

Предко В. В.*доктор філософії в галузі психології,
старший науковий співробітник
Українського науково-методичного центру
практичної психології і соціальної роботи*

ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ У ПОСТКОВІДНИЙ ПЕРІОД: ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ ВІДЧУТТЯ ВТРАТИ

HARDINESS IN THE POST-COVID PERIOD: OVERCOMING THE CONSEQUENCES OF EXPERIENCING A SENSE OF LOSS

*Виживає не найсильніший, а найчутливіший до змін.***Чарльз Дарвін**

Стаття розкриває психологічні особливості постковідного періоду, який супроводжується втратою, тривогою та невпевненістю у майбутньому, що значною мірою впливає на фізичний, емоційний та психологічний стан кожної особистості. Зазначено, що пандемія викликала патологічне горе та психологічний дискомфорт, які можуть супроводжувати людей ще протягом багатьох років. Основними аспектами постковідного періоду є втрата відчуття стабільності, відсутність мотивації, нейропсихологічні порушення та різноманітні психічні розлади, такі як посттравматичний розлад, депресія, тривожність, а також збільшення випадків зловживання психоактивними речовинами, порушення соціальної взаємодії й зниження загальної якості життя. Крім того, у статті зацентровано на необхідності підтримки ментального здоров'я населення в постковідний період задля адаптації їх до нових умов життя. Розкрито основні причини виникнення постковідного синдрому, описані наслідки соціальної ізоляції, а також представлено основні психологічні механізми постковідної реабілітації задля подолання відчуття втрати, зміцнення життєстійкості особистості та відновлення її нормальної життєдіяльності.

Зазначені основні психологічні закономірності когнітивної терапії ПТСР спрямовані на переосмисленні й зміні ставлення особистості до втрати. Основною метою цієї терапії є формування нового сприйняття втрати, через усвідомлення того сенсу, який був втрачений, і відновлення цього сенсу у житті, підкреслення його значення в життєдіяльності людини. Такий підхід сприяє перерозподілу уваги, ефективному подоланні негативних емоцій та переформулюванню образів пам'яті, яка сприяла посттравматичному стресовому розладу. Основною її метою є допомога особистості рухатися вперед із втратою, замість того, щоб залишатися в неї застряглою. Рухатись вперед означає створити новий життєвий контекст, який дозволить їй відчути себе інтегрованою у власну життєдіяльність, а не бути у просторі, який обмежений лише травмою втрати. Рух вперед також характеризується здатністю знаходити нові радості у спілкуванні з іншими людьми, а також можливість переосмислити взаємини з померлою особою, усвідомити її вплив на власне життя, а головне знайти способи вшанувати її пам'ять. Такий підхід допомагає визволити людину від страху та відчаю, пов'язаних із втратою, він створює відчуття комфорту, оскільки не вимагає від особистості забути про померлу людину, а, навпаки, надає можливість переосмислити її втрату у більш конструктивний спосіб.

Ключові слова: постковідний період, постковідний синдром, постковідна реабілітація, життєстійкість, втрата, особистість, ментальне здоров'я.

The article reveals the psychological characteristics of the post-COVID period, which is accompanied by loss, anxiety and uncertainty about the future, which significantly affects the physical, emotional and psychological state of each individual. It is noted that the pandemic has caused pathological grief and psychological discomfort that may accompany people for many years to come. The main aspects of the post-COVID period are the loss of a sense of stability, lack of motivation, neuropsychological disorders, various mental disorders such as post-traumatic stress disorder, depression, anxiety, as well as an increase in cases of substance abuse, disruption of social interaction, and a decrease in the overall quality of life.

The article emphasizes the need to support the mental health of the population during this period and its adaptation to new living conditions. The main causes of post-COVID syndrome are revealed, the consequences of social isolation are described, and the main psychological mechanisms of post-COVID rehabilitation are presented to strengthen the resilience of the individual and restore his or her normal life.

These basic psychological patterns of cognitive therapy for PTSD are aimed at rethinking and changing the individual's attitude to loss. The main goal of this therapy is to form a new perception of loss through the realization of the meaning that was lost and the restoration of this meaning in life, emphasizing its importance in human life. This approach helps to redistribute attention, effectively overcome negative emotions, and reformulate memory images that contributed to post-traumatic stress disorder. Its main goal is to help the individual move forward with the loss instead of remaining stuck in it. Moving forward means creating a new life context that allows the person to feel integrated into their own life, rather than being in a space that is limited only by the trauma of loss. Moving forward is also characterized by the ability to find new joys in communicating with other people, as well as the ability to rethink the relationship with the deceased person, realize their impact on one's own life, and most importantly, find ways to honor their memory. This approach helps to free a person from the fear and despair associated with loss, and it creates a sense of comfort because it does not require the person to forget about the deceased person, but rather provides an opportunity to rethink their loss in a more constructive way.

