювання, обмеження, вимушене постійне коло спілкування). Мотивація перебування в карантині, переживання відповідальності.

2. Психологічні аспекти організації діяльності, роботи, занять, структурування часу в умовах карантину. Організація індивідуального простору, часу, траєкторії та форм діяльності.

3. Особливості переживання станів та почуттів тривоги та паніки, безпорадності, відчаю, роздратування, апатії. Емоційна підтримка, спрямована на підтримку та переживання почуттів оптимізму, захищеності, впевненості.

4. Форми взаємодії в умовах онлайн навчання, дистанціювання, ізоляції (учень – педагог, учень – учень, батьки – діти, педагог – група, тощо).

5. Збереження та підтримка розумової та фізичної активності.

6. Стосунки батьків з дітьми (забезпечення учіння дитини в умовах карантину, особливості виховання та спілкування, структурування часу дитини, організація розпорядку дня, створення та дотримання загальних правил), підтримка мотивації до навчання.

7. Психологічні проблеми організації педагогічної діяльності в умовах дистанційної роботи та навчання (гіперконтроль, тривога, відповідальність, недостатність зв'язку, деструктивна комунікація, агресія, непродуктивне спілкування, безпорадність, пасивність).

Запити практики сьогодення визначають зараз людиноцентричний (за В.Г. Кременем) контекст наукових педагогічних і психологічних досліджень, вивчення переживань, відчуттів, емоцій, психічних станів, рефлексії особистісного досвіду тощо в умовах ізоляції людини [12].

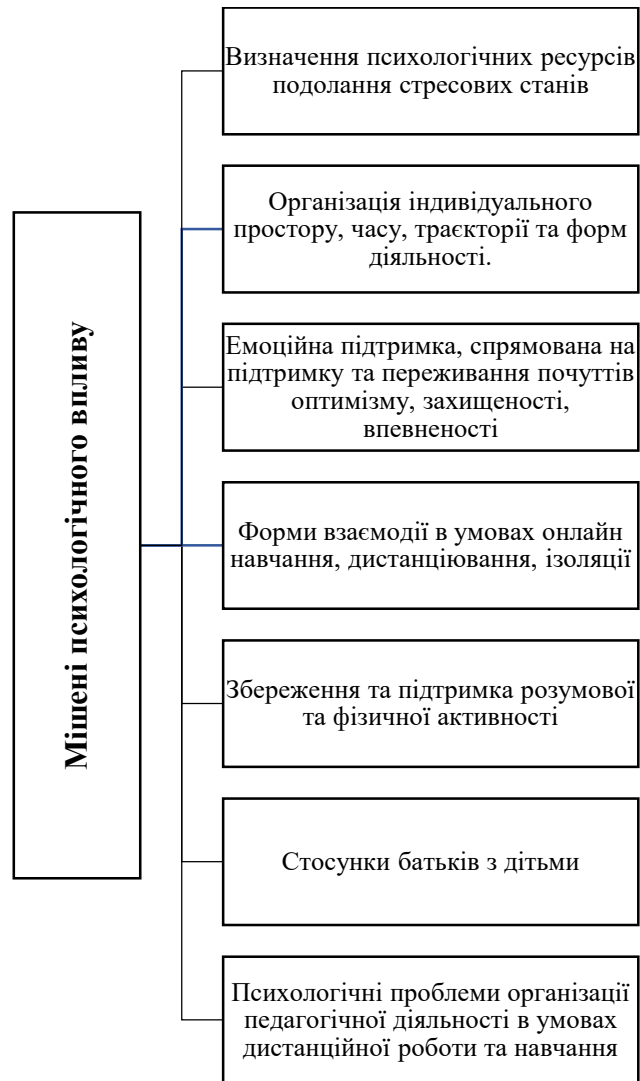
Формується дискурс співпереживання в суспільному просторі, в якому провідну роль відіграють розуміння, емоційна та особистісна включеність тощо.

Вихідними положеннями при цьому є визнання єдності людської природи, складної структурованості особистості. Істотним завданням є виявлення і визначення цієї структури. З іншого боку, необхідним є виявлення центральної, вихідної рушійної сили, яка спонукає динамізм і розвиток складно структурованої особистості. Однак, ця індивідуально орієнтована, єдино правильна в практичній психології позиція повинна ґрунтуватися на об'єктивному науковому знанні саме про дану людину, її індивідуальність.

Цілісність, унікальність особистості – є першим найважливішим її атрибутом. Особистість є тим, що об'єднує і вибудовує психічний світ людини, утворюючи неповторний візерунок, властивий даному конкретному індивіду. Саме таким чином Г. С. Костюк [11] сформулював предмет психологічної науки.

Центральним у нашому підході в дослідженні проблем розвитку особистості під час пандемії COVID-2019 і подоланню її наслідків – є генетичний

аспект розвитку і функціонування особистості, адже існує сутнісний взаємозв'язок між генезисом становлення особистості і практичною реалізацією тих станів, в яких може знаходитись особистість у різних періодах свого життєвого шляху, особливо в умовах переживання негативних соціальних наслідків під час пандемії COVID-2019.



**Рис.5. Психологічні виміри діяльності та спілкування людей в умовах переживання кризової епідемічної ситуації як мішені психологічного впливу**

Численність парадигм та підходів до надання психологічної та психотерапевтичної допомоги в Україні, врахування принципів індегенізації та універсалізації в наданні психологічної допомоги, а також евристичний, реабілітаційний та терапевтичний потенціал східноєвропейської наукової школи генетичної психології (керівник академік С.Д. Максименко) дозволяють



констатувати можливість створення генетико-орієнтованої парадигми в наданні психологічної, психотерапевтичної та психореабілітаційної допомоги.

Методологічно, теоретично, технологічно, поопераційно реабілітація базується на засадах генетико-моделюючого методу, зокрема в частині діагностики, моделювання, проектування в особливих умовах в залежності від структури травми.

Орієнтація на генетико-моделюючий підхід задає загальний вектор і дає можливість використання технік, які адекватно вписуються в структуру реабілітаційної технології.

І експериментально-генетичний і генетико-моделюючий метод базуються на ідеї інструментального методу Л.С. Виготського і Г.С. Костюка.

Вирішуючи завдання пізнання моменту зародження і моменту становлення психічного, є необхідність використання генетико-моделюючого методу (за С. Д. Максименком), який ґрунтується на таких принципах, як:

- принцип єдності біологічного і соціального,
- принцип аналізу за одиницями,
- принцип системності,
- принцип проектування,
- принцип креативності,
- принцип рефлексивного релятивізму,
- принцип єдності експериментальної та генетичної ліній розвитку

[13].

Прогрес у науковому пізнанні психології особистості пов'язаний із необхідністю організації досліджень, які би фіксували особливості самого предмета вивчення (логіка об'єкта в його цілісності і унікально-специфічної складності. Природа особистості така, що вона існує як факт лише в русі, в розвитку. Отже, для її вивчення доречним буде використання або генетико-моделюючого підходу, або генетико-моделюючого методу. Тобто, специфіка вивчення явища розвитку має бути викладена в генетичній психології, для того щоб довізначити і чітко відкрити свою позицію. Лише після цього доречно приступати до концептуального викладу бачення проблем психології особистості, особливо під час наслідків пандемії [13].

Психічні явища людини не існують, насправді, окремо і розрізнено. У своїй сукупності вони складають психологічну цілісність (міжфункціональну психологічну систему). Тільки розуміння структурно-динамічних закономірностей даної цілісності може відкрити нам розуміння окремих її складових (психологічних функцій, станів тощо), так і усвідомлення сенсу

існування людини і шляхів оптимізації цього існування. Ця цілісність і нерозривна єдність психіки людини є те, що утворює особистість.

*Особистість* – це форма існування психіки людини, яка являє собою цілісність, здатну до саморозвитку, самовизначення, свідомої предметної діяльності і саморегуляції та має свій унікальний і неповторний внутрішній світ. Г. С. Костюк підкреслював: «У прагненні до самовиховання та його здійсненні проявляються вищі форми розвитку особистості: її «духовний саморух» сильного союзника» [11].

Особистісність природи психіки людини означає, з іншого боку, що будь-який окремий психічний процес або стан набуває дуже складного пристрою. Він має власні закономірності і якості, але поряд з цим у ньому відбивається вся цілісність особистості. Тому, коли вивчати окремо психічне явище або психічний стан (емоції, панічні атаки, депресії, стан відчаю, агресії, конфліктності тощо), тільки спеціальне штучне абстрагування дає змогу дослідникові робити висновки щодо нього у «чистому» вигляді. Насправді ж це завжди психічний стан даної конкретної людини, її емоції або будь-які інші явища. Це вплив цілісності (її проектування) на конкретне явище не є чимось «дріб'язковим», стороннім.

Генетична психологія покликана вивчати об'єктивні процеси зародження нових психічних явищ, які були в надрах попередніх, становлення нових психічних механізмів і знання про них на основі віднайдених перспектив і/або проектів розвитку.

Генетична психологія має своїм предметом дослідження: а) процес виникнення психічних явищ, б) їхнє походження, в) становлення у життєвих процесах, г) функціонування, д) їх відновлення (відродження) після втрати ними дійових функцій.

Структурна єдність генетичного підходу забезпечується трьома важливими напрямками: аналізом процесу, а не речі; розкриттям реального каузально-динамічного зв'язку та відношення і власне генетичним аналізом, за С. Д. Максименко: «Сутність експериментально-генетичного методу полягає в тому, що в експериментальних умовах моделюється, відтворюється процес становлення і розвитку різних психічних функцій у діяльності»[13].

Експериментально-генетичний метод передбачає проходження трьох етапів: 1) діалектико-логічного аналізу психологічного феномена, що підлягає формуванню; 2) власне формувального експерименту; 3) завершальної контрольної діагностики (дослідження змін, що відбулися).

Наукове дослідження психології особистості як дійсного (а не уявного тільки) предмета вивчення, як унікальної, неповторної і цілісної системи,

єдності, являє собою дуже велику проблему. Справа в тому, що сучасна наука не має головного – методу, який був би адекватним даного предмету. Метод виступає центральною ланкою всієї проблеми психології особистості, оскільки він є не тільки засобом отримання наукових емпіричних фактів. Метод представляє собою ще і засіб втілення наукового знання, спосіб його існування та зберігання. У широкому узагальненому значенні ми розглядаємо метод як теоретично оформлений засіб і одночасно результат специфічного опредметнення ідей і уявлень дослідника про предмет вивчення. Розпредметнення відбувається вже після того, як за допомогою даного методу дослідник отримує і усвідомлює наукову інформацію. Дане концептуальне розуміння методу дозволяє уявити собі логічно послідовну схему дослідження: уявлення дослідника про психологічну природу особистості, які виникли у нього на підставі життєвих фактів, засвоєних теоретичних знань і усвідомлення власного життєвого досвіду, зустрічаючись з новими фактами і новим досвідом, породжують проблему. Її рішення вимагає нових наукових емпіричних фактів, і метод з'являється як, з одного боку, опредметнення уявлень, з іншого – як відображення проблеми, а ще з іншого – як ідеальна технологія, адекватна за своїм ключовим параметрам тій системі, яка повинна вивчатися – тобто особистості. Отримані під час застосування такого методу наукові факти теоретично узагальнюються дослідником, порівнюються з попередніми уявленнями, результатами досліджень інших авторів, і тоді виникають нові уявлення і нові проблеми. Ця логічна схема, що чітко відображає концепцію методу як такого, майже зовсім не реалізується в дослідженнях особистості. Відсутність методу, адекватного вихідним уявленням і об'єкта дослідження, породжує скепсис і розчарування, і змушує дослідника добудовувати свої вихідні позиції самому, тобто шукати відповіді на поставлені питання не в об'єкті дослідження [13].

Згідно методологічній парадигмі, застосування генетико-моделюючого методу дозволить «повернути людину в психологію», оскільки метод дає можливість проаналізувати і одночасно інтегрувати вихідний системоутворювальний початок особистості. Розробка методу, таким чином, є першочерговою і найбільш актуальною проблемою.

Важливий принцип генетико-моделюючого методу дослідження особистості відображає її споконвічну природу. «Особистість, якщо Вона є, – підкреслює А. Ф. Лосєв, – взагалі мислиться завжди і незмінно впливає і діє» [13]. Виразне існування, тобто, особистісне існування, за Ф.Лосєвим, є завжди синтез двох планів буття – внутрішнього і зовнішнього. Зовнішнє буття особистості – це її вид, лице, те, що сприймається іншими. Внутрішнє – це те

сутнісне, що допускається. Ми сприймаємо особистість, але вже в цьому акті як-то охоплюємо і враховуємо те, чого не видно, але що виражається з глибини [13].

Сутність цивілізаційних процесів зазнає трансформації, проходить різні етапи: від адміністративно-командної системи до особистісно-розвивальної як в державному управлінні, педагогіці, психології, медицині. Від особистісно-розвивальної потрібно переходити до генетико-креативної системи висвітлення усіх процесів та кризь її призму конструювати зміст освіти, науки і медицини.

Тоді система, буде працювати на основі синхронізації з специфікою особистості та з врахуванням генетичних підвалин окремої людини, що сприятиме розвитку особистості. Теоретичний рівень вивчення психічних процесів в експериментально-генетичному методі, на відміну від інших методів, спеціально задається досліднику через конструювання змістовно-операціональних сторін предметної діяльності. Причому специфічною особливістю такого конструювання є те, що модель, створена дослідником з метою впізнання, відповідає реальній внутрішньої структурі самого психічного процесу. Але даний метод не може охопити особистість як цілісність, що являє собою не суму окремих частин, а їх особливу організованість і рухливе взаємопроникнення. Цілісність, яка присутня у всій особистості і в кожній окремо, що специфікується кожен раз у відповідності з конкретною частиною, залишаючись при цьому дорівнює собі самій. Генетико-моделюючий метод, як уже сказано, не є, власне, аналізом. Разом з тим, він, як і будь-який науковий метод, обов'язково має аналітичну складову. Не на підставі тільки даних чуттєвого досвіду, і не на підставі лише емпіричного мислення, а в результаті поєднання цих двох складових з третьою – креативністю, ми повинні виділити в цілісній особистості такі змістові одиниці, які були б самостійними і самодостатніми, несли в собі всю цілісність і забезпечували у своїй сукупності її (цілісності) саморозвиток і функціонування [13].

«Одиниця» системи, що саморозвивається і саморегулюється, принципово відрізняється від тих «одиниць», які встановлювалися в експериментально-генетичному методі. Образно кажучи – вона повинна бути живою. Дотримання цього і буде означати відхід від редукції, так як генетична психологія розглядає структуру особистості, враховуючи тезу про те, що структура виникає цілком логічно і цілком закономірно. Тут слід розрізняти: особистість як така не виникає, вона створюється – триває. Ми говоримо про рух особистості в межах покоління і переходах її від покоління до покоління.

Отже, дослідження таких складних систем, як особистість, її справжнє розуміння вимагає застосування відповідного методу. Він повинен бути адекватним об'єкту, який вивчається. І, разом з тим, метод є втіленням і

методологічно рефлексивним виразом основ теоретичної позиції. Генетико-психологічний погляд на особистість означає розуміння її як унікальної цілісності, що саморозвивається, саморегулюється і є носієм довічного вселюдського духу.

Таким чином, пандемія COVID-19 стала викликом не лише для фізичного здоров'я людей, але й для їх психічного здоров'я – стану душевного, фізичного і соціального благополуччя людини.

Як будь-яка надзвичайна ситуація, пандемія, викликана COVID-19, породила хвилю психологічної напруги серед населення по всьому світу.

У результаті численних досліджень, проведених у 2020- 2021 рр., було встановлено, що основними медико-психологічними наслідками пандемії COVID-19 стало значне зростання серед населення рівня таких порушень психічного здоров'я, як тривожність, страх і депресія, психосоматичної симптоматики, симптомів ПТСР, суїцидальних ризиків, рівня споживання алкоголю і психоактивних речовин.

Особливою ознакою даної пандемії є те, що її супроводжують поширена «інфодемія» та «друга епідемія» негативних психологічних ефектів (Huang Y, Zhao N., 2020), (або «паралельна епідемія», як її назвав головний редактор журналу «Current Psychiatry» Nasrallah H.A., який вважає, що «вірусна пандемія викликала паралельну епідемію тривоги»), передбачувано спричиняючи суспільні психологічні реакції, такі як напруга, тривога та страх, втрата орієнтирів і планів на майбутнє, що може призводити до гострої реакції на стрес, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресивних станів, агресії та інших психоемоційних розладів. Вона має серйозні згубні наслідки для життєдіяльності, соціального життя, економічного ландшафту та політичної стабільності.

У даній ситуації критичними напрямками для зміцнення стратегії подолання медико-психологічних наслідків пандемії та збереження психічного здоров'я і адаптаційних механізмів людей під час спалаху COVID-19 є :

- по-перше, створення коаліції всіх фахівців, що беруть участь в боротьбі з пандемією і громадських організацій для мобілізації ресурсів з метою своєчасного реагування на потреби в підтримці психічного здоров'я населення;
- надання через ЗМІ повної, переконливої і обґрунтованої інформації, у т.ч. про необхідність дотримання протиепідемічних заходів населенням;
- ідентифікація груп підвищеного ризику;
- проведення тривалого моніторингу рівня стресу на різних Інтернет-платформах, поліпшений скринінг психоемоційних розладів;
- психологічні втручання і допомога (у т.ч. дистанційна);

- підтримка залучених до лікування коронавірусної хвороби медичних працівників.

Виконання всіх цих умов створить можливість для сфокусованої профілактичної та психокорекційної роботи серед населення.

Дієвою, на нашу думку, може бути модель психологічного втручання і допомоги, що інтегрує психотерапевтів, психологів, лікарів і соціальних працівників у спільну діяльність на спеціалізованих Інтернет-платформах для здійснення психологічної допомоги щодо людей із груп ризику, їхніх сімей і медичного персоналу. Такі дії мають ґрунтуватися на всебічному оцінюванні чинників ризику, які призводять до психологічних проблем, зокрема погане фізичне та психічне здоров'я до пандемії, вікові та професійні особливості, небезпечні для життя обставини, соціальна ізоляція, відрив від близьких та зниження доходів сімей.

Професійна психологічна спільнота України, Товариство психологів України усвідомлюють важливість психологічної підтримки населення в умовах пандемії COVID-19 і спрямовують зусилля до продуктивної праці.

### Список використаних джерел

1. Ананьев, В.А. (2006). Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб.: Речь.
2. Васильева, О. С., Филатов, Ф. Р. (2001). Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Москва: Академия.
3. Галецька, І., Сосновський, Т. (2006). Психологічне здоров'я: теорія і практика. Львів : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка.
4. Завгородня, О.В. (2007). Проблема психологічного здоров'я: спроба теоретичного аналізу. Практична психологія та соціальна робота, 1, 55–60.
5. Здоров'я – 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя». Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро : офіц. сайт. 2013. URL: <https://cutt.ly/4oMkhIA>
6. Коробка, Л. М., Гусев, І. М., Мясенко, В. В. та ін. (2018). Спільнота в умовах воєнного конфлікту: психологічні стратегії адаптації: монографія; за ред. Л. М. Коробки. Київ,.
7. Коронавірус. «Наденьте защитные психологические маски. Белорусские новости: вебсайт. URL: <https://naviny.by/about>

8. Кошова, І.В. (2002). Механізми психологічної адаптації: до постановки проблеми. *Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології*. Матеріали Міжнародної наукової конференції, присвяченої 35-річчю наукової та педагогічної діяльності академіка Сергія Дмитровича Максименка. Київ: «Міленіум», 1, 98–100.
9. Коцан, І. Я., Ложкін, Г. В., Мушкевич, М. І. (2011). Психологія здоров'я людини. Луцьк: Вежа.
10. Лушин, П.В. (2007). О психологии человека в переходной период: Как важно когда все рушится? 2-е изд. Киев: Наук. Світ.
11. Максименко, С. Д. (2006). Генеза здійснення особистості. К.: Видавництво ТОВ «КММ».
12. Максименко, С.Д. (2002). Психічне здоров'я дітей. Авторські програми з психології. Київ: Шкільний світ, Психол. б-ка, 4–10.
13. Максименко, С. Д. (2013). Психологія учіння людини: генетико-моделюючий підхід. – К.: Видавничий Дім «Слово».
14. Митник, Т. (2017). Особливості психічного здоров'я особистості: критерії та показники. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: зб. тез II Всеукр. наук.-практ. конф. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 269–271.
15. Мосолов, С.Н. (2020). Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19. Современная терапия психических расстройств. 2. doi: 10.21265/PSYRN.2020.53.59536.
16. Підтримка для самостійної реабілітації після пов'язаних з COVID-19 захворювань: брошура, підготовлена Європейським регіональним Бюро ВООЗ. 2020. WHO/EURO:2020-855-40590-54654.  
URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333547/WHO-EURO-2020-855-40590-54654-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: розпорядження КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-p#Text>
18. Роджерс, К. (1999). Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы /Под ред. О. Кондрашова, Р. Кучкарова. Москва: Апрель Пресс, ЭКСМО – Пресс.
19. Дубровина, И.В. (Ред.) (1997). Руководство практического психолога: Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. Москва: Академия.
20. Сокольская, М.В. (2008). Личностное здоровье человека: теоретический анализ. Сибирский психологический журнал, 29, 69–73.

21. Терещенко, Л. А., Петровська, Т. В. (2019). Психологічний підхід до визначення поняття «психічне здоров'я» суб'єктів взаємодії в освітньому просторі. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Том VI: Психологія обдарованості. Випуск 15. Київ-Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 340 – 348.
22. Шевченко, Н.Ф. (2003). Практикум із психологічної допомоги соматичним хворим». Запоріжжя, вид-во «Інсервіс».
23. Шувалов, А.В. Психологическое здоровье человека. Вестник ПСТГУ. IV. Серия : Педагогика. Психология. Вып. 4 (15). С. 87–101.
24. London, R.T. (2020). Is COVID-19 leading to a mental illness pandemic? Presented by ID Practitioner in MDedge Infectious disease. <https://www.mdedge.com>
25. Mental health and psychological resilience during the COVID-19 pandemic: Statement to the press by Dr Hans Henri P. Kluge, WHO Regional Director for Europe. 27.03. 2020.URL:<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/news/news/2020/3/mental-health-and-psychological-resilience-during-the-covid-19-pandemic>
26. Schwartz, B.J. (2020). New APA survey on public anxiety over COVID-19. High Anxiety in America Over COVID-19. Medscape. March 28, 2020.
27. Wang, C., Pan, R., Wan, X., et al. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020,17,1729; doi10.3390/ijerph17051729
28. Murray, B.Stein. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Psychiatric illness. Up To Date. 2020. URL: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-psychiatric-illness>
29. Shreffler, J., Petrey, J., Huecker, M. (2020). The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review // *Western Journal of Emergency Medicine*. 2020. Vol. 21. № 5. P. 1059—1066. DOI:10.5811/westjem.2020.7.48684



---

## **Узагальнення емпіричних та теоретичних результатів дослідження впливу ковідної інфекції на буття громадян України**

*Ткач Б.М*

Ми всі живемо у новій «ковідній ері». Пандемія внесла корективи у повсякденне життя, професійну діяльність, звичаєву культуру та економічні відносини. Людству доводиться адаптуватися до нових психологічних особливостей буття. Мова йде про частину проблеми яка пов'язана з організаційними аспектами буття. Проте є й інший аспект це ураження COVID-19 мозку та подальшими наслідками. Проблема значно ширша за втрату нюху, іпохондрія, дисфорію, астенію та депресію. Варто наголосити, що мозок може серйозно бути пошкоджений навіть у пацієнтів з легкими симптомами інфекції. Важкі наслідки корона вірусної інфекції можуть спричинити психози, паралічі та інсульти.

Було здійснено моніторинг нейроінтерфейсом когнітивно-емоційних реакцій молоді нормотипової та з девіантною поведінкою до та під час пандемії COVID-19. Тобто з лютого по червень включно ми маємо динаміку змін особистостей. Інформація є надзвичайно цінною, оскільки на її основі можна зрозуміти як буде реагувати молодь на впровадження владою різних обмежень з метою взяти епідситуацію під контроль. Ці дані є надзвичайно важливими для соціальних інженерів, соціальних психологів, правоохоронних органів та органів влади. Тому що ці знання дозволяють попередити появу бунтів, девіацій та супротиву населення.

Постійні трансформаційні процеси у суспільстві та серйозні виклики сьогодення такі як діджиталізація, роботизація, збройні конфлікти, економічний спад, пандемія COVID-19, екологічні проблеми змушує людину постійно адаптуватися до нових реалій. Проте інтенсивність та динаміка цих змін спричиняє психологічну дезадаптацію у молоді, яка проявляється девіаціями у поведінці: високою агресією, нетерпимістю один до одного, адикціями, суїцидальною поведінкою та сексуальними девіаціями. Загалом масштаби девіантної поведінки чинять загрозу національній безпеці багатьох країн. Тому зараз як ніколи необхідно здійснювати пошук ефективних рішень для подолати психологічних наслідків пандемії COVID-19 і підготуватися до подібних ситуацій. Проте для цього необхідно знати як мінялася когнітивно-емоційні реакції молоді на психологічні події до карантину та під час. Саме ці дані

лонгitudного дослідження дадуть можливість вибудувати адекватні програми для профілактики девіацій серед молоді спричинених перебуванням в умовах природних та техногенних надзвичайних ситуаціях.

Крім того теоретична цінність дослідження полягає у впровадженні передових наукоємних нейротехнологій у дослідження девіантної поведінки у молоді спричиненої пандемією COVID-19. Адже психологічні теорії девіацій, які спираються на класичну психологію сповнені сциєнтизмом (методологічною обмеженістю пізнання феномена), універсалізмом (пошуком універсального закону розвитку розладу), індивідуалізмом (інтереси індивіда є пріоритетними над інституціональними інтересами), механістичне розуміння казуальності (дуалістичний поділ причин, які зароджуються у внутрішньому світі чи зовнішньому). Варто відзначити, що у цих теоріях часто людину розглядають «як таку» - усереднено, часто без гендерних особливостей, не враховують інстинкти виживання, емоційну, когнітивну сфери, не беруть до уваги нейропсихологічні особливості, а саме порушення нейропсихологічних факторів. На сьогодні відомо, що у кожної людини мозок неповторний, а іноді відмінність становить у 40 разів за деякими цитоархітектонічними полями між людьми. Зрештою мозок сучасної людини не схожий на мозок людей що жили півстоліття тому.

У теоріях неklasичної психології соціальне середовище є не фактором, а джерелом розвитку мозку, що визначає тенденцію у формуванні особистості і появи девіацій.

Вважаємо, що у феномені девіантної поведінки молоді спричиненої пандемією COVID-19 необхідно звернути увагу і на нейробиологічні фактори, дати онтогенетичне пояснення взаємодії чинників довкілля і генетичної інформації, визначити адаптивне значення патерна поведінки у філогенезі і його причетність до появи конкретних форм девіантної поведінки.

У дослідженні застосовано сучасні біометричні технології для комплексного вивчення девіантної поведінки молоді – BCI (Brain Computer Interface), що дозволить отримати нові наукові результати позбавленні суб'єтивізму дослідників. Адже ці технології дозволяють знімати з мозку 128 раз на секунду показники про підсвідомі реакції на аудіовізуальні подразники.

Як добре відомо у результатах психодіагностики можна виокремити частину, об'єктивну, суб'єктивну та істинну. Це зумовлено специфікою об'єкта пізнання, суб'єкта пізнання та методом пізнання. Сучасні нейробиотехнології мінімізувати рівень суб'єктивності, оскільки дозволяють зчитувати (фіксувати) підсвідомі реакції мозку досліджуваного на аудіовізуальні подразники. Найкраще для цього підходить нейроінтерфейс – прилад який дозволяє закомунікувати мозок на пряму із комп'ютером.

Дослідження електричної активності мозку особистості у лабораторних умовах є важливими. Проте людина живе не в лабораторії з давачами на голові і не закомунікована дротами до реєстраційного пристрою, а у звичних умовах, взаємодіє з навколишнім світом та іншими людьми. На наше переконання, одномоментні заміри електричної активності мозку в лабораторіях не достатньо відображають динаміку й особливості особистості. Проте якщо подразник чи психодіагностична методика є стандартизованими то можливим стає порівняння даних між групами.

Поява нейроінтерфейсу ще ніколи не робила настільки простим під'єднання мозку до комп'ютера і відкриває для психологів принципово нові можливості вивчення поведінки людини. Тепер відбувається активна побудова нової доктрини в нейронауках до якої ми маємо причетність. Це дало змогу психологам точно знати, а не припускати які зараз у досліджуваного когнітивно-емоційні показники.

Для вивчення основних когнітивних та емоційних показників було використано мобільний 14-канальний нейроінтерфейс EMOTIV Eros+. Також було використано програмне забезпечення для моніторингу ЕЕГ та для візуалізації електричної активності мозку, а також для отримання трансформованих ЕЕГ-патернів у вигляді основних когнітивно-емоційних показників: MyEMOTIV, EMOTIV Map Brain Activity Map та EmotivPRO.

Стимульним матеріалом була одна із картин з «Тематичного апперцептивного тесту» (див рис.1). Експозиція зображення тривала 10с.

Як відомо ТАТ ґрунтується на проявах індивідуальних особливостей динамічного ладу особистості. Попри те, що в своїй основі має конкретні візуальні стимули, водночас дає досліджуваному необмежену свободу вибору напряму дії у інтерпретації (рис.6)

Коротко розкриємо суть основних когнітивно-емоційних показників, сформованих біометричною компанією «EMOTIV», які вираховуються на базі специфічних ЕЕГ патернів мозку (Insight, 2017): *Стрес* відображає комфорт та дискомфорт досліджуваного; *Взаємодія* відображає наскільки досліджуваний залучений до того, що робить чи переживає; *Інтерес* відображає цікавості досліджуваного до стимулу; *Хвилювання* відображає прояв емоційної реакції (ажіотаж); *Концентрація* відображає зосередженість на подразнику; *Релаксація* відображає психічний спокій.

Організація дослідження. Ми зовсім не планували вивчати когнітивно-емоційних реакцій молоді під час пандемії. Це вийшло абсолютно випадково. У лютому ми вивчали кореляцію між різними тестами для вивчення психологічних особливостей молоді нормотипової і з девіантною поведінкою. Через місяць

були впровадженні проти епідеміологічні заходи. Власні спостереження за тим як реагує населення ведення карантину, надихнуло нас поміряти на тій самій вибірці які відбулися зміни. Результати нас вразили і ми вирішили кожного місяця повторювати заміри.



**Рис. 6. Стимульний матеріал з ТАТ**

Припинили ми дослідження у червні, а адже в кінці червня у населення виникли байдужість до епідемії і супротив обмежувальним заходам.

Для дослідження ми сформували чотири групи по 25 осіб віком 18-20р. Перша група досліджуваних представлена хлопцями з девіантною поведінкою. Друга група представлена хлопцями без девіантної поведінки (контрольна група). Третя група представлена дівчатами з девіантною поведінкою. Четверта група представлена дівчатами без девіантної поведінки (контрольна група).

У своєму дослідженні ми дотримувалися всіх етичних принципів та протиепідеміологічних заходів. Чи хворіли на COVID-19 досліджувані нам не відомо, оскільки з них ніхто не робив ПЛР-тест (визначення наявності в організмі коронавірусу SARS-CoV-2).

Отже у аналітичній таблиці 2 представлено результати лонгітюдного дослідження. Також здійснено порівняння (критерій Пірсона) між групами з дев'яцією і контрольними.

Таблиця 2

**Результати моніторингу нейроінтерфейсом когнітивно-емоційних реакцій у молоді нормотипової та з дев'янтною поведінкою (дослідницький період з 16 лютого по 13 червня)**

Групи	Дата		когнітивно-емоційні реакції					
			Стрес	Взаємодія	Інтерес	Хвилювання	Концентрація	Релаксація
Хлопці з дев'янтною поведінкою	До карантину (16 лют)		42,51	18,67	38,40	52,59	25,22	49,31
	Під час карантину	13 бер	18,81	16,50	36,84	30,07	21,07	64,30
		13 кв	37,20	56,13	58,53	56,81	63,29	12,53
		13 тра	66,57	72,41	73,86	75,23	52,35	21,28
		13 чер	24,45	77,38	76,82	66,86	67,53	53,87
Хлопці контр група	До карантину (16 лют)		12,64	23,67	50,37	33,07	47,93	28,65
	Під час карантину	13 бер	58,25	18,76	46,53	25,20	57,23	18,61
		13 кв	27,31	67,84	72,62	48,27	17,55	64,39
		13 тра	42,07	81,55	87,94	61,71	38,94	28,79
		13 чер	15,58	78,61	86,27	75,33	62,86	47,08
p			p≤0.001	p≤0.05	p≤0.01	p≤0.01	p≤0.01	p≤0.001

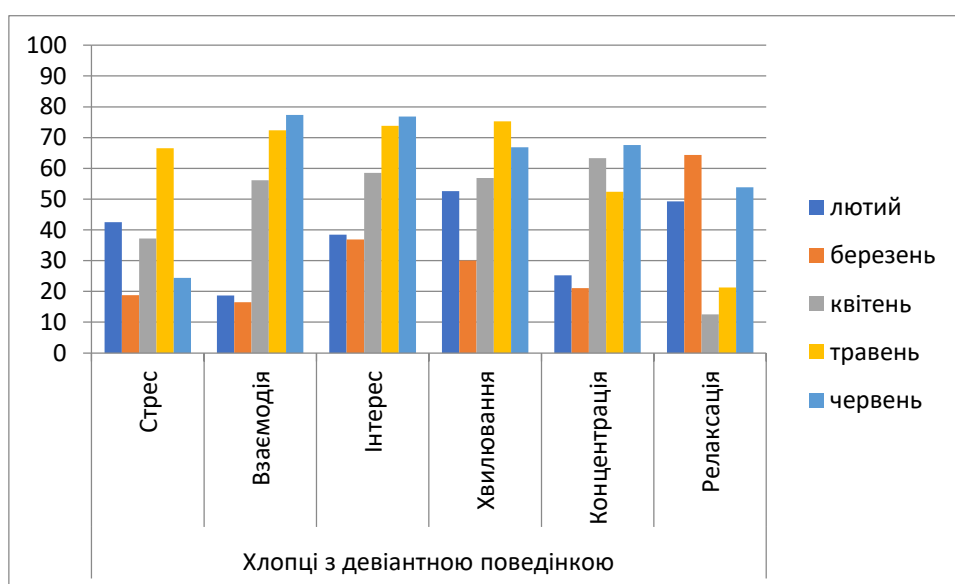
Дівчата з девіантною поведінкою	До карантину (16 лют)	61,85	36,42	74,61	69,83	35,62	40,07	
	Під час карантину	13 бер	58,69	32,54	61,22	56,37	32,63	58,91
		13 кв	73,53	65,88	77,06	73,68	57,27	18,01
		13 тра	82,76	76,06	84,70	81,26	66,52	15,31
		13 чер	53,26	78,13	87,63	86,71	46,80	33,88
Дівчата контр група	До карантину (16 лют)	19,23	41,03	62,55	39,18	63,71	22,58	
	Під час карантину	13 бер	42,81	38,74	56,07	33,05	72,53	12,57
		13 кв	37,56	78,67	69,91	61,83	24,01	62,85
		13 тра	51,39	86,25	90,57	79,90	89,27	69,20
		13 чер	26,57	89,20	85,68	77,05	67,85	52,39
p		p≤0.001	p≤0.05	p≤0.01	p≤0.001	p≤0.001	p≤0.001	

Для наочності ми зробили графіки. Ми свідомо упустимо детальний аналіз результатів дослідження бо це варто робити у контексті подій та ситуації у якій перебували досліджувані. Також варто брати до уваги чинники, які впливали на досліджуваних, зокрема: необгунтовані, а часом дуже недоречні дії влади для боротьби з інфекцією; надмірне нагнітання у ЗМІ страху перед пандемією; неготовність влади до масштабної боротьби з інфекцією (хоча на підготовку було 5 років після попередньої дуже загрозливої епідемії у Африці); відсутність

конструктивної комунікації з населенням; наповнення інформаційного простору неправдивою інформацією про патогенез і терапію COVID-19; нерівність правах людей під час пандемії. У підходах які використовувалися владою було нехтування психологічними особливостями людей у надзвичайних ситуаціях. Як ми всі добре побачили, що репресивні підходи зовсім не дають бажаного результату. Була навіть ситуація коли міг виникнути національного масштабу бунт людей проти влади.

Тому ми не претендуємо на висвітлення хроніки тих подій, а дамо інтегральну характеристику змін когнітивно-емоційних реакцій на той самий стимул у різні місяці нової психологічно-соціально-економічної реальності.

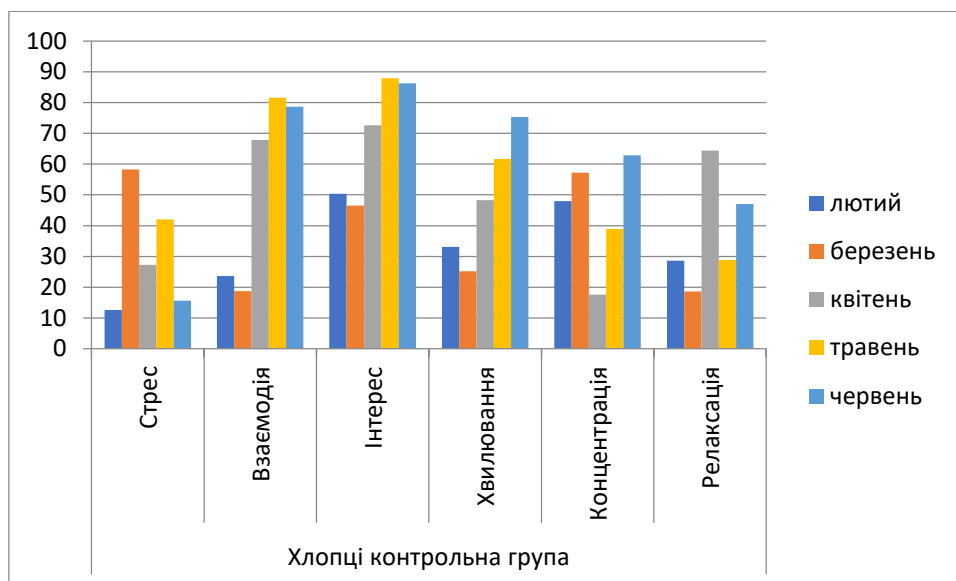
У хлопців з девіантною поведінкою у перший місяць пандемії знизився рівень стресу, це стан коли суспільство не вміло жити в новій реальності і був послаблений виховний і навчальний вплив на них. Як видно з рисунку 2 це для них був стан психологічного благополуччя. Другий і третій місяці пандемії були важкими. Проте четвертий місяць судячи за показниками говорить, що довго жити у таких умовах обмеження люди не можуть і відбувається цілковите ігнорування ситуації у якій рівень захворювання був на порядки вищий у порівнянні з моментом запровадження карантину (рис. 7).



**Рис. 7. Динаміка зміни когнітивно-емоційних реакцій у хлопців з девіантною поведінкою з 16 лютого по 13 червня**

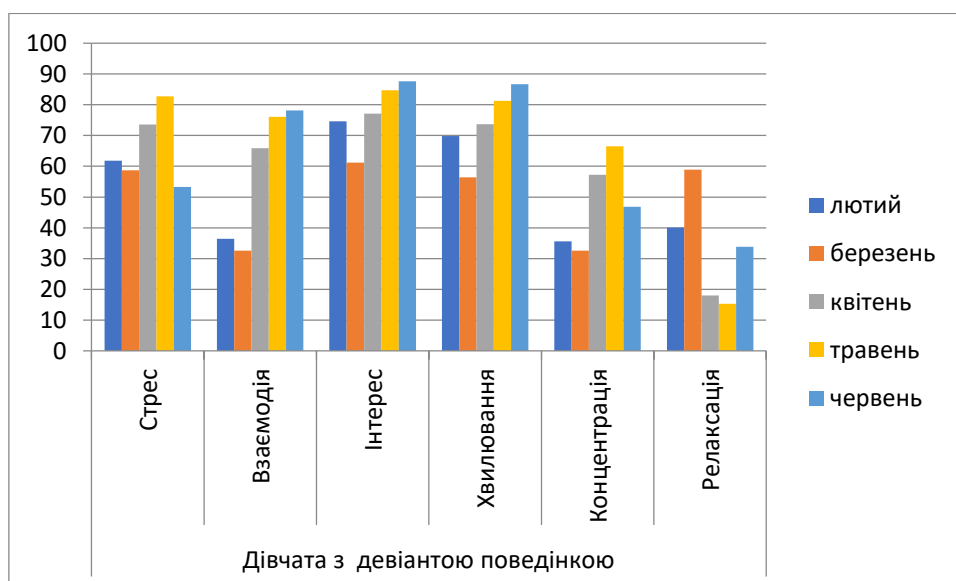
Натомість у контрольній групі (хлопці без девіантної поведінки) ми бачимо протилежну ситуацію. Запровадження карантину викликало реальний стрес. Проте наступного місяця відбулася адаптація до нових умов. На третій місяць перебування виник значний дискомфорт від перебування в умовах

карантину. Четвертий місяць у карантині характеризується ігноруванням епідситуації і сильним прагненням до життя, яке було до пандемії (рис. 8).



**Рис. 8. Динаміка зміни когнітивно-емоційних реакцій у хлопців з контрольної групи з 16 лютого по 13 червня**

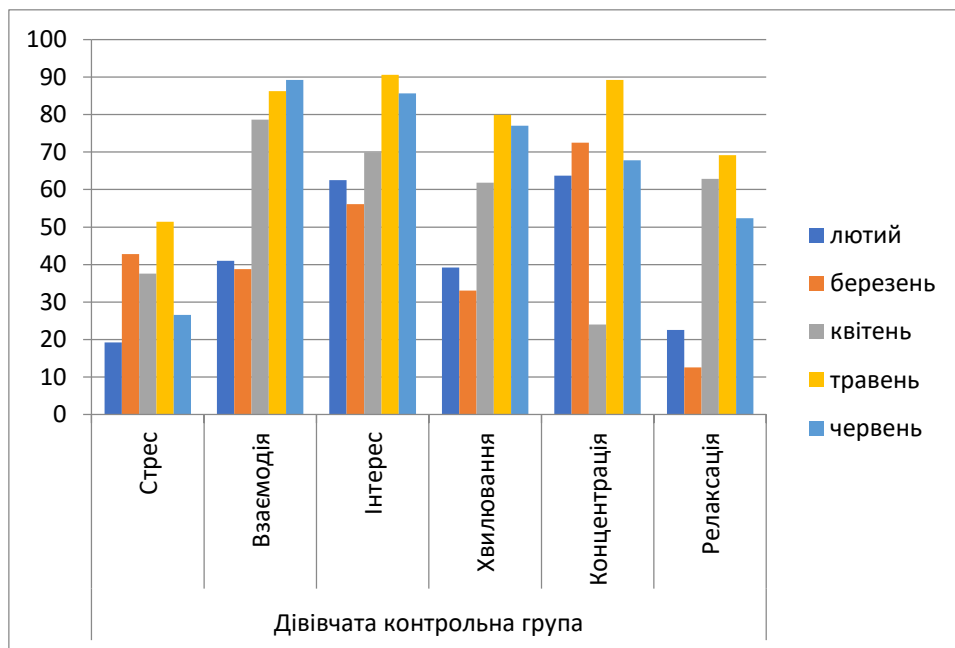
У групі дівчат з девіантною поведінкою бачимо ситуацію коли початок карантину викликав стан психологічного благополуччя, бо знизився соціальний контроль і перебудова навчального процесу. Проте другий і третій місяці були дуже важкими і показують всезростаючий рівень дезадаптації. Четвертий місяць це повне ігнорування протиепідеміологічних заходів (рис. 9).



**Рис. 9. Динаміка зміни когнітивно-емоційних реакцій у дівчат з девіантною поведінкою з 16 лютого по 13 червня**



У дівчат з контрольної групи (без девіантної поведінки) відмічається істотне зростання рівня неспокою у перший місяць карантину. На другий місяць відбулася адаптація до нової реальності. Третій місяць тривалої самоізоляції спричинив високий неспокій і дуже виражене прагнення до спілкування. Четвертий місяць сповнений спокою і байдужості до епідеміологічної ситуації (рис. 10).



**Рис. 10. Динаміка зміни когнітивно-емоційних реакцій у дівчат з контрольної групи з 16 лютого по 13 червня**

Загалом можна сказати, що введення карантину найбільший рівень стресу спричинило у хлопців нормотипових і дівчат з девіантною поведінкою. Деяко нижчий рівень стресу у нормо типових дівчат і найнижчий рівень у групі хлопців з девіантною поведінкою. Очевидно, що для цього віку ми обрали сюжет не випадково, а той який відображає найбільшу і життєво значиму потребу – прагнення до розмноження. Проблема соціально еротичних колективних стосунків у цьому віці є надзвичайно актуальною. Саме у цей період психосексуального розвитку актуалізується фаза лібідо. В умовах самоізоляції, страх заразитися вірусом і перебудови звичаєвої культури реально стає важче реалізувати цю потребу.

Отже можна зробити висновки, що молодь максимально може витримати три місяці жорстких обмежень. Оскільки у наступні місяці ні правові санкції не страхітлива пропаганда вже не спрацьовує. У період короткочасної аномії, яка спричинена перебудовою у суспільстві внаслідок пандемії дуже себе комфортно

почуває молодь з девіаціями. Натомість нормотипова сприймає нову реальність стресово.

У нормотипової молоді протягом другого і третього місяців карантину виникає адаптація до нових умов буття. Проте у девіантної молоді виникає з кожним місяцем дезадаптація.

Хочемо зазначити, що нас як клінічних психологів цікавить більше аспект як інфекція впливає на особистість, її когнітивну і афективну сфери, який подальший прогноз і що ми можемо запропонувати для вирішення медико-психологічних наслідків пандемії.

Перші повідомлення про хворобу в китайському місті Ухані містили інформацію про те, що коронавірус може впливати ЦНС людини. Було ще тоді відомо, що з легким перебігом хвороби у 36,4% пацієнтів наявні неврологічні симптоми, тоді як серед важких хворих це характерним для 45,5% пацієнтів.

Зараз відомо, що у 13,5% хворих розвивається новий неврологічний розлад в середньому через 2 дні з моменту появи перших симптомів COVID-19. Переважно це токсична чи метаболічна енцефалопатія, судоми і рідше інсульт. Пацієнтами з неврологічними розладами найчастіше були люди похилого віку, а також переважно чоловіки схильні до гіпертонічної хвороби і цукрового діабету.

Є свіжі дані, що новий коронавірус SARS-CoV-2 вражає не тільки дихальну систему і ослабленні місця в організмі де були хронічні процеси, а спричиняє серйозне ураження серця, судин, нирок, шкіри, а також нервової системи.

Занепокоєння викликає інформація, що коронавірус SARS-CoV-2 уражає мозк навіть у тих хворих, у яких присутні відносно слабкі симптоми, або в тих, хто вже одужав. Проблема у тому, що ураження ЦНС діагностують або занадто пізно, або не виявляють взагалі. Основною причиною є надмірне навантаження на заклади охорони здоров'я у період пандемії. З'явилося таке явище, як стати у чергу на госпіталізацію. Бувають випадки коли пацієнтів у яких є покази до інтенсивної терапії відвозять у сусідні області де є місця. Зрозуміло, що у такій ситуації іде боротьба за життя людей і відбувається їхнє не обстеження. Також варто взяти до уваги важко доступність сучасних методів нейровізуалізації у нашій країні.

Ця інформація від медиків змушує негайно переглянути рекомендації ВООЗ.

Тому що є система різних факторів, які лежать в основі психічних функцій. Мозкові фактори (модальноспецифічні, модально неспецифічні, міжпівкульної взаємодії, півкульні, глибоких структур мозку) які порушуються у випадку безпосереднього ураження мозкової тканини. Є фактори загально

мозкові, які пов'язані з кровообігом та лікворообігом у мозку. Крім того є позамозкові фактори які пов'язані з діяльністю серця, легень, травної системи, видільної системи. Власне нейропсихологічна діагностика з медичним обстеженням дозволяє встановити характер ураження і його ступінь. У свою чергу вичерпна діагностика дає можливість розробити комплексну терапію та реабілітацію нервово-психічних порушень. Очевидно, що з таким комплексом проблем найкращим рішенням є застосування бригадної моделі надання медико-психологічної допомоги. Адже медична терапія не може у повній мірі забезпечити повноцінну ресоціалізацію особистості до суспільства, якщо є стійкі психічні порушення.

Звертає на себе увагу інформація про підсилення/загострення перебігу існуючих нервових хвороб у пацієнтів, які захворіли на COVID-19. Статистика показує, що в деяких пацієнтів COVID-19 може спричинити тривалі проблеми зі здоров'ям, як психічним так і соматичним. Багато пацієнтів тривалий час після одужання (яке підтверджується тестуванням) залишаються ослабленими і мають постійне відчуття перевтоми. Крім того є ще група пацієнтів які одужали і мають ослаблення у когнітивній сфері, а саме погіршення пам'яті, уповільнення мислення, зниження уваги. Через ці порушення змушені звільнитися зі своїх робіт, бо не можуть у повному обсягу виконувати свою роботу і через неуважність почитають становити загрозу для інших на виробництві, за кермом автомобіля у прийнятті управлінських рішень.

У цій ситуації доцільно всім керівникам які перехворіли на нейроінфекції у обов'язковому порядку рекомендовано проходити атестацію на профпридатність тобто досліджувати інтелект та професійні навички. Ми всі добре розуміємо, що від менеджерів всіх ланок на пряму залежить чи буде наша країна процвітати чи виживати.

Отже лікарі обов'язково мають консультиватися з неврологом, клінічним психологом, а в ідеальній ситуації з клінічним нейропсихологом коли у пацієнтів є когнітивні симптомами, відчуттям перевтоми, головний біль, оніміння кінцівок, підвищена сонливість, слабкість, емоційна лабільність. Тому що за різними даними у 1 зараженого із 7 наявне ураження мозку. У ситуації коли наявні у пацієнтів галюцинації необхідна допомога психіатра і призначення антипсихотичних препаратів.

Вище ми розглядали явні, виражені і невідтерміновані наслідки ураження мозку. Проте ми всі зіткнемося з відтермінованими наслідками ураження мозку. Ці незначні ураження мозку, які не помітні зараз за кілька років будуть масовими і вимагатимуть розвиненої системи надання психологічної допомоги. Ця

ситуація не є новою, подібне спостерігалось після пандемії так званого іспанського грипу (1918р.).

Більше того, спалах у 2003 році SARS-CoV, коли людей госпіталізували з діагнозом "атипова пневмонія" фіксувалася згодом поява ПТСР у 44%. Варто додати, що ті хто одужав від хвороби то у 82% людей багато років спостерігався ПТСР.

Постає логічне питання: «Чи готова наша наукова психологія підготувати рекомендації роботи із специфічними психічними порушеннями, чи здатна вона підготувати достатню кількість нейропсихологів, чи готова вона забезпечити їх ресурсами і засобами для надання психологічної допомоги населенню?». Це питання збереження когнітивного здоров'я населення стає пріоритетним і стосується національної безпеки для країни.

На наше переконання на першому етапі повинен бути організований нейропсихологічний моніторинг населення країни, що дасть можливість вчасно вжити необхідних засобів. В принципі це зовсім не складно організувати на базі лабораторії нейропсихології в Інституті психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, яка планується відкриватися у близькому майбутньому (Максименко, Даниленко, Лінський, Ткач, Литвинчук, 2019). Оскільки всі чудово розуміють, що домінуючими у світі будуть ті нації, які першими освоюють нейротехнології для виявлення геніальності, тобто особливих здібностей людей з подальшим їх розвитком, а також навчатися зберігати психічне здоров'я нації. Рано чи пізно відбудеться зміна керівників в системі освіти, які це збагнуть і будуть максимально сприяти розвитку нейропсихології, а саме відкриттю кафедр, лабораторій та інститутів з нейропсихології.

Прикро констатувати, але нашій країні цього нічого нема. Лише ентузіасти самостійно розвивають нейропсихологію, займаються навчальною діяльністю і просвітництвом.

На початку пандемії вважалося, що перебіг хвороби спричиненої корона вірусом має нагадувати грип, який може викликати ускладнення таке як пневмонію. Натомість з практики ми знаємо, хворі на COVID-19 втрачають запах і смак, у деякого погіршується слух, а у деякого з'являються розлади у афективній сфері. Також було помічено, що коронавірус може викликати проблеми в ротовій порожнині і псувати зуби. Більше того є спостереження, що коронавірус впливає також на репродуктивну систему чоловіків і спричиняє цілий комплекс проблем, що в народі називається імпотенцією. Після цього пішов цілий каскад поодиноких спостережень, що вірус спричиняє ураження нирок, вуха, серця та інших органів.

Як бачимо постає гостро питання про репродуктивне здоров'я населення і віддалені наслідки у наступного покоління.

Зараз є дані, що COVID-19 сприяє розвитку автоімунного захворювання, яке у свою чергу спричиняє ураження різних органів. Тому існує дуже багато суперечливої інформації стосовно типового перебігу захворювання.

Поте нас більше цікавить інформація про ураження ЦНС. Відомо, що ураження мозку має різного ступеня прояви від легкого порушення свідомості до судом та інсультів.

Важливо наголосити, що ці порушення можуть виникати без прямого попадання вірусу ЦНС, що свідчить про вторинний патогенетичний чинник спричинений гіпоксією чи утворення у судинах тромбів.

Тому забезпечення лікарень апаратами штучного дихання і оксигенаторами та спеціально підготовленим персоналом має бути одним з головних напрямків у медичному забезпеченні. Адже стабільне забезпечення пацієнтів киснем попереджає виникненню у подальшому неврологічних та психічних порушень.

Важкими наслідками ураження вірусом ЦНС є власне запалення мозку - енцефаліту. Наслідки є різними від легкої загально мозкової симптоматики до вогнищевих уражень мозку, а ж до станів, які загрожують життю.

Використання тестів для оцінки когнітивних здібностей показав, що у осіб які перехворіли на COVID-19 з ураженням мозку спостерігаються такі результати наче відбулося старіння мозку приблизно на 10 років.

Знижується здатність зосереджуватися та тривало утримувати увагу на одному завданні, не відволікаючись.

Людей, що перехворіли часто турбує головний біль, запаморочення, психічні розлади такі як тривога, депресія, безсоння, розлади мовлення, панічні атаки, дефіцит уваги, психоз, забудькуватість, деменція, астения тощо.

На сьогодні до кінця не зрозуміло, як вірус потрапляє у мозок. Є припущення, що **SARS-CoV-2 може потрапити в мозок через ніс. Найбільш вірогідніше це відбувається через нюховий тракт (перша пара черепних нервів)**. Принаймні це пояснює, чому втрата запаху і смаку є загальним симптомом COVID-19. Не варто забувати, що ще нема вичерпних доказів для цього припущення. Також ще до кінця не зрозуміло як саме вірус впливає на ЦНС.

З іншого боку є дані, що коронавірус не пошкоджує сенсорні нейрони нюхового аналізаторів, а впливає на функцію підтримуючих клітин в тканинах внутрішньої частини носа. На користь цієї думки свідчить те, що втрата нюху має тимчасовий характер і з часом відновиться.

Проте в принципі будь-яка інфекція, будь-яка інтоксикація завжди має вплив на мозок.

Зараз виділяють чотири шляхи патогенетичного впливу на ЦНС:

- Вірус потрапляє безпосередньо в мозок і спричиняє енцефаліт.
- Мозок уражається від автоімунного процесу, який спровокований вірусом.
- Мозок постраждає від низького рівня кисню в крові.
- Мозок ушкоджується внаслідок згортання крові.

Отже тепер зрозумілим стає причина багатьох розладів.

Відомо, що SARS-CoV-2 заражає людину, використовуючи рецептор ангіотензинперетворюючого ферменту 2 (рецептор ACE2), який експресований в численних тканинах: судинах, легенях, серці, нирках, кишківнику, ЦНС тощо.

Позамозковий фактор зумовлений тим, що рецептор ACE2 є у клітинах, що вистилають внутрішню поверхню кровоносних судин. Через цей рецептор вірус проникає в клітини і спричиняє запалення і тромбоз. [Відомо, що багато вірусів](#) серед яких і коронавіруси, можуть мігрувати в центральну нервову систему. Де спричиняють гіперактивацію імунної системи і таким чином запускають [автоімунних захворювань](#) (коли організм мобілізується не проти вірусу, а починає атакувати клітини власного організму). Доказом цього є наявність уражень імунною системою нервових клітин без наявності у них вірусу SARS-CoV-2. Власне м'язова слабкість, параліч є наслідком ураження неронів.

Причиною інсульту є ураження внутрішньої стінки судин вірусом, що спричиняє утворенню тромбів, які блокують кровотік у дрібних судинах у тому числі і в мозку.

Якщо вірус потрапив у мозок то зараження є неминучим, тому що на поверхні мозкових клітин мембранний рецептор ACE2, через який вірус легко проникає всередину і спричиняє запалення. У ЦНС цей рецептор представлений в нейронах та в глії з більшою експресією: у нюховій ділянці, в корі головного мозку, базальних гангліях, гіпокампі, гіпоталамусі, стовбурі головного мозку. Це власне і спричиняє порушення різних мозкових факторів.

Поряд з тим майже половини всіх інфікованих переносять COVID-19 взагалі без симптомів. Дослідження на ідентичних близнюках свідчать на користь спадкового чинника у перебігу хвороби

Нагадаємо ще раз, що дуже часто ті кому була не потрібна госпіталізація і до хвороби COVID-19 відносилися до групи людей з добрим здоров'ям скаржаться на важкість повернення до напруженої (розумової). Люди інтелектуальної праці втрачають свою компетенцію і змушені звільнитися. Ми самі знаємо приклади коли викладачі в університеті після хвороби не могли

читати свої курси і полишали педагогічну діяльність. Таку ситуацію ми зустрічаємо у людей творчих професій коли знижується працездатність та рівень креативності. Особливо небезпечним стає поява забудькуватості у людей після хвороби COVID-19.

Отже окрім моніторингу ситуації з когнітивним здоров'ям необхідна комплексна програма нейропсихологічної корекції порушень внаслідок перенесення COVID-19.

Важко не оминати проблему самолікування. У перший тиждень Інтернет ряснів винаходами, рекомендаціями і «протоколами терапії» від корона вірусної інфекції. Більше того багато людей з авантюристичним ухилом на цьому робили собі славу, впізнаваність і розкручували свої сторінки. Інша частина населення з ослабленою частиною дорсо-латеральної частини префронтальної кори на собі це все втілювало. Багато порад було безглузких і спричиняло погіршення стану здоров'я. Тому є цілі кластеру погіршення здоров'я від наслідків власної дурості і самолікування.

З огляду літератури ми бачимо, що про вірус SARS-CoV-2 і його вплив на ЦНС є дуже мало даних і спрогнозувати розвиток подій у стані психічного здоров'я населення країни є дуже важко.

Нас насторожує інформація, що вірус постійно мутує і з'являються постійно нові штами. Зокрема є повідомлення, що британський штам є значно агресивніший до ЦНС ніж вірус з Уханю.

Наступне питання яке варто вже взяти до уваги це наслідки вакцинації. Те що вакцинація несе ризики для здоров'я і життя це відомо. Ніхто не застрахований від побічних наслідків, каліцтва і смерті. Про ускладнення від вакцинації проти SARS-CoV-2 вже достатньо є підстав, щоб вивчити це питання предметно.

Для більшості людей наслідки вакцинації виглядають як легкий перебіг хвороби: слабкість, запаморочення, асенізація, апатія, депресивні настрої, зниження когнітивних функцій, неухважність, а у когось зникає нюх. Через місяць ці прояви поступово знижуються. Тому важливо поміряти рівень інтелекту загальний та особливо субтести на інтелект, які найкраще відображають професійні навички. Це варто зробити до вакцинації і через певні проміжки після вакцинації. За останніми даними імунітет до вірусу зберігається до 8 місяців. Це дозволить знати про близькі та віддалені наслідки вакцинації не лише про зміни у психічному здоров'ї, а й збереженні професійних навичок. Даний аспект є важливим у вибуванні плану вакцинації чи взагалі її відміни і реабілітації тих кого вже провакцинували.

Цей моніторинг на національному рівні здатний забезпечити Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України.

Як ми бачимо дуже сильно руйнується якість життя пацієнтів після COVID-19 та вакцинації.

Медицина дає загальні рекомендації для реабілітації: здорове харчування, достатня фізична активність, помірні психічні навантаження. Очевидно, що це сприяє підвищенню резистентності організму до стресів. Проте поради психологів для відновлення психічного здоров'я і позбавлення «туману в голові» («brain fog» тривіальний термін для означення загального зниження працездатності, ясності мислення, зниженням пам'яті тощо).

Отже першим етапом є дозоване розумове навантаження і процес його повноцінного відновлення. Здавалося проста порада, але людям складно вловити сигнали мозку про втому і люди продовжують працювати далі, а інколи ще більше навантажують себе. Необхідно навчитися помічати зростання помилок у роботі, зниження уваги і навчитися припиняти роботу навіть, якщо вона правильно розписана цілий день. Не забувайте вислів: «Коні дохнуть від неправильно організованої роботи». Тому необхідно робити перерви, переключатися на іншу діяльність і знизити почуття обов'язку і виконавчості.

Наступна порада це уникнення стресу. Звісно, що стрес це аромат життя, але у ситуації зі зниженими ресурсами і резервами організму це зовсім не доречно. Стрес — це відповідь організму на раптові зміни у довкіллі, коли щось загрожує безпеці чи комфорту організму. Небезпечним є хронічний стрес, який виснажує організм.

Без психолога тут ніяк не обійтися, який або зробить реакцію на стресові подразники більш м'якшою, або навчить ефективних копінг-стратегій. Як правило найбільше стресу дають нам проблеми у міжособистісних стосунках, відчуття безвихідності і бідності.

Якісний та повноцінний сон є невід'ємним чинником відновлення організму, а також міцності нервової, імунної і ендокринної систем. Під час сну з'являються нові нейронні зв'язки та міцніють нейронні мережі. В ідеалі, у дорослої людини сон має тривати 7-9 годин, а починатися і закінчуватися в один і той самий час.

Фізична активність сприяє викиду гормону очікуваного щастя - дофаміну. Саме цей гормон сприяє покращенню не лише самопочуття, а й стану імунної системи. Крім того покращення кровообігу, достатня кількість кисню сприяє нормалізації мисленнєвого процесу, зокрема й запам'ятовування. Більше того коли ми займаємося фізичною активністю у мозку виділяються ендорфіни, що викликають ефект знеболення і відчуття ейфорії.



Новизна є найкращим способом тримання у тонусі правої півкулі і наповнення життя новими враженнями. Це не обов'язково подорож у нові місця кудись і далеко. Можна просто прокласти новий маршрут до дому, нові книги, нова музика, приготування нових страв, зміна власного образу, вивчення іноземних мов.

Повноцінне харчування, чиста вона і чисте повітря. Звучить банально, але це стало розкішшю у нашому житті. Через індустріалізацію, тотальну корупцію нехтуються санітарні вимоги на виробництвах і розташуванні виробничих потужностей у населених пунктах. Бідність не дає можливості вживати корисну їжу. Проте у період карантину можна звернутися до натурального господарства і навчитися самому себе забезпечити харчами, теплом і деякими речами. Для людини із споживацьким світоглядом це важко дається, але ми вже живемо у новій реальності.

На даному етапі дослідження опираючись на власний досвід клініко-психологічних інтервенцій у випадку ПТСР рекомендуємо такі етапи нейропсихокорекційної роботи:

- створити штучно ілюзію впевненості;
- виробити стійкість до невизначеності;
- підсилити слабкі ланки опрацювання негативної інформації;
- підсилити функції префронтальної кори.

Для цього використовуємо три основні форми буддиських медитацій: зосередженості; усвідомленості та співпереживання.

**Медитація «Зосередження»** передбачає якнайдовше зберігати увагу на ритмі власного дихання. Коли у медитувальника вислизає увага, то її необхідно відновити. Вона складається з чотирьох циклів: 1) вислизання уваги; 2) усвідомлення відволікання; 3) переорієнтація уваги; 4) стійка увага.

Коли увага вислизнула в цей момент, активними є задня тім'яна ділянка, передклиння, задня цингулярна кора, медіальна префронтальна кора та латеральна ділянка скроневої кори. У момент усвідомлення відволікання спостерігається підвищена активність передньої частини острівця та передньої цингулярної кори. Це дуже важливий стан у медитативній практиці. За переорієнтації уваги (звільнення уваги від відволікання) активуються дорзолатеральна префронтальна кора та нижня тім'яна частка. Стійка увага медитувальника проявляється високою і тривалою активністю дорзолатеральної префронтальної кори (Davidson et al., 2003; Kellawon, 2014; Apple, Fonseca, & Kokovay, 2016).

**Медитація «Усвідомлення».** Упродовж медитації на медитувальника впливають різні подразники: візуальні, аудіальні, тілесні, емоційні, когнітивні

тощо. Медитувальник намагається максимально сприйняти всі ці подразники. Саме сприйняти, а не аналізувати їх. Наявна активність ділянок, пов'язаних з певними подразнювальними чинниками. Під час практики також відбувається зниження активності острівця та мигдалеподібних тіл, що супроводжується зниженням тривоги.

**Медитація «Співпереживання»** передбачає вироблення почуття доброзичливості щодо інших людей та істот, незважаючи на те, чи вони ставляться до медитувальника вороже чи дружньо. За тривалої практики відбувається посилення активності скронево-тім'яного вузла та вентромедіальної ділянки, а також з'являється легка здатність уявляти себе на місці іншого, емпатія та легке засвоєння досвіду інших.

Медитація має цілющий вплив, який не поступається препаратам для терапії ПТСР (Ткач, 2018).

Отже підсумовуючи можна сказати, що необхідно вже збирати ресурси і засоби для збереження психічного здоров'я населення внаслідок пандемії ковід.

### Список використаних джерел

- Максименко, С. Д., Даниленко, Г. М., Лінський І. В., Ткач, Б.М., Литвинчук, Л.М. (2019). Українське Лонгітюдне Дослідження Ukrainian Longitudinal Study (ULS): Методичні рекомендації. з використання психодіагностичних інструментів першої хвили дослідження. – Київ-Харків, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
- Lytvynchuk, L., Tkach, B., Pomytkina, L., Vicen, V. (2019). *Psychological rehabilitation of youth opioid addicted. European institute of further education: monograph.* Podhajska.
- Lytvynchuk, L., Pomytkina, L. (2020). Psychological characteristics of speech utterances as a problem substing control maladjusted individuals. *European science: scientific journal.* Vol 1. No 4, 2020. - Slovak Republik: European Institute of Further Education, 136-145. URL: <http://www.eidv.eu/subory/publikacie/2019-europska-veda-11.pdf>
- Ткач, Б. М. (2018). Нейропсихологія девіантної поведінки : монографія. Львів: ННБК «АТБ».

# **Узагальнення теоретичних та емпіричних результатів дослідження у формі практичних рекомендацій подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19 в Україні засобами музикотерапії на основі генетичного підходу**

*Литвинчук Л.М.*

Стрес є складовою частиною життя кожної людини, і без нього не можна обійтися так само, як без їжі і пиття. На сьогоднішній день стрес - одне з найпоширеніших явищ. Стрес, на думку Сельє, створює «смак до життя» (Г.Сельє, 2016). Разовий стрес може бути корисним, так як дає людині струс, допомагає йому вийти з застійних процесів, але перебуває в постійному стресі людина не може нормально жити, працювати, любити, стає агресивною, з'являються страхи і фобії, що впливає на організм і психіку людини, руйнуючи її, призводить до серйозних психологічних захворювань, є причиною багатьох негативних вчинків і навіть злочинів. Нестійка психіка осіб, що пережили COVID-19 робить людину дратівливою, чутливою, більш вразливою до негативного впливу навколишнього середовища. Психологічні наслідки тривалого стресу важкі – швидке емоційне «вигорання», психосоматичні захворювання (виразки, інфаркти, астма), депресії, безсоння. Все це накопичуючись призводить до руйнації психіки людини, послаблення її організму.

Центральним у нашому підході є генетичний аспект розвитку і функціонування особистості С.Д. Максименка. За його переконанням, існує сутнісний взаємозв'язок між генезою становлення особистості і практичною реалізацією тих станів, що в них може перебувати особистість.

Відомим українським психологом С.Д. Максименком запропоновано експериментально-генетичний, генетико-моделюючий та генетико-креативний методи дослідження.

Сенс *експериментально-генетичного методу*, запропонованого С.Д.Максименком полягає в тому, що предметність діяльності і відповідна до неї інтерпсихічна форма організується і вибудовується самим експериментатором, з урахуванням відомих механізмів і теоретичних положень. Дослідник не створює стимули і не фіксує реакції – він організовує розвиток певного психічного процесу, він – поруч, а не «супроти», враховуючи те, що підсилено акцентував Л.С.Виготський: не лише об'єкт перед дослідником, але й дослідник – перед об'єктом. Важливо зафіксувати і підкреслити: сама позиція дослідника тут є

унікальною – він не «перед», а «поруч». Із своїми структурно-схематичними показниками ця позиція тяжіє до позиції психотерапевта (особливо в психоаналітичних і гуманістичних напрямках). Але є суттєва відмінність – експериментально-генетичний метод покликаний формувати і вивчати, а не долати проблеми, хоча останнє теж відбувається, але – неконтрольовано, ніби мимовільно. Але даний метод не може охопити особистість як цілісність, що являє собою не суму окремих частин, а їхню особливу організованість і рухливе взаємопроникнення. Цілісність, яка присутня в усій особистості і у кожній окремоті, яка специфікується кожен раз відповідно до конкретної частини, залишаючись при цьому рівною собі самій (Maksimenko, 2015).

Різниця об'єктів вивчення і реальних дослідницьких цілей зумовлює різну логіку розгортання і технологію використання експериментально-генетичного і генетико-моделюючого методів. *Генетико-моделюючий метод*, запропонований С.Д. Максименком має на меті вивчення самої цілісної особистості, що саморозвивається.

У зв'язку з цим виникла необхідність пошуку «одиниць» зовсім іншої природи, і було встановлено, що такою є нужда, як суперечлива вихідна єдність біологічного і соціального, яка зумовлює існування особистості. Технологія методу (принцип єдності генетичної і експериментальної ліній розвитку) передбачає проведення дослідження в максимально «природних» умовах існування особистості і створення актуального простору реалізації самою особистістю численних можливостей моделювання власного розвитку і існування. Важливим принципом генетико-моделюючого методу дослідження є принцип **єдності біологічного і соціального**. (Maksimenko, 2015).

С.Д. Максименко вважає, що складну суперечливу взаємодію біологічного і соціального є сенс розглядати у двох площинах – як фактори, що діють на особистість, і як фактори, що утворюють особистість і забезпечують її існування і розвиток «зсередини». Перша площина аналізу являє собою взаємодію «особистість – навколишній світ». У ній дійсно можна деякою мірою виокремлювати власне біологічні (природні) фактори і соціальні.

Найбільш цікавим у контексті нашого дослідження постає третій метод, С.Д. Максименка – «генетико-креативний». На етапі теоретичної розробки принципово нового методу, який має робочу назву – «генетико-креативний» – розроблені і визначені основні його принципи, а саме: принцип розвитку, принцип переживання, принцип свободи, принцип взаємодії, принцип невизначеності і індетермінізму, принцип терапевтичного ефекту. Важливим фактором особистої самореалізації є внутрішня мотивація, зумовлена особистою

творчістю, прагненнями до саморозвитку, позицією високого статусу в соціальному контакті (Maksimenko, 2015).

Свідомість самомоделюється, привласнюючи здібність, і моделює подальше існування людини. Креативність є глибинною, відпочатковою і абсолютно «природною» ознакою особистості – це є вища форма активності. Активність, яка створює і залишає слід, втілюється. З іншого боку, креативність означає прагнення виразити свій внутрішній світ. Дотриматися принципу креативності в аналізі (і в дослідженні) особистості означає «взяти» її існування в цілому, в її унікальній спрямованій єдності, в котрій вона лише і існує. І це означає реально врахувати багатозначність (Maksimenko, 2015).

Постає актуальне питання розробки психологічних методів роботи, спрямованих на психокорекцію психічного стану, як наслідку переживання особою напруженої стресової ситуації, пов'язаної з пандемією COVID-19. Дане питання є перспективним та актуальним як в теоретичному, так і у практичному аспекті.

Практично кожна ситуація, що переживається людиною, в часи пандемії, яка класифікується як критична, кризова, екзистенційна чи термінальна може стати для людини по-справжньому травматичною (рис.11). Травму може заподіяти вимушена самотність, неприйняття з боку оточення. Дуже небезпечний і тривалий стресовий стан може бути наслідком тяжкої хвороби викликані COVID-19 в Україні. До стресу призводять також крах надій, вимушена необхідність суттєвої корекції життєвих планів. Взагалі кожна ситуація, що несе в собі загрозу життю, здоров'ю чи благополуччю, є потенційно травматичною.



**Рис. 11. Переживання життєвих ситуацій в часи пандемії**

Пандемія коронавірусу може спровокувати кризу психічного здоров'я у світі, заявляє Організація Об'єднаних Націй. «Проблеми психічного здоров'я,

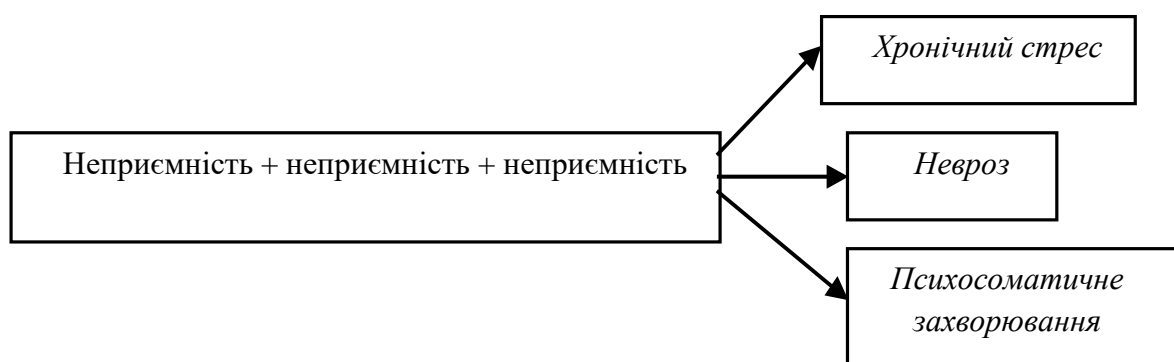
зокрема депресія і тривожність, є однією з найбільших причин нещастя у нашому світі. Після десятиліть занедбаності й недостатнього інвестування в послуги з психічного здоров'я, пандемія COVID-19 зараз вражає сім'ї і громади з додатковим психічним стресом, – заявив генеральний секретар ООН Антоніо Гутерріш, – навіть коли пандемія буде під контролем, горе, тривога і депресія продовжуватимуть впливати на людей і громади», – додав він.

Медичні працівники, які лікують хворих на COVID-19 і стають свідками смерті, вже демонструють пов'язаний із коронавірусом психологічний стрес. У кількох країнах медичні працівники вчинили самогубства.

Жінки також стикаються з підвищеним ризиком домашнього насильства і жорстокого поводження через вимушену самоізоляцію, зазначили в ООН.

Криза позначається і на дітях – соціальна ізоляція, перерва в навчанні, стрес у сім'ї і непевність щодо майбутнього впливають на емоційний розвиток дитини, наголошують експерти в галузі охорони здоров'я. Тривогу і невпевненість у майбутньому спричиняють також дезінформація і чутки про вірус.

Вербальна і невербальна інформація, що призводить до психічної травми, вважається патогенною, тобто загрозливою для психічного, фізичного і душевного здоров'я людини. Вона може уражувати одноразово, діяти як удар і викликати гострий, тяжкий стрес із сильними, але порівняно нетривалими переживаннями, які з часом послаблюються, а може, й безслідно минають. Багато слабких негативних подразників накопичується, підсумовується, стаючи підґрунтям серйозної психічної травми. Так непомітно створюються внутрішні умови для виникнення психосоматичних захворювань, розвитку невротичних станів. (рис. 12).



**Рис. 12. Внутрішні умови для виникнення психосоматичних захворювань та невротичних станів**

*Невроз* – це хвороба, спричинена дією психотравмуючої інформації, засіб вирішення внутрішніх проблем людини.

Невротичні стани, які людина собі “охоче” дозволяє, примушують її все частіше відчувати певні негативні психоемоційні стани, що, у свою чергу, стають стресорами для неї самої та її оточення. За визначенням лікаря-психіатра С.Ф. Аменкіна, невротична людина стає:

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| – <i>сердитою;</i>      | – <i>роздратованою;</i> |
| – <i>невпевненою;</i>   | – <i>напруженою;</i>    |
| – <i>песимістичною;</i> | – <i>пасивною;</i>      |
| – <i>пригніченою;</i>   | – <i>жалюгідною;</i>    |
| – <i>розлюченою;</i>    | – <i>занепокоєною;</i>  |
| – <i>наляканою;</i>     | – <i>настороженою;</i>  |
| – <i>втомленою;</i>     | – <i>розбитою;</i>      |
| – <i>нещасною;</i>      | – <i>наляканою;</i>     |
| – <i>подразливою;</i>   | – <i>спустошеною;</i>   |
| – <i>панікуючою;</i>    | – <i>вимученою;</i>     |
| – <i>сумною;</i>        | – <i>апатичною;</i>     |
| – <i>одинокною;</i>     | – <i>жалісливою.</i>    |

Поряд з пандемією COVID-19 потрібно вказати і про іншу набуту особливість – соціальну ізоляцію. Вважаємо, що цінність музикотерапії полягає і тому, що можна розглядати даний метод як один із засобів її подолання, оскільки музикотерапія надає можливість використовувати і символічні засоби комунікації.

Музика – один із найпоширеніших і популярних способів позбавлення від стресу та тривоги. У наукових дослідженнях йдеться про позитивний вплив різних музичних жанрів на стан головного мозку та настроїв.

Не невідомо, коли людина вигадала першу мелодію, але відомо, що то було дуже давно. Біблія оповідає нам про те, як Давид за допомогою гри на лірі зміг позбавити меланхолії Саула. Музикотерапія (лікування музикою) має тисячолітню історію – ще в 6 ст. до н. е. Піфагор застосовував музику для лікування деяких захворювань, а Авіценна у «Каноні лікарської науки» пропонував людям, які страждають на меланхолію, слухати музику та спів пташок. Жорж Санд вважала, що музика допомагає їй під час меланхолії більше, ніж доктор. Відомо, що в 14-16 століттях психічна епідемія, симптоми якої більш відомі як «танець святого Вітта», як хвиля, накотилася на Голландію, Бельгію та інші країни, її змогли зупинити тільки музиканти, які грали повільну, заспокійливу музику.

У 1954 році французький музикант та інженер-акустик М. Жос почав дослідження, спрямовані на позбавлення стресових і депресивних розладів за допомогою музичних творів. Музика дуже ретельно добиралася відповідно до психотипу людини, її віку й інших параметрів. Результати лікування музикою були більш ніж вдалі, й незабаром у Франції було відкрито дві лікарні музикотерапії, в яких музикою лікували й серйозніші розлади особистості – психози, зокрема шизофренію.

За методикою Жоса, відбувався один-два сеанси музикотерапії на тиждень, які складалися із трьох різних музичних творів.

Перший твір зазвичай співзвучний сумутному настрою людини, інший – навпаки, протилежний за настроєм і ніби нейтралізує його, і нарешті третій, останній твір має найбільшу силу емоційного впливу та дозволяє створити потрібний настрій. Приклад музичної програми для стресових і депресивних станів, яка дає гарні результати для людей віком 20–30 років:

1. Фрагмент концерту №2 С. Рахманінова (1 частина)
2. Арія із сюїти №3 Й. Баха
3. Дуже короткий фрагмент першої частини концерту №1 П. Чайковського.

Ми вважаємо, що символічна комунікація, наприклад така як музика, може бути альтернативною формою спілкування в тих випадках, коли словесна взаємодія є утрудненою або коли пацієнту перешкоджають виражені психологічні бар'єри.

Нове дослідження Центру науки продуктивності при Королівському музичному коледжі показало, що класична музика знижує стрес як для слухачів, так і для музикантів. Результати можуть допомогти в розробці методів лікування розладів настрою або станів, які підсилюють стрес. Дослідники зібрали дані від 15 співаків та 49 глядачів під час виступу. Це були результати ЕКГ, анкети та зразки слини, які перевірили на рівень гормонів стресу: кортизол і кортизон. Спів і спостереження за тим, як співають інші, знижувало стрес. Рівень гормонів стресу серед аудиторії впав після завершення вистави. Люди також відзначали зниження страху, напруги, розгубленості та сумутку, а також збільшення відчуття розслаблення.

На основі аналізу літературних джерел можна зробити висновок, що терапія музикою може бути однією із найбільш ефективних методів профілактики психологічних наслідків пандемії, оскільки забезпечує можливість подолання характерних для осіб в ситуації надмірної напруженості емоційних, когнітивних, поведінкових порушень, таких як самотність, низька самооцінка, нездатність до відкритого та щирого вираження почуттів, їх безконтрольне відреагування.



Відбір музичних творів – найважливіша й обов'язкова умова корисного застосування музики – полягає в тому, щоб музичні твори, які плануються для застосування, подобалися, адже чим більше музика подобається, тим вірогідніша тенденція до її позитивного впливу на психічний стан і функціональну діяльність організму, відповідно, і вище робоча активність.

Це твердження може діяти і навпаки: музика, що не подобається, спричинятиме посилення негативних емоцій, додаткове стомлення, зниження активності.

Мелодія є основним засобом впливу через свою незвичність, своєрідність інтонаційної виразності. Проте одна і та сама мелодія, наприклад в мажорній і мінорній тональності, може викликати різне враження. Так, встановлено, що існує стійкий зв'язок між тональністю виконання музичного твору і темами переживань (Lytvynchuk, Tkach, Pomytkina, Vicen, 2019).

Узагальнення наявного теоретичного та емпіричного матеріалу дозволяє дійти висновку про те, що вивчення психокорекційного впливу музики потребує розгляду механізмів її впливу та особистість. Аналіз досліджень свідчить про зростання наукового інтересу до використання музики у психологічній роботі особами, що перебувають у ситуації надмірної напруженості, такої як пандемія.

*При доборі музичного твору необхідно враховувати низку засобів музичного впливу (рис.13):*

**1. Звуковий елемент.** Мелодія є основним засобом впливу через свою незвичність, своєрідність інтонаційної виразності. Мелодія, як і словесне вираження складу переживань особи, є сприймаючою формою висловлювання. Гармонія – послідовна закономірність побудови акордів, (формула класичної гармонії на мові музикантів така: T-S-D-T), що супроводжують мелодію і допомагають ясно виділити смисл і контекст музичного висловлювання. Одна і та ж мелодія, наприклад, в мажорній і мінорній тональності може викликати різне враження.

**А)** Встановлено, що існує стійкий зв'язок між тональністю виконання музичного твору і темами переживань. Наприклад, D-Dur частіше за все асоціюється з радістю, піднесеними почуттями («Ода к радости» Баха), а Des – Dur – з емоціями закоханості («Утешение» Ліста) (Lytvynchuk, Pomytkina, 2020).

**Б)** Сонорика – психоакустичні властивості тембрів. Так, звучання струнних інструментів стійко асоціюється в особи з «серцевою прив'язаністю» та іншими темами інтимно-особистісного характеру, звучання кларнету – з темами духовної спорідненості, миролюбства, братства.

**В)** Діапазон частот. В нашому кандидатському дослідженні за допомогою психофізіологічного апаратурного комплексу «Хист», спільної розробки

Інституту психології імені Г.С. Костюка, Академії педагогічних наук України, кафедри акустики і акустоелектроніки Національного технічного університету «КПІ» і ДП «Телеком-пневматік» ми довели, що особистісні особливості людини виявляються в швидкості сприймання акустичних сигналів різних частотних діапазонів. Експериментальним шляхом нами підтверджено, що акустичні сигнали з частотою 3-6 кГц справляють стимулюючий вплив на людину.

Г) Сила звуку. Менше 40 дБ.

**2. Динаміка.** В нашому випадку, при здійсненні відбору музичного твору «динаміка» означає не скільки технічні аспекти виконання, такі як, *pianno*, *forte* і т.д., а більш паралельний, що розходиться, бореться і.т.д. рух тем, мотивів, драматургію мелодії.

Якщо відштовхуватися від формули М. Бахтіна, що в музичному творі «людина або більше своєї долі або менше своєї людяності» (Lytvynchuk, Tkach, Romytkina, Vicen, 2019).

Нездійсненне, наприклад, відчуття щастя, звільнення від гніту залежності від чогось, може бути певною особливою і цінною реальністю. Звідси – особистість, що стає більше своєї долі, потенціал її втілюється в музичному переживанні як особливий вид втілення. Психодинаміка музичного переживання – це неприливно суміш реальності з можливостями.

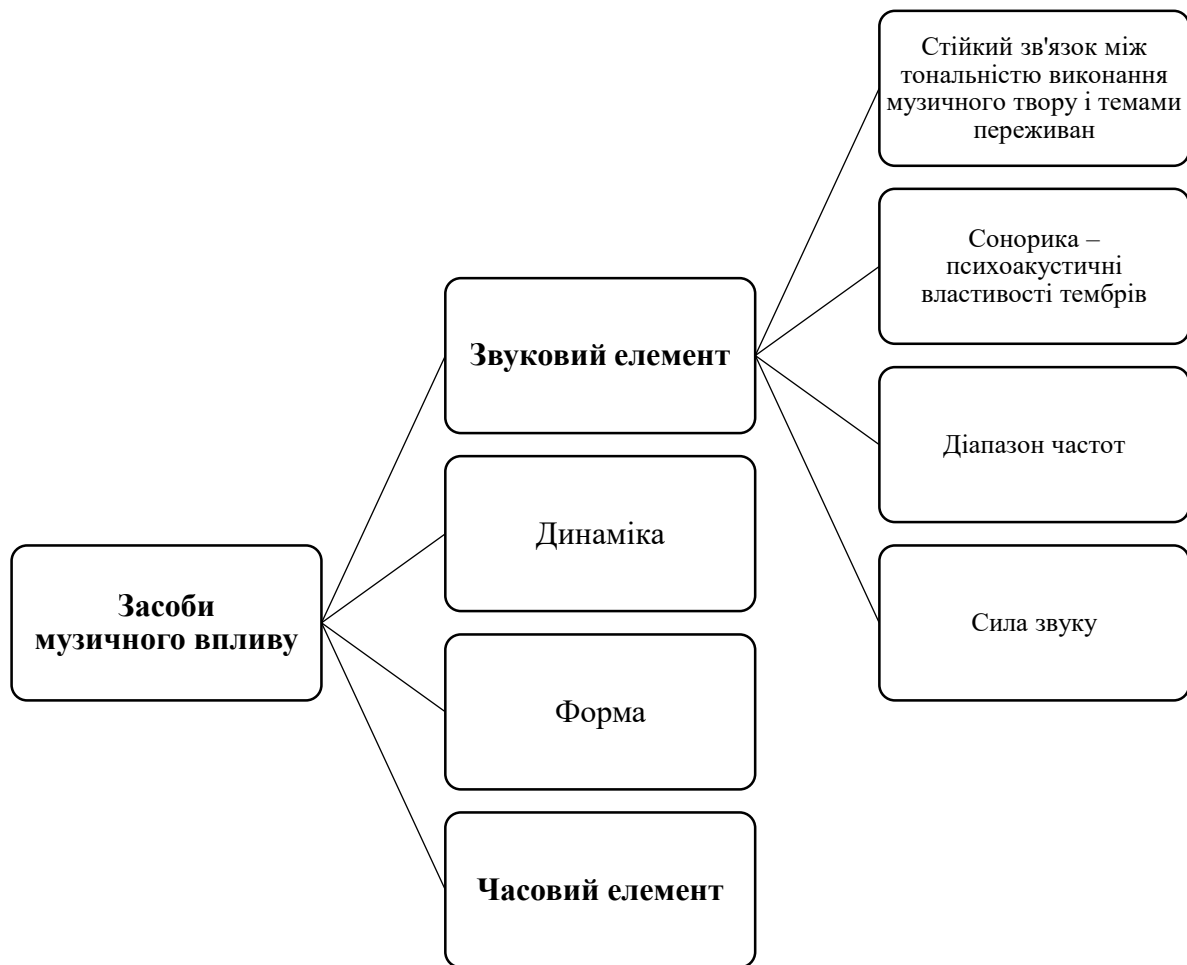
**3. Форма.** Принцип розміщення, всередині якого розвиваються за певними законами ритм, звучання і динаміка музичного твору. В психологічній роботі варто використовувати Остінато – прості мелодії, що повторюються.

**4. Часовий елемент** – ритм і темп, як вираження руху. В нашому випадку, у дослідженні з особами, залежними від опіоїдів цікавими представляються синкопальні ритми, які ще в більшій мірі допомагають звільнитися від стереотипії в мисленні, емоціях, в прийнятті рішення. Використовуватимемо ритм постійний, без різких переходів і без твердого позначення.

З метою здійснення релаксації та розслаблення зажатої м'язової системи необхідно використовувати ритмічні структури, які б відповідали біоритмам конкретної особи. Співвіднесення біоритму мозку з ритмічною пульсацією в музиці дає нам можливість підібрати відповідні музичні зразки відповідно до чотирьох основних біоритмів, які реєструються в корі головного мозку людини (число коливань в секунду).

Ефективність застосування музики багато в чому визначається правильною обраною тактикою психологічного втручання, професіоналізмом терапевта, використанням сучасних засобів об'єктивного контролю, управління музичним процесом та раціональним поєднанням психотерапевтичних і медичних прийомів відновлення.

Враховуючи те, що природа ритму є універсальною, в музичних творах він, як правило, сприймається легше, ніж мелодія і гармонія. Більшість музичних ритмів ґрунтується на природному фундаменті ритмів людського організму. Це, перш за все, ритми дихання, серцевих скорочень, ходьби і бігу. Встановлено, що хвильова активність відповідає різним функціям свідомості людини. Існує зв'язок музичної ритмічної пульсації з біострумами мозку людини.



**Рис. 13. Урахування засобів музичного впливу при доборі музичного твору**

Нашу повсякденну поведінку багато в чому обумовлює те, які ритми функціонують в корі головного мозку. «Існують докази того, - пише Уолтер Г., - що умови виникнення електричної активності альфа-, дельта- або тета- тісно пов'язані зі зрілістю особистості. Доречно припустити, що у випадках порушеної поведінки можна виявити і ознаки незрілості електричних ритмів. Спостерігаючи зникнення і розвиток ритмів мозку у дітей, можна певною мірою простежити процес формування характеру та встановити необхідність і форму

зовнішнього втручання в цей процес» (Lytvynchuk, Tkach, Pomytkina, Vicen, 2019).

За характером хвилі, її частотою, величиною амплітуди психофізіологи можуть встановити певні особливості поведінки людини. Так, індивіди з високою амплітудою альфа-ритму характеризуються як спокійні, врівноважені і впевнені в собі. У людей з низькою амплітудою альфа-ритму психологи знаходять протилежні якості - напруженість, занепокоєння, неадекватність поведінки в складній ситуації. Ми припускаємо, якщо прилад, що подає звукові та світлові пульсації, налаштувати на домінуючу частоту біоритму даного випробуваного, то виникає явище резонансу - домінуючий ритм буде посилюватися завдяки реакції нав'язування ритму. В процесі сприйняття музичного ритму біоритми мозку людини мимовільно налаштовуються на його частоту. При цьому найбільш сильні переживання можуть виникнути в момент резонансу - збігу домінуючого біоритму з частотою музично-ритмічної пульсації.

Реакція нав'язування ритму, за допомогою якої фізіологи досліджують діяльність мозку, має дуже важливу особливість. Вона залежить від властивості нервової системи людини, зокрема, від такого провідного показника, яким є параметр «сила-слабкість» (Lytvynchuk, Tkach, Pomytkina, Vicen, 2019).

Новий потужний імпульс музикотерапія отримала в зв'язку з появою апаратури Біологічного Зворотного Зв'язку (БЗЗ, в англійському варіанті - Biofeedback, Neurofeedback). БЗЗ дає можливість "on-line" об'єктивної реєстрації стану клієнта та її корекції [2].

Сучасні засоби нейрофізіологічного контролю дозволяють визначати рівень свідомого та підсвідомого стану мозку, що генерує ритмічні хвилі, які можуть бути зареєстровані за допомогою енцефалографа. Складний ритмічний візерунок біоелектричної активності головного мозку (електроенцефалограма) являє собою результат взаємодії численних регуляторних систем, що забезпечують вищий рівень інтеграції і управління в організмі.

Апаратура Біологічного Зворотного Зв'язку (БЗЗ) реєструє стан хвильової активності головного мозку, що дозволяє нам перейти від емпіричної суб'єктивної оцінки глибини та спрямованості музично-ритмічного впливу до керованого процесу з чітко визначеними кількісними параметрами стану клієнта. Це дає можливість з високою точністю коригувати і спрямовувати психотерапевтичні установки.

Використовуючи апаратуру БЗЗ, терапевт на екрані комп'ютера може спостерігати відповідну активність підсвідомої і свідомої діяльності головного мозку (альфа-, бета-, тета- і дельта- хвиль). Одна з основних осей, що

відображають особливості ритмічної ЕЕГ-активності в нормі, пов'язана з вектором поведінкової активації. Маючи можливість модифікувати характер ритмічної активності головного мозку шляхом спеціально підібраних музичних зразків, ми тим самим отримуємо доступ до важелів, від яких залежить функціонування регуляторних систем.

У дещо спрощеній формі функціональні особливості основних ритмів ЕЕГ, що реєструвалися нами на базі клініки «АТОС» апаратом «Nexus-10 Mark II» представляються в такий спосіб:

#### Дельта-хвилі.

Частотний діапазон від 0 до 4 циклів в секунду.

Повільні хвилі (дельта-ритм, 0.5 - 4 Гц) пов'язані з відновними процесами, особливо під час сну та низьким рівнем активації. При багатьох неврологічних та інших порушеннях дельта-хвилі помітно посилені. Та навпаки, надлишок посиленних дельта-хвиль в ЕЕГ практично гарантує наявність порушень уваги і інших когнітивних дисфункцій.

#### Тета-хвилі.

Частотний діапазон від 4 до 8 циклів в секунду.

Посилення тета-ритму (4-8 Гц) часто спостерігається при психотичних порушеннях, станах сплутаності свідомості, струсу мозку. У той же час, в нормі тета-хвилі пов'язані зі зміненими станами свідомості, а також емоційним реагуванням. Якщо стани, пов'язані з альфа-ритмом, були релаксуючими та приємними, то тета-стани, для яких характерний посилений тета-ритм в ЕЕГ, оцінювалися насамперед з точки зору підвищення творчих здібностей. Вагомим є соціальна значимість, яку має один з клінічних варіантів альфа / тета-протоколу при терапії алкогольної та наркотичної залежностей.

#### Альфа-хвилі.

Частотний діапазон знаходиться в межах від 8 до 14 циклів в секунду. Вони вважаються проявом підсвідомого стану - під час сну, денних мрій. Медитація теж в основному відноситься до області альфа-хвиль, хоча іноді відбувається поглиблення до рівня тета-хвиль. Переживання страху, гніву, тривоги викликають депресію альфа-ритму.

Вивчення властивостей альфа-ритму ЕЕГ та використання можливостей альфа-станів - це, мабуть, і є відправна точка у розвитку БЗЗ-методології. Крім повторюваних самозвітів про «комфортний», «приємний», «розслаблюючий» і «заспокійливий» характер альфа-станів, було показано достовірне зниження після проходження курсу БЗЗ-альфа-терапії ступеня особистісної тривожності. В даний час альфа-протокол використовується при терапії психосоматичних, невротичних, депресивних та інших порушень, пов'язаних тією чи іншою мірою

із змінами в діяльності активуючих систем мозку і, як наслідок, з підвищеним рівнем активації вегетативної та центральної нервової систем (Lytvynchuk, Tkach, Pomytkina, Vicen, 2019).

#### Бета-хвилі.

Частотний діапазон від 14 до 34 циклів в секунду.

Ці хвилі вважаються проявом неспання і розумової активності. Бета-ритм (14-20 Гц) в нормі пов'язаний з вищими когнітивними процесами і фокусуванням уваги. Прийнято вважати, що нормальний ритм неспання становить близько 20 циклів в секунду. Оперантне посилення бета-діапазону ЕЕГ (16-20 гц) має позитивний терапевтичний ефект при різних неврологічних порушеннях. Так, посилення бета-складової і одночасне ослаблення тета-складової ефективно при різних епілептичних синдромах, при синдромі порушення уваги, гіперактивності, постінсультних порушеннях, посттравматичних синдромах, коматозних станах та ін. Такі властивості, як надійність, нетоксичність в останні роки все більше підвищують затребуваність БЗЗ-технологій. Так, в США на теперішній час БЗЗ-терапія широко практикується більш, ніж в 700 клінічних центрах.

#### Гамма-хвилі.

Частотний діапазон понад 34 циклів з секунду. До рівня 60 циклів в секунду характеризують емоційне збудження або особливо активний творчий підйом; частота понад 60 циклів в секунду свідчить про надлишок неспання, можливо стану осяяння або наближення стану істерики.

Отже, вважаємо, що застосовувати можливості музики доцільно при психологічній корекції станів особистості, що виникають після пандемії ковіду – депресії, панічних і тривожних розладів, емоційній нестійкості тощо.

### **Список використаних джерел**

- Lytvynchuk L., Tkach B., Pomytkina L., Vicen V. (2019). *Psychological rehabilitation of youth opioid addicted. European institute of further education: monograph.* Podhajska.
- Lytvynchuk L., Pomytkina L. (2020). Psychological characteristics of speech utterances as a problem substing control maladjusted individuals. *European science: scientific journal.* Vol 1. No 4, 2020. - Slovak Republik: European Institute of Further Education, 136-145. URL: <http://www.eidv.eu/subory/publikacie/2019-europska-veda-11.pdf>
- Максименко С. Д., Даниленко Г. М., Лінський І. В., Ткач Б.М., Литвинчук Л.М. (2019). Українське Лонгітюдне Дослідження Ukrainian Longitudinal

Study (ULS): Методичні рекомендації з використання психодіагностичних інструментів першої хвили дослідження. – Київ-Харків, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Maksimenko S.D. (2015). *Genesis of Personality existence Monograph*. – Montreal: Accent Graphics Communications.

Ткач, Б. М. (2018). Нейропсихологія девіантної поведінки : монографія. Львів: ННБК «АТБ».

## **Узагальнення теоретичних та емпіричних результатів дослідження у формі засобів подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19 в Україні**

*Мельничук Т.І.*

На сучасному етапі людство опинилося у складній ситуації, коли звичний уклад життя було зненацька порушено всесвітньою пандемією вірусу Covid-19 і, як наслідок, загальним карантинном, що примусив мільйони людей до самоізоляції. Ця подія, пов'язана з порушенням стабільності економічної, соціальної і для багатьох людей стала досить травматичною, тобто підґрунтям до психологічної (особистісної) кризи, стала стресором, що не тільки впливає на психічний стан людини, але і подавляє її волю, індивідуальність. Однак, ця ситуація, дає поштовх до переосмислення та зміни мислення та цінностей життя не тільки для кожної особистості, але і зміни стратегій розвитку визнання нових цінностей та пріоритетів для держави. Стратегії для зміцнення саме людського потенціалу, що полягають у відновленні послуг з охорони здоров'я: створенні освітніх програм; створенні центрів підтримки громад та осіб як для дослідження певних станів так і вироблення та закріплення життєстійкості; створенні/підтримці лікувальних та реабілітаційних центрів; створенні груп самопомоги; проведення відповідних консультацій, вебінарів та тренінгів для підвищення кваліфікації у фахівців: психологів, психотерапевтів, медиків та ін., щодо відповідних методик та технік із використанням засобів при подоланні постковідних станів. Саме на такі методи роботи, та дослідження акцентував дослідник, психолог Максименко С.Д. Він виокремив три методи дослідження різних станів у яких може перебувати особистість, особливо та що знаходиться у стресі чи невизначеності: експериментально-генетичний, генетико-моделюючий та генетико-креативний методи дослідження. (Максименко, 2019). На нашу думку досить актуальними у реаліях сьогодення будуть два методи: генетико-моделюючий та генетико-креативний, хоча і важливість і цінність іншого також не слід відкидати.

Також, С.Д. Максименко відмічав, що методологічною основою в дослідженні проблем психічного здоров'я та психічного розвитку (його рушійних сил, джерел і закономірностей) для вітчизняних учених є теорія відображення і, зокрема, вчення про людську діяльність, про її зв'язок з розвитком людської свідомості. Особливо це важливо у постковідних стан. Якраз вибір системи, в якій розглядається психічний розвиток, має першорядне значення для одержання об'єктивних даних про його рушійні сили і механізми.



В історії психології є чимало прикладів, коли психіка людини як складний механізм розкладалася на більш прості складові. Вивчалися і описувалися якості, способи становлення і видозміни їх, підсумовувались одержані дані і таким чином здобувалися необхідні знання про психіку. Такий підхід був історично зумовлений прискореним розвитком

і успіхами класичної механіки і фізики. Вироблені методи пізнання дозволяли відповісти на багато невирішених питань. До певного моменту принцип механізму (зведення складного до простого, цілого до частини, системи до її елементів, всієї якісної різноманітності руху в природі, суспільстві до механічного руху) вважався найбільш раціональним способом наукового пізнання і психічної реальності також. (Максименко,

Тому, у постковідних стан для особистості, досить важливим є використання таких засобів подолання даного стану, що дозволяли б в буквальному сенсі "прокладання" нових нейронних зв'язків у психіці особи, прокладання певних комунікаційних каналів, через почуття та образи, на більш глибоких рівнях, де несвідоме буде спілкуватись із свідомим, щоб створити можливість обійти цензуру (психологічні захисту) свідомості, а значить, швидше і ефективніше вирішувати запити психіки щодо стабілізації та одужання.

Адже в умовах невизначеності, спричиненої пандемією, ми генеруємо різноманітні пояснення, виправдання і сподівання, починаємо більш сильніше замислюватись, переоцінювати свої вподобання, життєві цінності, та переосмислюємо свої життєві позиції для адаптації до нових умов існування.

Дуже важливо пам'ятати, що адаптація є реалізацією тієї індивідуально-особистісної структури, яку людина має сьогодні і яку може розвивати, реалізуючи власну глибинну сутність. Адаптивний ресурс не залишається незмінним, збільшуючись чи зменшуючись під впливом життєвих обставин. Якщо випробування, що їх пропонує людині життя, під силу їй, адаптивність зростає, якщо ж катаклізми виявляються надто інтенсивними і складними, адаптивність може серйозно погіршуватися, впливаючи на загальний стан здоров'я людини.

У значущих ситуаціях актуалізуються адаптивні механізми психічної саморегуляції, виявляючись у певних поведінкових синдромах. Найбільш загальними стратегіями є такі форми тотального орієнтування людини у світі, як «оптимізм-песимізм», «хочу-не хочу», «можу – не можу», прагнення створювати (ставати життєстійким) чи руйнувати (впадати у депресію чи інше).

Кожен психологічний захист є формою реагування на психічну травму (складну життєву ситуацію), що спричиняє стрес і може бути як нормальним, продуктивним або, у разі надмірної його вираженості, так і патологічним,

дезадаптивним. Захисти також поділяються на примітивні, регресивні, що сформувалися ще в дитинстві, і актуальні, зрілі, які виникають у дорослої людини. І кожна особистість може самовизначитись як діяти у певній ситуації.

Відкриття В. Франклом внутрішньої свободи вибору реакції дозволило сформулювати поняття «проактивності» (Франкл, 1956). Наша поведінка залежить від наших рішень (свідомих чи несвідомих). Позиція доволі яскраво проявляється у переконаннях особистості її проактивності та реактивності (табл. 3).

*Таблиця 3*

### **Змістовність про- та реактивності**

<b>Проактивність</b>	<b>Реактивність</b>
Я відповідальний за своє життя	Інші відповідальні за моє життя
Почуття підкорюються нашим цінностям	Почуття домінують над нашими цінностями
Ми ініціюємо події : мова є продуктом свідомого вибору	Ми реагуємо на ініціативи інших: поведінка є продуктом обставин

Таким чином, згідно з теорією В. Франкла сьогодні я такий, оскільки вчора я зробив такий вибір. Враховуючи зазначене слід відмітити, що від особистості залежить наскільки вона є життєстійкою, яка саморегуляція відбувається у її психіці, але її цьому потрібно навчити. Саме індикатором «проактивності – реактивності» є мова (табл. 4). Якщо досить часто, під час різних надзвичайних станів, в тому числі і пандемії сьогодення, через засоби масової інформації озвучувати події, ситуації мовою проактивності, то свідомість особистості буде реагувати на неї як на тригер до життєстійкості.

*Таблиця 4*

### **Змістовність про- та реактивного мовлення**

<b>Проактивне мовлення</b>	<b>Реактивне мовлення</b>
Я можу обрати різні підходи, заходи...	Я нічого не можемо вдіяти, вірус поширюється, лікування немає....
Я контролюю свої почуття, емоції, дії	Просто я такий, це у мене вроджено: нервовий, збуджений...
Я можу зробити, що від мене залежить	Мені не дозволяють зробити це.... відсутність коштів, знань ...

Проактивні люди фокусують свої зусилля на колі впливу, вони спрямовують свою енергію на те, що вони у змозі змінити. Відтак природа їх енергії позитивна і тим самим розширює коло впливу. Натомість реактивні люди витрачають свої сили в колі турбот. Вони концентрують свою увагу на недоліках інших людей та невідповідним їм обставинам. Плекати та розвивати у собі проактивність потрібно постійно.

Самоізоляція для багатьох людей стала травматичною подією, значним стресом та основою виникнення психологічної (особистісної) кризи. Людям з тривожними розладами або іншими психічними проблемами в ці часи особливо важко. Деяких може поранити будь-яка інформація – офіційна статистика, некоректно подана інформація, навіть якісь корисні поради, чутки або агресивна поведінка інших. Щоб запобігти внутрішнім протиріччям, доцільно проводити профілактичну роботу в суспільстві, передусім, серед осіб схильних до виникнення у них психічних проблем.

Тому, ми вважаємо, одним із важливих засобів подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19 в Україні слід вважати загальнодержавну політику спрямовану на впровадження проактивного мовлення через засоби масової інформації, для проактивності і відповідного запуску процесу життєстійкості, тобто процесу РЕЗИЛІЄНС у населення.

Згідно словника Американської психологічної асоціації APA (© 2018 American Psychological Association Dictionary of Psychology) «резилієнс», або «психологічний резилієнс» це – «процес і наслідок успішної адаптації до важких подій життя чи «викликів», особливо через психічну, емоційну чи поведінкову гнучкість та пристосування до зовнішніх і внутрішніх вимог». Ряд факторів впливає на те як добре людям вдається адаптуватися до несприятливих подій, основні серед яких: а) способи якими людина сприймає і взаємодіє зі світом, в критичних ситуаціях для неї б) доступність та якість соціальних ресурсів, під час надзвичайних ситуацій, в) специфічні копінг-стратегії у подоланні стресових станів. Як вказано в словнику, згідно з дослідженнями, ресурси і навички, що пов'язані з більш позитивною адаптацією (тобто, вищим резилієнсом) можна плекати і тренувати.

Резилієнс можна широко визначити як потенціал чи здатність системи адаптуватись до змін, що загрожують функціонуванню, виживанню, чи подальшому розвитку системи (Masten, A.S. 2011, 2014, 2015, 2018). Це визначення може бути використане щодо різних рівнів систем, наприклад, щодо імунної системи людини, або де резилієнс є властивістю комплексних адаптивних систем – і окремого індивідуума, а також родин, економік, екосистем, спільнот і організацій, громад чи навіть націй. При цьому значення

його буде залишатись майже незмінним і прикладним до будь якої системи, а саме – відновлення її функціонування після негативного впливу.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000) вважають доцільним використовувати термін резилієнс щодо процесу чи феномену компетентності попри труднощі, а термін резильєнтність слід використовувати лише коли описуємо специфічну рису особистості.

В спробах адаптації терміну в Україні використовувались поняття: резильєнтність (в психологічних Ткач Б. (2018) та Олефір В.(2019), соціологічних та технічних науках, Лисенко та ін. (2017)), резилієнс Кучук, Е. А. (2016), «психологічна пружність» Кравчук, С. Л. (2018). Хамініч О.М. (2016), вказує на існуючі протиріччя в семантичному розумінні резильєнтності як властивості особистості і як процесу подолання стресу і пропонує використовувати поняття «резильєнтність» як позначення динамічного процесу в контекстах адаптації та саморегуляції. Також було розмежовано Кравчук С.Л.(2018) поняття резилієнсу і життєстійкості («hardiness»).

В даному дослідженні ми погоджуємось, що в Україні немає спільного бачення адаптації терміну і є потреба в міждисциплінарній дискусії стосовно єдиного підходу та використання термінології. В даній роботі використовуються терміни резилієнс, резильєнтність в інтегрованому підході, виходячи з того, що резилієнс має закладені передумови в індивідуальних особливостях особистості, характеризується певними властивими копінг-стратегіями, що функціонують як механізми резилієнсу, що разом створюють динамічну траєкторію для відновлення після стресу, що був спричинений як самоізоляцією так і перенесенням хвороби Covid - 19.

Що стосується практичного застосування підходу резилієнс, то ми рекомендуємо орієнтуватись та використовувати у практичній діяльності модель резилієнс у КПТ-підході, що детально описали та досліджували Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). У своїх роботах науковці-практики виокремили чотирикрокову модель когнітивно-поведінкової терапії (СВТ) яка розроблена щоб створювати можливості впоратись та адаптуватись перед обличчям труднощів або відновити позитивне функціонування організму та психічної системи, коли стресори стають надмірними. Автори пропонують варіант побудови індивідуальної-резилієнс моделі в КПТ-підході, виходячи з сильних сторін особистості, під час практичної роботи перетворюючи їх в стратегії поведінки, зокрема (Padesky, Mooney, 2012):

- Поглянути на виклики під іншим кутом;
- Зосередитись на тому, що ви можете контролювати, змінити і що саме від вас залежить;

- Спробувати знайти сенс у труднощах;
- Почати з маленьких кроків;
- Розвивати стосунки та шукати підтримки;
- І, звичайно, задіяти усвідомлення того, що зміни є і ними наснажене наше життя.

Дослідниця К. Ріфф, інтегруючи різні теорії, пов'язані із психологічним благополуччям особистості та психічним здоров'ям, розробила та пропонує власну модель життєстійкості особистості, що включає шість складових:

- позитивне ставлення до себе і свого минулого життя;
- наявність цілей і захоплень, що надають життю смисл;
- здатність виконувати вимоги повсякденного життя;
- почуття постійного розвитку і самореалізації;
- взаємини з іншими, пронизані турботою і довірою;
- здатність дотримуватись власних переконань (Ryff, 1998).

Завдяки дослідженням ми знаємо, що деякі люди народжуються із природною системою «навігації» – вони здатні довше зберігати спокій та ясність у міркуванні при зіткненні зі стресом. Проте її також можна розвинути, адже, на думку експертів, люди можуть засвоїти та виробити навички, які допоможуть краще справлятися із труднощами. Оскільки, як ми вже говорили, резилієнс – це процес ефективного подолання негараздів, труднощів, то найцікавіше і найцінніше у ньому те, що він не визначається тільки рисами особистості, а включає нашу увагу, мислення і поведінку, тому бути більш стійким до труднощів може навчитися кожен.

Розглянемо важливі фактори запуску процесу резилієнс:

- ефективне планування часу;
- схильність до оптимізму;
- вміння розслаблятися;
- розуміння своїх емоцій;
- самоконтроль і позитивний настрій;
- свіже повітря, прогулянки, природа.

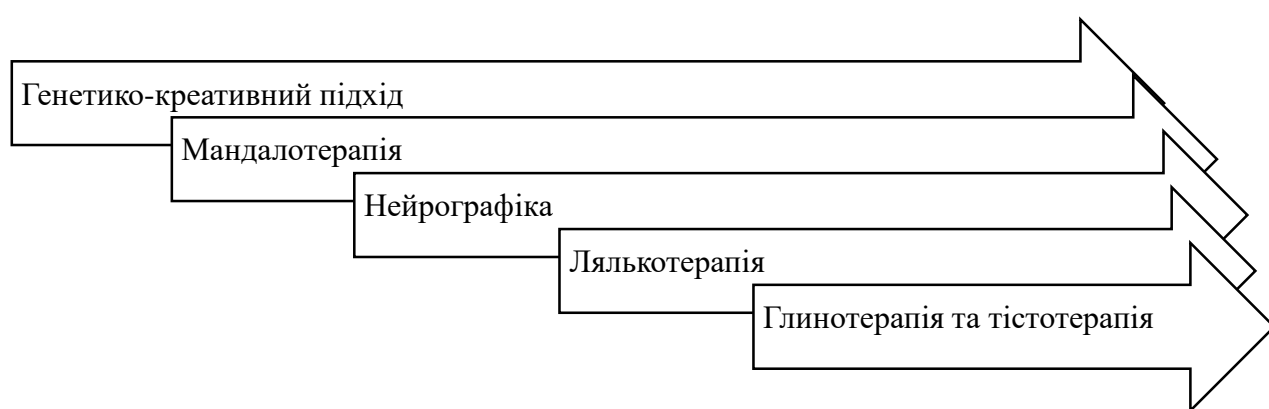
Отже, ми відмітили, що 2 дієвим засобом подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19 в Україні може виступити плекання у собі резилієнс.

Також слід наголосити, що останні дослідження у всьому світі вже остаточно підтвердили вплив Covid – 19 на психічні процеси людини.

Допомогти людині зберегти психічне здоров'я може психолог, який виходить з того, що найкращі помічники імунітету – розумні дії та гармонійний психічний стан, прояв емоцій та їх озвучування, самоаналіз і самоконтроль психоемоційного стану.

Також, замість того, щоби дивитися на негаразди, як на щось потворне і непереборне, варто спробувати пошукати невеличкі способи здорового вирішення ситуації або привнести зміни, які можуть допомогти впоратися чи принаймні підтримати вас у складний момент.

Аналіз медико-психологічних досліджень та власної практики дозволяє засвідчити ефективність використання арт-терапії як методу психологічної інтервенції в проблематиці супроводу постковідних станів (рис. 14).



**Рис.14. Узагальнення функціоналу арт-терапії як методу психологічної інтервенції в проблематиці супроводу постковідних станів**

Досить ефективним засобом може стати **Арт-терапія** – як сучасний пластичний напрямок в психотерапії, психокорекції та реабілітації, заснований на заняттях клієнтів (пацієнтів) різними видами творчості, діяльності, у якій може проявлятися творчість та задіяне образне мислення, це метод самовираження та самопізнання. Сучасна арт-терапія немає проти показів, вона завжди є ресурсною та екологічною у плані її застосування. Методика арт-терапії ґрунтується на переконанні в тому, що внутрішнє «Я» людини трансформується у візуальні матеріалізовані символічні образи. Створення візуальних образів розглядається як важливий засіб міжособистісної комунікації і як форма пізнавальної діяльності клієнта, що дозволяє йому висловити ранні або актуальні «тут-і-тепер» переживання, які йому непросто висловити словами.

Термін арт-терапія ввів у вживання в 1938 р англійський лікар і художник Адріан Хілл і він вперше став використовуватися в англійських країнах приблизно в 40-ті роки ХХ століття.

Але слід відмітити, що арт-терапія має давнє походження. У певному сенсі її прототипом є різні види сакрального мистецтва, нерідко використовується з лікувальною метою і включає в себе суггестивно-магічний, дидактичний, естетичний і інші компоненти терапевтичного впливу. Втративши атрибути сакральності в епоху панування Ньютон-картезіанської наукової парадигми, так звана терапія враженнями або терапія зайнятостю через різні форми творчої активності пацієнтів була досить популярною різновидом гуманної клінічної психотерапії ще до середини минулого століття. Однак в подальшому, в зв'язку з диференціацією психотерапевтичних підходів, вона була відтіснена на задній план.

Завдання арт-терапії мають таку послідовність: діагностика, психокорекція, психопрофілактика, реабілітація, лікування, зцілення, фіксування-укріплення успіхів здоров'я і вектора здоров'я, розвиток, вираження почуттів, розкриття творчого потенціалу, включення в індивідуальну творчу діяльність.

Психоаналіз, з самого початку своєї появи, також став звертатися до арт-терапії - аналізу образотворчого мистецтва. Справа в тому, що спонтанна образотворча діяльність здатна виражати неусвідомлювані змісту психічного життя. Образотворче творчість є приватним виглядом сублімації, що виникає, коли інстинктивний імпульс замінюється художньо-образним поданням.

Згідно Фрейду, образотворче творчість має багато спільного з фантазіями та сновидіннями, так як, подібно до них, виконує що компенсує роль і знімає психічне напруження, що виникає при фрустрації (неможливості здійснення інстинктивних потреб). Воно є компромісною формою їх задоволення, здійснюються не в прямому, а в опосередкованому вигляді. Привабливість методу арт-терапії полягає для сучасної людини в тому, що цей метод в основному використовує невербальні способи самовираження та спілкування. У процесі творчості активно задіюється права півкуля мозку. Сучасна ж цивілізація задіє в основному вербальну систему спілкування і ліве «логічне» півкулю. Нормальне, гармонійний розвиток людини передбачає рівноцінне розвиток обох півкуль і нормальне міжполушарна взаємодія. Більш того, деякі види активності людини вимагають як раз роботи правої півкулі - творчість, інтуїція, культурне освіта, пристрій сім'ї, виховання дітей і, звичайно, романтизм в любовних відносинах. (Фрейд, 1990)

Переживаючи образи, людина знаходить свою цілісність, неповторність та індивідуальність. Можна також застосовувати інші форми мистецтва - тілесні імпровізації, театральні постановки, літературна творчість. Таким чином, досягається мета:

- вираз емоцій і почуттів, пов'язаних з переживаннями своїх проблем, самого себе, сприяє виникненню почуття внутрішнього контролю;
- активний пошук нових форм взаємодії зі світом;
- підтвердження своєї індивідуальності, неповторності і значимості;
- і, як наслідок трьох попередніх, - підвищення адаптивності в постійно мінливому світі (гнучкості).

- перероблення власних думок і почуттів, які здаються непереборними (втрати, смерть, перенесені травми і насильство (самоізоляція як його форма), страхи, внутрішні конфлікти).

Карл Юнг вважав, що уява і творчість є рушійними силами людського існування. Він використав термін "активне уяву" для позначення такого творчого процесу, коли людина просто спостерігає за розвитком своєї фантазії і не намагається впливати на неї (Руткевич, 2018).

В останні два-три десятиліття арт-терапія, синтезувавши в собі досягнення більшості психотерапевтичних підходів, починає оформлятися в самостійний метод з власної методологією і різноманітним, високо диференційованим інструментарієм. Хоча накопичення і узагальнення емпіричних даних, пов'язаних з арт-терапією, дещо випереджає розвиток її теорії, застосування деяких теоретичних уявлень сприяло виходу арт-терапії на рівень самостійного психотерапевтичного методу. Серед цих теоретичних уявлень останнього часу найбільш значущими є, зокрема, такі:

- психологія ігрової діяльності, концепції онтогенетичного розвитку різних видів ігрової активності;

- психологія змінених станів свідомості, що трактує арт-терапевтичну активність в стані творчого натхнення як прогресивний адаптаційний механізм, один з безлічі компонентів цілісної реакції організму, спрямованої на досягнення динамічної рівноваги;

- сучасні уявлення загальної теорії систем, що стосуються психічної діяльності, зокрема, концепція множинності відповідей психіки на стану стресу, хвороби і духовної кризи. Згідно з цими уявленнями, зцілюють сили, характерні для кожного живого організму і психіці, можуть діяти в двох напрямках. Після порушення організм і психіка можуть повернутися до свого попереднього стану внаслідок різних процесів самозбереження. З іншого боку, організм і психіку може охопити процес самотрансформації, що включає стадії кризи і переходу і приводить до зовсім іншого стану рівноваги. Творча активність розглядається при цьому як значимий фактор розвитку адаптивних реакцій даного типу.

Так, у контексті нашого дослідження постає метод, С.Д. Максименка – «генетико-креативний». На етапі теоретичної розробки принципово нового



методу, який має робочу назву – «генетико-креативний» – розроблені і визначені основні його принципи, а саме: принцип розвитку, принцип переживання, принцип свободи, принцип взаємодії, принцип невизначеності і індетермінізму, принцип терапевтичного ефекту. С.Д. Максименко відмічає, що важливим фактором особистої самореалізації є внутрішня мотивація, зумовлена особистою творчістю, прагненнями до саморозвитку, позицією високого статусу в соціальному контакті. Дослідник акцентує увагу, що свідомість самомоделюється, привласнюючи здібність, і моделює подальше існування людини. Креативність є глибинною, відпочатковою і абсолютно «природною» ознакою особистості – це є вища форма активності. Активність, яка створює і залишає слід, втілюється. З іншого боку, креативність означає прагнення виразити свій внутрішній світ. Дотриматися принципу креативності в аналізі (і в дослідженні) особистості означає «взяти» її існування в цілому, в її унікальній спрямованій єдності, в котрій вона лише і існує. І це означає реально врахувати багатозначність (Максименко, 2015).

Отже, третім засобом подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19 в Україні може виступити використання арт-терапії як метод самопізнання та самоаналізу особистості, так і метод, що спрямований на психокорекцію психічного стану особистості.

Дослідниця В. Білоус виділяє та описує такі види арт-терапії, що можна використовувати як у роботі психотерапевта так і самостійно особі, що знаходиться у постковідному стані: (Білоус, 2016).

- Ізотерапія (мандалотерапія, інтуїтивний, спонтанний живопис та графіка, нейрографіка, медитативний живопис)
- Бібліотерапія (в тому числі і казкотерапія)
- Музикотерапія
- Драматерапія
- Лялькотерапія
- Танцювальна терапія
- Пісочна терапія
- Глинотерапія та тістотерапія
- Тілесно-орієнтована терапія: кінезотерапія, solwi-терапія, йога та ін.

Розглянемо більш поширені методи арт-терапії, що можна використовувати самостійно, без участі психолога.

**Мандалотерапія.** Карл Густав Юнг, основоположник аналітичної психології, познайомив сучасну психологію з ідеєю мандали та ідентифікував її як архетипний символ людської досконалості. У своїй автобіографії «Спогади, сни, роздуми» він пише: «Щоранку я накидав в записнику маленький малюнок

кола, мандалу, який відображав мою внутрішню ситуацію в цей момент ... лише поступово я виявив, що мандала насправді це: ... Самість, цілісність особистості, яка виявляється, якщо все відбувається гармонійно ».

Він вперше привніс метод використання мандали в психотерапію. На протязі декількох років сам великий психолог замальовував мандали, які були співзвучні його душі, психологічному стану. Оформлений як Мандала-терапія, метод отримав розповсюдження в клінічній практиці.

Мандали - не просто красиві картинки, схожі на малюнок калейдоскопа. Це своєрідний тренажер для мозку. Споглядання мандал сприяє концентрації і входу в медитативний стан, яке, в свою чергу, дозволяє більшою мірою розвивати свій мозок, ніж стан неспанья. Тільки при систематичному спогляданні мандал можна говорити про зміни. Систематичних - це як мінімум кожен день по 15-20 хвилин 30 днів поспіль. По суті трансформація особистості відбувається при резонансі внутрішнього стану з вібраціями кольору і форми. Мандала використовується як діагностичне, так і терапевтичний засіб і зараз робота з мандалами активно застосовується як засіб досягнення повноти розуміння власного «Я», своїх внутрішніх якостей і потенціалу, а також пошуків виходу зі складних внутрішніх тупиків.

Мандала несе потужний енергетичний заряд, стимулює гармонізацію обох півкуль головного мозку, надає «емоційно гомеопатичне» дію на людину. Активно протистоїть депресивних станів. Крім того потрібно враховувати і естетичний ефект зображень.

У традиційній мандалі 5 елементів: простір, земля, вода, вогонь, небо; 5 кольорів: синій, червоний, жовтий, зелений, білий. В особистих мандалах використовується більша кількість елементів і кольорів, для повного вираження свого «Я».

"Все, що робить Сила світу, вона робить по колу ..." - говорили наші предки. Дійсно, життя людини починається з круглого яйця, укладеного в лоні жінки, яка має сферичну форму. Народжуючись, ми попадаємо на круглу планету, вона обертається по круговій орбіті навколо Сонячного диска. Заглянемо глибше і побачимо, що наше тіло - це мікрокосм зі своїми сферичними світами - клітинами і атомами. Кругообіг речовин у природі, зміна пір року, дня і ночі, Зодіак - все говорить про те, що коло - універсальна фігура світобудови. Тому підсвідомо ми сприймаємо коло як якусь основу, інтуїтивно знаємо про його захисних і гармонізують властивостях. "Намалюй навколо себе коло, і ти будеш захищений" - з таким магічним ритуалом ми знайомі з казок та легенд. На психологічному рівні це означає, що людина центрується: знаходить центр своєї особистості і знаходить там сили, одночасно окреслюючи межі між собою і

світом. У широкому сенсі слова мандала розуміється як малюнок в колі. Мандала точно передає стан людини на даний момент, знімає психічне напруження і навіть лікує. При цьому цілющий ефект виникає незалежно від того, будете ви аналізувати малюнок чи ні.

За великим рахунком будь-яку творчу дію: малювання, ліплення, вишивання - сприяє зняттю напруги, на тому заснована арт-терапія. Але мистецтво, сконцентроване в колі, володіє особливою магією: ми неначе створюємо своє священне місце захисту. Мандалотерапія відкриває пам'ять та повертає у те блаженство, коли ти знаходився в материнській утробі, яка нагадує форму круга. Пошук себе, свого призначення завжди спрямований у центр власної особистості. Його можна називати по-різному: Вищий розум, Божественний джерело, Самість. Саме там, в центрі, закладений потенціал нашої душі.

Отже, мандали можуть бути мальовані, насипні плетені, створені з тканин тощо. Такий метод найкраще використовувати, коли людині потрібно дати ресурс, допомогти йому «зібратися до купи», після кризових станів, при роботі із ускладненим горем та скорботою. Окрім того мандала може створюватися на задану тематику для притягнення певного емоційного стану чи символу в життя особистості. У періоди душевної кризи або коли хворіємо, ми мимоволі шукаємо точку опори всередині себе. Для того щоб зцілитися, потрібно сконцентрувати внутрішні сили. Особі, що перебуває у постковідному стані чи хворіє слід пропонувати використовувати графічні зображення мандали із більш округлими формами.

**Нейрографіка.** Нейрографіка - метод арт-терапії, покликаний поліпшити емоційний стан, зрозуміти причини проблем і усунути їх. Його автор - відомий психолог Павло Пискарев. Цей графічний метод трансформації свідомості, що допоможе сформулювати проблеми і знайти її рішення. Суть методу – в нейрографічній лінії: вона спонтанна і не повторює себе на кожній ділянці свого шляху. При цьому включається дрібна моторика рук, пов'язана з нейронними мережами мозку. Завдяки цьому нейрографічний процес малювання здатний створювати нові нейронні зв'язки в мозку і, отже, змінювати процес мислення.

**Розглянемо методику детальніше.**

**Дія 1. Образ проблеми.**

Візьміть листок паперу і олівець або маркер. Сформулюйте проблему, емоції, що пов'язані з нею, свій стан, коли проблеми не буде і швидко намалюйте все на папері. Можна закрити очі і навіть прокричати щось. В результаті те, що ви намалюєте і буде зображенням вашої проблеми.

## **Дія 2. Згладжування кутів.**

Коли всі проблеми намальовані, ми побачимо безліч гострих кутів, які необхідно скруглити. На малюнку не повинно бути жодного гострого кута, дрібні просто заштриховуємо. При цьому люди заспокоюються, спостерігають за думками, що з'являються в голові. Можна навіть розмовляти з малюнком, рухи повинні бути несвідомі.

## **Дія 3. Взаємодія з зовнішнім світом.**

Представте, що малюнок це ви, а листок це світ, що вас оточує. Ваша задача розповсюдити малюнок на весь папір. Домальовуйте лінії, продовжуючи скругляти кути. Наша задача сховати попередній малюнок в різномаїтті ліній. Ці дії повинні бути також несвідомими. Ми повинні зрозуміти, що поруч є люди і обставини, які допоможуть в вирішенні проблеми.

## **Дія 4. Додаємо фарби і фігури.**

Продовжуємо наповнювати свій малюнок різними фігурами і кольором. Старайтеся відчувати свій настрій, шукайте в малюнку різні геометричні фігури: коло – це символ гармонії, трикутник – рух і динаміка, квадрат – надійність. Знаходьте фігури і об'єднуйте їх лініями.

## **Дія 5. Заключні лінії.**

Закінчіть малюнок лініями поля. Подивіться на нього, уявіть щось велике і закінчене і обведіть це контурною лінією. Вона може йти через весь листок і символізує єдність зі всесвітом і силами в ньому. Наостанок придивіться до малюнка і додайте ще щось так, щоб він вам подобався.

**Узагальнення.** Придивіться до свого творіння. Повірте, що це ви зробили самі. Якщо ви так і не знайшли рішення вашої проблеми, спробуйте ще раз. Можливо ви були недостатньо розслабленими, або проблема не стояла дуже гостро. Можливо і вас ще немає достатнього досвіду і треба більше практики подібних методик. Але впевнено можна сказати, що до гармонії в собі ви зробили правильний крок.

**Лялькотерапія** - це розділ арттерапії, що використовує в якості основного прийому психокорекційного впливу ляльки як проміжного об'єкта взаємодії дорослого і дитини, налагодження взаєморозуміння. Ідентифікуючи себе певним чином із об'єктом-лялькою, дитина в умовній ситуації проектує свій внутрішній світ і відчуває реальні почуття, моделює власні емоції, переживання, чим показує дорослому свої проблеми. Метою лялькотерапії є допомога у ліквідації хворобливих переживань, зміцнення психічного здоров'я, поліпшення соціальної адаптації, розвиток самосвідомості, вирішення конфліктів в умовах колективної творчої діяльності, нормалізація батьківських установок, уявлень,

сенситивності по відношенню до дитини, гармонізації сімейних стосунків та проведення корекційної роботи з родиною (Федій, 2007).

**Глиноterapia та тістотерапія** сприяє відновленню легких когнітивних порушень, що були спричинені панікою та стресом, а саме на відновлення уваги та позитивного мислення, підняття стресостійкості та усвідомленості можливостей свого організму і психіки, відповідний релакс. За допомогою м'яких рухів руками і відповідно легкого погойдування і вібрації тіла створюються хвилі, що проходять по всьому організму для активізації діяльності гормональної, лімфатичної системи кровообігу, відповідно відновлюються психосоматичні та емоційні розлади, відходять прояви депресії, безсоння та стреси.

Слід зауважити, що різні методи арт-терапії є досить важливими і для саморегуляції, і для управління своїм психоемоційним станом під час хвороби.

Разом із здійсненням арт-терапевтичних практик слід використовувати і різновиди дихальних вправ, в тому числі і із слова-навіювання («все добре», «я зможу» тощо), різних видів медитацій із візуалізація процесів: зцілення організму, пошуку безпечного місця, розмови із Ангелом охоронцем тощо.

Отже, аналіз різних підходів дає змогу виокремити деякі загальні компоненти психічного здоров'я: стан душевного комфорту; адекватна соціальна поведінка; вміння розуміти себе та інших; більш повна реалізація потенціалу розвитку в різних видах діяльності; вміння робити вибір і нести за нього відповідальність; позитивне ставлення до себе та інших людей; прагнення до саморозвитку; турбота про своє здоров'я та про здоров'я близьких людей; позитивне мислення в тому числі і проактивне, вміння використовувати та запускати механізми саморегуляції та ін.

Характерною ознакою психічного здорової людини є позитивний настрій, здорове почуття гумору, оптимістичний погляд на життя, активна життєва позиція.

Враховуючи зазначене слід виокремити основні засобів подолання медико-психологічних наслідків пандемії COVID-19 в Україні:

- формування загальнодержавної політики спрямованої на впровадження проактивного мовлення через засоби масової інформації, для відповідного запуску процесу життестійкості, тобто процесу резилієнс у населення;
- розвиток і плекання в особистості процесу резилієнс (життестійкості) шляхом переформатуванням мислення та способу життя.
- використання арт-терапії як методу самопізнання та самоаналізу особистості, так і методу, що можна плідно використовувати у психотерапії для діагностики, психокорекції, психопрофілактики,

реабілітації, лікування, зміцнення, фіксування-укріплення успіхів здоров'я і вектору здоров'я, розвиток, вираження почуттів, розкриття творчого потенціалу, включення в індивідуальну творчу діяльність, тощо.

### Список використаних джерел

- Maksymenko, S.D. (2016). The concept of personality's self-development. Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostiuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine, 33, 7–23.
- Padesky, P., Mooney, Kathleen A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: a four-step model to build resilience. Clin. Psychol. Psychother. 19, 283–290 PMID: 22653834 DOI: [10.1002/cpp.1795](https://doi.org/10.1002/cpp.1795)
- Ryff, C. D. The contours of positive human health / C. D. Ryff & B. Singer // Psychological Inquiry. –1998. –Vol. 9. – P. 719-727.
- Lytvynchuk, L., Tkach, B., Pomytkina, L., Vicen, V. (2019). *Psychological rehabilitation of youth opioid addicted. European institute of further education: monograph*. Podhajska.
- Білоус, В.Г. (2016). Використання психотерапевтичних методик у роботі шкільного психолога з учнями. Таврійський вісник освіти, 1, 250-258.
- Максименко, С., Максименко, К. (2019). Генетико-моделюючий метод: його евристичний і розвиваючий потенціал. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", (22).
- Максименко, С. Д., Даниленко, Г. М., Лінський, І. В., Ткач, Б.М., Литвинчук, Л.М. (2019). Українське Лонгітюдне Дослідження Ukrainian Longitudinal Study (ULS): Методичні рекомендації. з використання психодіагностичних інструментів першої хвили дослідження. – Київ-Харків, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
- Федій, О.А. (2007). Естетотерапія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури.
- Фрейд, З. (1990). Остроумие и его отношение к бессознательному. Избранное / Сост., общ. ред. и пред. А. И. Белкина. – М.: Внешторгиздат, 243–369. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2013-22.%p>
- Чабан, О. С., Газолішин, В. А. (2006). Простір і час в позасвідомому або деякі фізичні константи в психотерапії. Тернопіль.
- Юнг, К.Г. (2018). Архетип и символ / Сост. и вступ. ст.А.М. Руткевич. – М.: «Канон+», РООИ «Реабилитация», 15-16.

# Психодіагностичний інструментарій з виявлення взаємозв'язків та закономірностей психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку наслідків пандемії COVID-19

Луньов В.Є.

Виявлення взаємозв'язків та закономірностей психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку наслідків пандемії COVID-19 в Україні представляє складну науково-практичну проблему для клінічної психодіагностики.

В наших попередніх дослідженнях (Луньов В.Є., Аймедов К.В., Корошніченко Д.М., 2015) зазначається, що серед багатьох сучасних психодіагностичних систем, які пропонують різноманітні діагностичні процедури та способи вимірювання, інтерпретації та вибору методів подальшого психологічного впливу, доцільно практикувати саме ті, що засновані на мультимодальних засадах.

Під *мультимодальною діагностикою* С.О.Кулаков (2003) пропонує розуміти вміння психолога-діагноста інтегрувати інформацію, отриману різними методами, при цьому діагност має в розпорядженні певні фундаментальні знання в діагностиці, різнобічні методи і вміє інтегрувати дані діагностики і використовувати їх для терапії.

На думку автора наступні площини служать для аналізу інформації, отриманої у пацієнта:

- біологічна / соматична площина: вона часто підрозділяється на біохімічну, нейрофізіологічну, психофізіологічну сфери;
- психічна / психологічна площина: акцент ставиться на індивідуальному переживанні й поведінці (включаючи діяльність);
- соціальна площина: в центрі уваги перебувають міжособистісні системи (соціальні умови, сімейна ситуація);
- екологічна площина: в цьому ракурсі розглядаються умови проживання, матеріальні умови, якість життя.

Саме на мультимодальному підході започаткована клінічна багатоосьова діагностика, котра була прийнята лікарями Американської психіатричної асоціації.

Д.О.Клевцовим та К.Л.Писаревським видано довідникове керівництво «Стратегическая психотерапия основанная на многоосевой диагностике» (2010), в якому вдало висвітлено основні питання багато осьової діагностики. Автори

визначають, що багатоосьова діагностика являє собою перелік кроків фахівця-практика на етапі психологічного інтерв'ювання клієнта і збору інформації про нього.

Дана процедура діагностики представлена у вигляді системи координат, в якій напрямки збору інформації організовані за п'ятьма "осьми". Переслідуючи лише навчальні цілі та поважаючи авторські права, дозволимо достатньо змістовно зупинитися на описанні змісту та алгоритму *багатоосьової психологічної діагностики* (рис. 15).



**Рис. 15. Модель багатоосьової психологічної діагностики**

*Перша вісь діагностики - симптоматична.* Тут проглядається аналіз скарг клієнта, дослідження його об'єктивного статусу і формування уявлень фахівця про симптоми і синдромах психічного розладу клієнта.

*Друга вісь – структурно-особистісна.* На цьому етапі фахівець аналізує особистісні особливості клієнта на основі когнітивних профілів А. Бека і робить припущення про можливі патології особистості клієнта.

*Третя вісь - медична.* Метою дослідження тут є збір інформації про наявність захворювань (нозологій) клієнта і лікуванні за допомогою медикаментозних засобів.

*Четверта вісь - соціальна.* На даному етапі збирається інформація про сімейний і професійний статус клієнта; виявляються проблемні зони.



**П'ята вісь - інтегративна.** Спеціаліст узагальнює отримані від клієнта відомості, робить прогноз терапії і визначає подальшу тактику роботи з даним клієнтом.

Цей метод діагностики представляється дуже зручним для освоєння і практичного застосування як лікарями, так і клінічними психологами.

Також діагностику взаємозв'язків та закономірностей психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку наслідків пандемії COVID-19 доречно здійснювати на моделі персоніфікації досвіду (В.Є. Луньов), яка з огляду на дослідження автора розглядається на рівні моделі функціонального органу, та передбачає передбачає:

- ресурсний рівень,
- функціональний рівень Я (конструктивний, деструктивний, дефіцитарний),
- трансперсонально-екзистенційний рівень
- симптоматичний рівень – утворення симптому як механізм контейнування досвіду (проекція, інфляція, інтродекція, заперечення);
- дефіцитарно-амбівалентний рівень;
- рівень експірієнтальний / вибору.

Зазначені положення знайшли емпіричну верифікацію в дисертаційному дослідженні Г.С. Бєпеки (2021) та складають основні методологічні засади дослідження постковідних синдромів.

Відповідно до зазначених засад доречною може стати наступна програма практичної діяльності психологів за умови використання наступних діагностичних методик та врахування принципів функціонування діагностико-прогностичної компетентності медичного психолога (Білявська, 2021).

### **Адаптована версія опитувальника «Тест життєстійкості» (S. Maddi «Hardiness Survey») (Г.С.Бєпека, В.Є.Луньов)**

1. Я часто не впевнений у своїх рішеннях
2. Іноді мені здається, що нікому немає до мене діла
3. Часто, навіть добре виспавшись, я насилу змушую себе встати з ліжка
4. Я постійно зайнятий, і мені це подобається
5. Часто я віддаю перевагу «плисти за течією»
6. Я міняю свої плани в залежності від обставин
7. Мене дратують події, через які я змушений змінювати свій розпорядок

дня

8. Непередбачені труднощі часом сильно стомлюють мене
9. Я завжди контролюю ситуацію настільки, наскільки це необхідно
10. Часом я так втомлююся, що вже ніщо не може зацікавити мене
11. Часом все, що я роблю, здається мені непотрібним
12. Я намагаюся бути в курсі всього, що відбувається навколо мене
13. Краще синиця в руках, ніж журавель у небі
14. Увечері я часто відчуваю себе абсолютно розбитим/ою
15. Я віддаю перевагу ставити перед собою важкодоступні цілі і досягати

їх

16. Іноді мене лякають думки про майбутнє
17. Я завжди впевнений, що зможу втілити в життя те, що задумав
18. Мені здається, що я не живу повним життям, а тільки граю роль
19. Мені здається, якби в минулому у мене було менше розчарувань і негараздів, мені було б зараз легше жити на світі
20. Проблеми, що виникають часто здаються мені нерозв'язними
21. Зазнавши поразки, я буду намагатися взяти реванш
22. Я люблю знайомитися з новими людьми
23. Коли хто-небудь скаржиться, що життя нудне, це означає, що він просто не вміє бачити цікаве
24. Мені завжди є чим зайнятися
25. Я завжди можу вплинути на результат того, що відбувається навколо
26. Я часто шкодую про те, що вже зроблено
27. Якщо проблема вимагає великих зусиль, я вважаю за краще відкласти

її до кращих часів

28. Мені важко зближуватися з іншими людьми
29. Як правило, оточуючі слухають мене уважно
30. Якби я міг, я багато чого змінив би в минулому
31. Я досить часто відкладаю на завтра те, що важко здійснити, або те, в чому я не впевнений
32. Мені здається, життя проходить повз мене
33. Мої мрії зрідка збуваються
34. Несподіванки дарують мені інтерес до життя
35. Часом мені здається, що всі мої зусилля марні
36. Часом я мрію про спокійне розмірене життя
37. Мені не вистачає завзятості закінчити розпочате
38. Буває, життя здається мені нудним і безбарвним
39. У мене немає можливості впливати на несподівані проблеми
40. Навколишні мене недооцінюють

41. Як правило, я працюю із задоволенням
42. Іноді я відчуваю себе зайвим навіть в колі друзів
43. Буває, на мене навалюється стільки проблем, що просто руки опускаються
44. Друзі поважають мене за завзятість і непохитність
45. Я охоче беруся втілювати нові ідеї

- Леонтьев, Д.А., Рассказова, Е.И. (2006). Тест жизнестойкости. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения. Предназначается для профессиональных психологов-исследователей и практиков. Москва: Смысл.
- Осин, Е.Н., Рассказова, Е.И. (2013). Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте. Вестник Московского университета, 14. Психология, 2, 147-165
- Осин, Е.Н. (2013). Факторная структура краткой версии Теста жизнестойкости. Организационная психология, 3 (3), 42–60
- Алфимова, М. В., Голимбет, В. Е. (2012). Русскоязычная версия краткой шкалы жизнестойкости. Социальная и клиническая психиатрия 2012, 22 (4), 10-15.

**Адаптована версія опитувальника Р. Лазаруса і С. Фолкмана «Способи оволодіння поведінкою» (Г.С.Беспека, В.Є.Луньов)**

Опинившись у складній ситуації, Я ...

1. ... зосереджувався на тому, що мені потрібно було робити далі - на наступному кроці
2. ... починав щось робити, знаючи, що це все одно не буде працювати, головне - робити хоч що-небудь
3. ... намагався схилити осіб, хто є більше авторитетними та значущими до того, щоб вони змінили свою думку
4. ... говорив з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію
5. ... критикував і картав себе
6. ... намагався не спалювати за собою мости, залишаючи все, як воно є
7. ... сподівався на диво
8. ... миритися з долею: буває, що мені не щастить
9. ... вів себе, як ніби нічого не сталося
10. ... намагався не показувати своїх почуттів
11. ... намагався побачити в ситуації щось позитивне

12. ... спав більше звичайного
13. ... зривав свою невдоволеність на тих, хто накликав на мене проблеми
14. ... шукав співчуття і розуміння у кого-небудь
15. ... в мені виникла потреба виразити себе творчо
16. ... намагався забути все це
17. ... звертався за допомогою до фахівців
18. ... змінювався або ріс як особистість в позитивну сторону
19. ... вибачався або намагався все загладити
20. ... робив план дії
21. ... намагався дати якийсь вихід своїм почуттям
22. ... розумів, що сам викликав цю проблему
23. ... набирався досвіду в цій ситуації
24. ... говорив з ким-небудь, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації
25. ... намагався поліпшити своє самопочуття їжею, випивкою, палінням

або ліками

26. ... ризикував відчайдушно
27. ... намагався діяти не надто поспішно, довіряючи першому пориву
28. ... знаходив нову віру в щось
29. ... знову відкривав для себе щось важливе
30. ... щось міняв так, що все залагоджує
31. ... загалом уникав спілкування з людьми
32. ... не допускав це до себе, намагаючись про це особливо не

замислюватися

33. ... питав поради у родича чи друга, яких поважав
34. ... намагався, щоб інші не дізналися, як погано йдуть справи
35. ... відмовлявся сприймати це занадто серйозно
36. ... говорив про те, що я відчуваю
37. ... стояв на своєму і боровся за те, чого хотів
38. ... зганяв це на інших людях
39. ... користувався минулим досвідом - мені доводилося вже потрапляти

в такі ситуації

40. ... знав, що треба робити і подвоював свої зусилля, щоб все

налагодити

41. ... відмовлявся вірити, що це дійсно відбулося
42. ... я давав обіцянку, що в наступний раз все буде по-іншому
43. ... знаходив пару інших способів вирішення проблеми
44. ... намагався, що мої емоції не надто заважали мені в інших справах
45. ... щось міняв в собі

46. ... хотів, щоб все це швидше якось утворилося або скінчилося
47. ... уявляв собі, фантазував, як все це могло б обернутися
48. ... молився
49. ... прокручував в голові, що мені сказати або зробити
50. ... думав про те, як би в даній ситуації діяла людина, яким я захоплююся і намагався наслідувати його

Крюкова, Т.Л., Куфтяк, Е.В. (2007). Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ). Журнал практического психолога, 3, 93-112.

Методики психологической диагностики больных с эндогенными расстройствами. Усовершенствованная медицинская технология. (2007). СПб НИПНИ им. Бехтерева, Санкт-Петербург.

Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и медицинских психологов. (2009). НИПНИ им. Бехтерева, Санкт-Петербург.

### **Адаптована версія опитувальника А. Ленгле «Шкала екзистенції» (Г.С.Беспека, В.Є.Луньов)**

- 1) Я часто кидаю навіть важливу діяльність, якщо потрібно прикладати великі зусилля.
- 2) Я відчуваю, що ті завдання, які стоять переді мною є для мене цінними.
- 3) Для мене щось має значення лише тоді, коли це відповідає моєму бажанню.
- 4) У моєму житті немає нічого цінного.
- 5) Найбільше мені подобається займатися самим собою - моїми турботами, бажаннями, мріями, страхами.
- 6) Зазвичай я буваю неуважним.
- 7) Навіть якщо я доклав зусиль, я не задоволений, тому що відчуваю, що не зробив того, що було важливим.
- 8) Я завжди орієнтуюся на очікування інших і чиню відповідно до цього.
- 9) Мені властиво відкладати неприємні рішення на потім.
- 10) Мене легко відволікти, навіть якщо я зайнятий тим, що мені подобається.
- 11) У моєму житті немає нічого такого, чого б я хотів собі присвятити.
- 12) Я часто не розумію, чому саме я повинен це робити.
- 13) Я думаю, що те життя, яке я веду, ні на що не годиться.

- 14) Мені важко розуміти сенс речей.
- 15) Я можу обходитися з самим собою як з хорошим другом.
- 16) Я дуже мало часу приділяю тому, що є по-справжньому важливим.
- 17) У мене ніколи відразу не буває ясності з приводу того, що я можу зробити в будь-якої ситуації.
- 18) Я багато роблю тільки тому, що я повинен це робити, а не тому, що я хочу це зробити.
- 19) Якщо виникають проблеми, я легко втрачаю голову.
- 20) Я часто роблю те, що можна з таким же успіхом зробити і пізніше.
- 21) Мені кожен раз цікаво, що принесе новий день.
- 22) У більшості випадків, тільки почавши діяти, я розумію, які наслідки має прийняте рішення.
- 23) Якщо я повинен прийняти рішення, я не можу покласти на свої почуття.
- 24) Невпевненість в результаті справи утримує мене від його виконання, навіть якщо я щиро вболіваю за нього.
- 25) Я ніколи точно не знаю, за що я відповідаю.
- 26) Я відчуваю себе внутрішньо вільним.
- 27) Через те, що життя не дало здійснитися моїм бажанням, я відчуваю себе обділеним.
- 28) Коли я бачу, що у мене немає вибору, я відчуваю полегшення.
- 29) Є ситуації, в яких я себе відчуваю зовсім безпомічним.
- 30) Я роблю багато такого, у чому я по-справжньому не розбираюся.
- 31) Зазвичай я не знаю, що в ситуації є важливим.
- 32) Виконання власних бажань варто для мене є на першому місці.
- 33) Мені важко перейнятися почуттями інших.
- 34) Було б краще, якби мене не було.
- 35) Багато чого з того, з чим я пов'язаний, чуже мені.
- 36) Мені подобається формувати власну думку.
- 37) Я відчуваю, що розривався, тому що одночасно роблю так багато речей.
- 38) Мені не вистачає сил, щоб довести до кінця навіть найважливіші речі.
- 39) Я багато роблю просто так, особливо не замислюючись.
- 40) Ситуація для мене представляє інтерес лише тоді, коли вона відповідає моїм бажанням.
- 41) Коли я хворію, то не знаю, що робити з цим часом.
- 42) Я рідко бачу, що у мене є різні можливості для дії в ситуації.
- 43) Я знаходжу навколишній світ одноманітним.

44) Питання, чи хочу я щось зробити, рідко встає переді мною, тому що найчастіше є те, що я повинен робити.

45) У моєму житті немає нічого справді хорошого, тому що все має свої за і проти.

46) Моя внутрішня несвобода і залежність завдають мені багато клопоту.

Майнина, И.Н. (2007). Адаптация Шкалы экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер к русскоязычной выборке: дипломная работа. Москва: МГУ.

Кривцова, С.В., Лэнгле, А., Орглер, К. (2009). Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер.

### **Адаптована версія опитувальника G.Ammon «Я-структурний тест Аммона» (Г.С.Беспека, В.Є.Луньов)**

1. Якщо я почав (а) якусь справу, я закінчую її, незалежно від того, чи є якість перешкоди на шляху чи ні

2. Якщо мене образили, то я намагаюся помститися

3. Найчастіше я відчуваю себе самотнім (самотньою), навіть серед інших людей

4. Коли я розсерджений (а), я зриваю свій гнів на інших

5. У мене добре відчуття часу

6. Як правило я працюю з великою напругою

7. Якщо хто-небудь змушує мене чекати, я не можу думати ні про що інше

8. Я легко сходжуся з людьми

9. Те, що я дійсно відчуваю і думаю, по суті, нікого не цікавить

10. Мене часто дорікають в тому, що я нечутлива людина

11. Мені приємно, коли інші люди на мене дивляться

12. Часто я ловлю себе на тому, що я думками десь в іншому місці

13. Як правило, вранці я прокидаюся бадьорим (бадьорою)

14. Я хочу тільки одного, щоб інші залишили мене у спокої

15. Секс створює мені щасливий настрій на весь день

16. Я майже зовсім не бачу сновидінь

17. Я не можу перервати нудну для мене розмову

18. Я із задоволенням до себе додому запрошуюю гостей

19. Тим, про що я думаю насправді, я не можу поділитися з іншими

20. До мене часто пристають із сексуальними пропозиціями

21. Я частіше радію, ніж серджуся

22. Що стосується сексуальності, то я маю свої власні фантазії

23. Я охоче допомагаю іншим, але не дозволяю себе використовувати
24. Те, що я роблю, часто не має ніякого визнання
25. Коли я відчуваю злість, це викликає у мене почуття провини
26. Мене приваблюють нові завдання
27. Коли я їду на кілька днів, це навряд чи кого-небудь цікавить
28. Труднощі відразу вибивають мене з колії
29. Я надаю великого значення тому, щоб все мало свій порядок
30. Навіть кілька хвилин сну, можуть здати мені відчуття відпочинку
31. Я можу показувати іншим тільки закінчену роботу
32. Мені неприємно залишатися з ким-небудь наодинці
33. Я охоче придумую собі еротичні ситуації, які хотів (ла) би пережити зі своєю (своїм) партнеркою (партнером)
34. Я багато чекаю від життя
35. Найчастіше мій інтерес пересилює страх
36. У будь-якій компанії я залишаюся самим (сама) собою
37. Мої проблеми і турботи - це тільки мої турботи
38. Найпрекрасніше в житті - це сон
39. Життя - це суцільне страждання
40. Я з задоволенням проводжу зі своєю (своїм) сексуальною (сексуальним) партнеркою (партнером) всю ніч
41. Часто я відчуваю себе недостатньо включеним (включену) до того, що відбувається
42. У своєму повсякденному житті я частіше відчуваю радість, а не прикрощі
43. У еротичному настрої мені не потрібно вигадувати теми для розмови з партнеркою (партнером)
44. Я охоче розповідаю іншим про свою роботу
45. Часто у мене бувають дні, коли я годинами зайнятий (а) своїми думками
46. Я зрідка знаходжу кого-небудь сексуально привабливою (привабливим)
47. Я відчуваю, що моя тривожність дуже обмежує мене у житті
48. Мені подобається знаходити те, що дає сексуальне задоволення моєї (моєму) партнерці (партнеру)
49. Я постійно щось забуваю
50. Мій страх допомагає мені відчути, що я хочу і чого я не хочу
51. У мене багато енергії
52. Мені часто сниться, що на мене нападають
53. Найчастіше мене недооцінюють в моїх здібностях



54. Часто я не наважуюся вийти один (одна) на вулицю
55. Під час роботи немає місця почуттям
56. Я вдячний (вдячна) кожного разу, коли мені точно кажуть, що я повинен (повинна) зробити
57. Я часто керуюся думкою інших людей
58. Гарний настрій заражає мене позитивом
59. Часто страх «паралізує» мене
60. Коли моїй (моєму) партнерці (партнеру) хочеться спати зі мною, я відчуваю себе обмеженим (обмеженої)
61. У більшості випадків я відкладаю прийняття рішень «на потім»
62. Мої сексуальні фантазії майже завжди крутяться навколо того, наскільки добре до мене ставиться партнерка (партнер)
63. Я боюся, що я міг (могла) б заподіяти кому-небудь шкоду
64. Ніхто не помічає - є я чи ні
65. Я відчуваю внутрішній дискомфорт, якщо у мене тривалий час немає сексуальних стосунків
66. По суті, моє життя - суцільне очікування
67. Часто зі мною трапляється так, що я закохуюся в кого-небудь, хто вже має партнерку (партнера)
68. Відповідальність, яку я несу, інші часто не помічають
69. У більшості загрозливих ситуаціях, які були у моєму житті, я був (а) втягнутий (а) поза свою волю
70. Іноді мені хочеться грубого сексу
71. Часто я відчуваю свою незахищеність перед життям
72. Якщо на мене «нападають», я «проковтую» свій гнів
73. Завдяки своїм здібностям, я завжди легко встановлюю контакти
74. Я радію кожному новому знайомству
75. Надзвичайно збудливим вважаю секс з незнайомим (ою) партнером (кою)
76. Іноді у мене виникають думки про самогубство
77. Часто мої думки витають у хмарах
78. Я можу повністю сексуально віддаватися
79. Про мене часто забувають
80. Я не люблю ігор
81. У моїх відносинах з партнеркою (партнером) сексуальність не відіграє великої ролі
82. У групі я гублюся

83. Я не соромлюся показувати сексуальне бажання своєї (своєму) партнерці (партнеру)
84. Я постійно дозволяю все звалювати на себе
85. Я із задоволенням вибираю подарунки для своїх друзів
86. На мене легко можна справити враження
87. Я помічаю, що найчастіше розповідаю про погане, а про хороше забуваю
88. Мені неприємно, коли хтось говорить про свої почуття
89. Я добре розподіляю свій час
90. Я сплю необхідний для мене час
91. Якщо мені необхідно виступати публічно, я часто втрачаю голос
92. Я із задоволенням жартую над іншими
93. Мені подобається провокувати сексуальний інтерес до себе у жінок (чоловіків), навіть якщо я від них по суті нічого не хочу
94. Я вже пережив (а) багато криз, які спонукали мене до подальшого розвитку
95. У більшості ситуацій я можу залишатися самим (сама) собою
96. Я багато сміюся
97. Коли я злий, мені потрібно великі зусилля, щоб тримати себе в руках
98. У мене багате чуттєве життя
99. Я можу повністю довіритися дружній прихильності інших
100. У мене часто буває почуття непричетності
101. Те, що я роблю, не так вже й важливо
102. Відчуття прикrostі і роздратування я можу не показувати іншим
103. Коли я говорю, мене часто перебивають
104. Часто я малюю собі, як повинні були б бути погані справи у тих, хто був несправедливий до мене
105. Мені подобається багато жартувати і сміятися з моєю(моїм) партнеркою (партнером) під час сексу
106. Я отримую задоволення, вибираючи вранці одяг на день
107. Я завжди можу знайти час для важливих справ
108. Часто трапляється так, що я забуваю про щось важливе
109. Коли мій начальник мене критикує, я починаю пiтнiти
110. Коли мені нудно, я шукаю сексуальних пригод
111. Моя повсякденне життя не має ні підйомів, ні спадів
112. Труднощі підстобують (активізують) мене
113. Більшість людей не мають жодного уявлення про те, наскільки важливі для мене речі, якими я цікавлюся

114. По суті, секс для мене не особливо цікавий
115. Я із задоволенням знайомлю своїх нових колег з моєю роботою
116. Часто я налаштовую інших проти себе
117. Навіть від незначної критики я втрачаю впевненість
118. Іноді мене мучать думки заподіяти тілесну біль людям, які мене страшно дратують
119. Часто мої фантазії переслідують мене
120. Мені необхідно знову і знову обмірковувати рішення, тому що мене не полишає сумнів
121. До теперішнього часу я ніколи не відчував (а) повного задоволення від сексуальних відносин
122. Я набагато більш чутливий (чутлива) до болю, ніж інші
123. Я часто відчуваю себе дуже відкритим (відкритої)
124. Те, що я роблю, міг би робити майже кожен
125. Почуття, пережиті в дитинстві переслідують мене до сих пір
126. Невідоме вабить мене
127. Навіть коли мною володіє страх, я повністю можу віддавати собі звіт в тому, що відбувається
128. Часто я впадаю в таку паніку, що не можу займатися навіть важливими справами
129. Часто мені хочеться мати іншу (іншого) партнерку (партнера) для того, щоб подолати свою сексуальну скутість
130. Я можу по-справжньому захопитися справою
131. Я відкладаю все на потім
132. Я можу страшно хвилюватися через дрібниці
133. У своїх сексуальних відносинах я відчував (а), що з часом вони стають кращими і інтенсивнішими
134. Я часто відчуваю себе зайвим (зайвою)
135. Не слід мати сексуальних відносин занадто часто
136. Коли у мене труднощі, я швидко знаходжу людей, які мені допомагають
137. Я не дозволяю іншим людям легко вносити сум'яття у моє життя
138. Я можу добре зосередитися
139. Я охоче спокушаю мою (мого) партнерку (партнера)
140. Якщо я допустив (ла) помилку, я легко можу забути про неї
141. Я радію, коли до мене несподівано приходять гості
142. Майже всі жінки (чоловіки) хочуть тільки одного
143. Навіть у стані страху я можу ясно мислити

144. Я давно не мав (а) сексуальних відносин і не відчував (а) в них потреби
145. Якщо мене хтось ображає, то я плачу йому тим же
146. Якщо хтось намагається змагатися зі мною, то я швидко здаюся
147. Я можу добре сам (а) себе зайняти
148. Щоб уникнути непотрібних хвилювань, я ухиляюся від суперечок
149. Коли я перебуваю в стані люті, я легко можу поранити себе або зі мною може статися нещасний випадок
150. Часто я не можу зважитися що-небудь зробити
151. Після сексуального контакту я цілий день особливо працездатний (на)
152. В більшості випадків мене задовольняє еротика, секс для мене не так вже й важливий
153. У вихідні дні я відчуваю себе особливо погано
154. Я не хочу показувати іншим свої почуття
155. Люди часто чіпляються до мене, хоча я не роблю їм нічого поганого
156. З людьми мені важко вступити у розмову або знайти потрібні слова
157. Якщо мені подобатися хтось, я заговорюю з нею (ним), щоб ближче познайомитися
158. Я вважаю, що завжди тримати під контролем свої почуття - це мета, гідна того, щоб до неї прагнути
159. Під час відпустки і в свята я часто маю сексуальні пригоди
160. Я наважуюся висловити свою думку перед групою
161. Найчастіше я не виявляю свій генів
162. Ніхто не знає, як часто мене ображають
163. Коли на мене хтось «косо дивиться», я відразу починаю відчувати занепокоєння
164. Коли хто-небудь сумує, мені теж дуже скоро стає сумно
165. У моїх фантазіях секс красивіший, ніж у дійсності
166. Мені важко зважитися на що-небудь, тому що я боюся, що інші можуть критикувати мене за це рішення
167. Мене тішать мої фантазії
168. Я не знаю чому, але іноді мені хотілося б розбити всі вщент
169. При сексуальних відносинах я часто подумки десь далеко
170. Мені часто траплялося бувати у ризикованих ситуаціях
171. Якщо мене щось тривожить, я ділюся цим з іншими
172. Я часто думаю про минуле
173. Я зберігав (ла) дружні відносини навіть в період криз
174. Мені нудно майже на всіх святах і вечірках

175. Коли я серджуся, я легко втрачаю контроль над собою і кричу на свою (свого) партнерку (партнера)
176. Я не дозволяю легко збити себе з пантелику
177. Іноді я заглушую свій страх алкоголем або таблетками
178. Я боязка людина
179. Я дуже боюся свого майбутнього
180. Найбільше мене збуджує, коли моя (мій) партнерка (партнер) не хоче вступати зі мною в сексуальні відносини
181. Бувають дні, коли я постійно щось розбиваю або травмуюся
182. У мене рідко виникають сексуальні фантазії
183. У мене багато бажань і я докладую багато зусиль для того, щоб вони здійснилися
184. Я завжди радію, коли можу познайомитися з новою людиною
185. Особисто мені казки ні про що важливе не говорять
186. Найчастіше я маю сексуальних партнерів (партнерок), у яких я не єдина (єдиний)
187. Якщо хтось розлучився зі мною, я прагну до того, щоб мені про неї (нього) ніщо не нагадувало
188. у спілкуванні з людьми я часто буваю розгубленим
189. Я охоче розповідаю про себе і свої переживання
190. Я часто віддаюся роздумам
191. До виконання важких завдань я готуюся ґрунтовно і своєчасно
192. Зазвичай я знаю причини свого поганого самопочуття
193. Якщо я намічаю що-небудь хороше для себе особисто, я часто це не реалізую
194. Безпосередній секс для мене важливіше, ніж просто спілкування з партнеркою (партнером)
195. Часто в групі я беру на себе ініціативу
196. Найбільш привабливими для мене є люди, які завжди залишаються незворушними і поводяться впевнено
197. Часто мої фантазії крутяться навколо таких сексуальних дій, про які не прийнято говорити
198. Я радію всьому тому, що вмію
199. Коли інші несподівано застають мене за яким-небудь заняттям, я легко лякаюся
200. Розумом досягають більшого, ніж почуттями
201. Якщо мене щось цікавить, мені вже ніщо не може відволікти увагу
202. Я рідко буваю повністю задоволений (задоволена) абсолютно всім

203. Трапляється, що я по-справжньому когось «дістаю»
204. Якщо люди, які важливі для мене, довго розмовляють з іншими, я, в повному розумінні слова, стаю сказаним
205. По суті, секс викликає у мене огиду
206. Коли інші сміються, я часто не можу сміятися разом з ними
207. Мене цікавлять перш за все ті види спорту, які пов'язані з ризиком
208. Я невисокої думки про психологію
209. Я часто не розумію, що відбувається
210. Я дуже цікавий (цікава)
211. Фантазування відволікає мене від роботи
212. Сексуальні стосунки я переживаю, як болісний обов'язок
213. Я добровільно беруся за виконання навіть таких важливих завдань, які викликають у мене страх
214. Ймовірно, я ніколи не знайду підходящу (відповідного) партнерку (партнера)
215. Я часто сумую
216. Існую я чи ні, це не так вже й важливо
217. Давати відповіді на питання, пов'язані з сексуальними стосунками, приносить мені задоволення
218. Часто я відчуваю себе розчавленим (роздавленою) вимогами
219. Часто мені вдається мимоволі спонукати інших брати на себе ті завдання, які мені неприємні
220. «Передстартове» хвилювання здатне мене окрилити

Кабанов, М.М., Незнанов, Н.Г. (2003). Очерки динамической психиатрии. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева.

**Адаптована версія «Симптоматичний опитувальник» SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) (Г.С.Беспека, В.Є.Луцьков)**

1. Головний біль
2. Нервозність або внутрішнє тремтіння
3. Повторювані неприємні нав'язливі думки
4. Слабкість або запаморочення
5. Втрата сексуального потягу або задоволення
6. Почуття невдоволення іншими

7. Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками
8. Відчуття, що майже у всіх Ваших неприємності винні інші
9. Проблеми з пам'яттю
10. Ваша недбалість або неохайність
11. Легко виникає відчуття прикрасі чи роздратування
12. Болі в серці або в грудній клітці
13. Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці
14. Занепад сил або загальмованість
15. Думки про те, щоб накласти на себе руки
16. Те, що Ви чуєте голоси, яких не чують інші
17. Тремтіння
18. Почуття, що більшості людям можна довіряти
19. Поганий апетит
20. Сльозливість
21. Сором'язливість або скутість у спілкуванні з особами протилежної статі
22. Відчуття, що Ви в пастці або спіймані
23. Несподіваний і безпричинний страх
24. Спалахи гніву, які Ви не могли стримати
25. Боязнь вийти з дому одному
26. Почуття, що Ви самі багато в чому винні
27. Болі в попереку
28. Відчуття, що щось Вам заважає зробити що-небудь
29. Почуття самотності
30. Пригнічений настрій, "хандра"
31. Надмірне занепокоєння з різних причин
32. Відсутність інтересу до будь-чого
33. Почуття страху
34. Те, що Ваші почуття легко зачепити
35. Відчуття, що інші проникають в Ваші думки
36. Відчуття, що інші не розуміють Вас або співчують Вам
37. Відчуття, що люди недружелюбні або Ви їм не подобаєтеся
38. Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки
39. Сильне або прискорене серцебиття
40. Нудота або розлад шлунку
41. Відчуття, що Ви гірше інших
42. Болі в м'язах
43. Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про Вас
44. Те, що Вам важко заснути

45. Потреба перевіряти і перевіряти ще раз те, що ви робите
46. Труднощі в ухваленні рішення
47. Боязнь їзди у автобусах, метро або поїздах
48. Утруднене дихання
49. Напади гарячки або ознобу
50. Необхідність уникати деяких місць або дій, тому що вони Вас лякають
51. Те, що Ви легко втрачаєте думку
52. Оніміння або поколювання в різних частинах тіла
53. Ком в горлі
54. Відчуття, що майбутнє безнадійне
55. Те, що Вам важко зосередиться
56. Відчуття слабкості в різних частинах тіла
57. Відчуття напруженості
58. Важкість у кінцівках
59. Думки про смерть
60. Переїдання
61. Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас
62. Те, що у Вас в голові чужі думки
63. Імпульси заподіяти тілесні ушкодження або шкоди будь-кому
64. Безсоння вранці
65. Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перечитувати тощо
66. Неспокійний і тривожний сон
67. Імпульси ламати або трощити що-небудь
68. Наявність у вас ідей або вірувань, які не поділяють інші
69. Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими
70. Почуття ніяковіння у людних місцях (магазинах, кінотеатрах)
71. Почуття, що все, що б ви не робили, вимагає великих зусиль
72. Напади страху або паніки
73. Почуття ніяковіння, коли вживаєте їжу, або п'єте на людях
74. Те, що Ви часто вступаєте у суперечку
75. Нервозність, коли Ви залишилися одні
76. Те, що інші недооцінюють Ваші досягнення
77. Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми
78. Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці
79. Відчуття власної нікчемності
80. Відчуття, що з Вами станеться щось погане
81. Те, що Ви кричите або жбурляти речами



82. Побоювання, що Ви втратите свідомість на людях
83. Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою, якщо Ви їм дозволите
84. Нервували через сексуальні думки
85. Думки, що Ви повинні бути покарані за ваші гріхи
86. Жахливі думки або видіння
87. Думки про те, що з вашим тілом щось не в порядку
88. Те, що Ви не відчуваєте близькості ні до кого
89. Почуття провини
90. Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре

Тарабрина, Н.В. (2001). Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер.

Белова, А.Н. (2002). Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Москва.

### Список використаних джерел

- Беспєка, Г.С. (2021). Клініко-психологічні особливості персоніфікації досвіду як ресурсу подолання негативних переживань особистості. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. –Харків.
- Білявська, О.Д. (2021). Психологічні особливості становлення професійної діагностико-прогностичної компетентності медичного психолога. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. –Харків.
- Кулаков, С. А. (2003). Основы психосоматики. СПб.: Речь.
- Лунев, В. (2020). О толпе, разогнанной по домам, о толпе, которой не разрешают распастся! PALE 2020 CONFERENCE. <https://pale2020.euasu.org/ph-d-vitalij-lunev-o-tolpe-razognannoj-po-domam-o-tolpe-kotoroj-ne-razreshayut-raspastsya/>
- Луньов, В.Є., Аймедов, К.В., Корошніченко, Д.М. (2015). Психодіагностичні моделі в практиці клінічного психолога: Навчальний посібник (частина перша). Одеса: ОНМедУ.
- Zhyhaylo, N., Bozhenko, N., Kokhan, M., Bozhenko, M., Bianco, O., Lunov, V. (2020). New challenges during the pandemic: psychological understanding. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. Volume 24 - Issue 6. <https://www.psychosocial.com/article/PR261279/30313/>

**Виробничо-практичне видання**

*Максименко Сергій Дмитрович*

*Литвинчук Леся Михайлівна*

*Луньов Віталій Євгенійович*

*Мельничук Тетяна Іванівна*

*Мойзріст Олена Михайлівна*

*Терещенко Людмила Анатоліївна*

*Ткач Богдан Миколайович*

**ПОДОЛАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ  
НАСЛІДКІВ ПАНДЕМІЇ COVID-19:  
ГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД**

*Практичний посібник*

*За науковою редакцією*

*Максименка Сергія Дмитровича*

*Редагування – Луньов В.Є.*

Ум. друк. арк. 4,0

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України  
01033, м. Київ, вул Паньківська 2;  
тел./факс: (044) 288-33-20

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів  
і розповсюджувачів видавничої продукції  
№ 6418 від 03.10.2018 р.