Key words: post-COVID period, post-COVID syndrome, post-COVID rehabilitation, hardiness, loss, personality, mental health.

Вступ. Глобальна пандемія коронавірусу створила нову реальність, позначену горем і втратою, тривогою та невизначеністю, страхом та непередбачуваністю й водночас – прагненням до трансцендентності, пошуком нового сенсу, необхідністю адаптуватися до нової реальності. Абсолютно кожна сучасна особистість втратила той світ, який знала напередодні, зазнала незворотніх змін, які змушують зробити вибір: повністю поринути у страх та тривогу або переструктурувати власне бачення дійсності – обрати новий життєвий шлях, навчитись жити в цьому світі, довіритись й прийняти власний досвід.

Постковідний період, що настає після завершення активної фази вірусної пандемії COVID-19, створює нові психологічні виклики та вимагає адаптації до змін в різних сферах життя. Цей період може бути супроводжений втратою, нестабільністю та непевностями, які впливають на фізичний, емоційний та психологічний стан індивіда. Однією з найбільш відчутних втрат є втрата звичної рутини та життєвої стабільності. Багато людей під час пандемії змушені були змінити свою звичну діяльність, роботу, стосунки, а також загальний спосіб життя. Під час постковідного періоду, коли обмеження починають послаблюватися, кожен індивід стикається з новою проблемою – неможливістю жити тим життям, яким вони жили до цього, усвідомленням тих змін, які вони зазнали, конфліктом між тим як було, є наразі і тим, як може бути, а головне: необхідністю зробити вибір адаптуватись до нової реальності, подолавши труднощі чи жити псевдореальними еталонами повсякденної стабільності, пожинаючи несприятливі наслідки посттравматичних реакцій. Саме тому, наразі критично важливим аспектом системи охорони здоров'я постає психологічна постковідна реабілітація. Більш того, вчені неодноразово зазначають на необхідності підготувати нові спеціалізовані втручання, які дозволять індивіду максимально ефективно реагувати на майбутні реабілітаційні виклики [19]. Дослідження здійснюється за грантової підтримки Національного фонду досліджень України в рамках проекту «Постковідна соціально-психологічна реабілітація учасників освітнього процесу в діяльності працівників психологічної служби», реєстраційний номер 2021.01/0198.

Виклад основного матеріалу. Термін «довготривалий/пост-COVID-синдром» характеризується появою в населення певних нейропсихологічних розладів, які виникають внаслідок пережитої хвороби або ж після отриманого негативного досвіду, зокрема хвороби близької людини, відчуття втрати, а також тих змін, з якими вони зіткнулися. Він має високорівневу конструкцію, яка містить фізичні та психологічні симптоми й триває досить значний проміжок часу [1]. Варто зазначити, що постковідний період призвів до серйозних проблем із ментальним здоров'ям, зокрема більшість людей проявляли симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [19]. Серед найбільш поширених симптомів є втома, випадіння волосся, проблеми з диханням, тривога, стрес, депресія, порушення сну [6].

Більш того, тривала ізоляція та самотність є провідними каталізаторами появи психічних розладів [20]. Дослідження підтверджують, що соціальна ізоляція зумовила у значної кількості осіб появу відчуття самотності, збільшила ймовірність виникнення депресії та тривоги [11], яка у результаті призвела до зростання випадків зловживання психоактивними речовинами [23].

Також пост-COVIDний синдром негативно вплинув на мотивацію особистості [17], знизив загальне благополуччя та якість життя населення [3]. Відповідно, ізоляція, втрата роботи та загострення різних захворювань, спричинених вірусом, підвищила ризик появи суїцидальних спроб і самогубств [12]. Дослідження ізольованих груп населення показують, що соціальні навички можуть атрофуватися так само, як м'язи, які не використовуються [14]. Тобто, тривала ізоляція особистості від інших людей, унеможливлення повноцінно задовольняти афіліативні потреби сформувала відчуття незграбності, внутрішнього занепокоєння й самотності, що в свою чергу, має негативні наслідки для психічного, емоційного та фізичного здоров'я. Відчуття самотності часто перетворюється на почуття злості, втоми, дратівливості або смутку, навіть якщо особистість свідомо не визнає свою самотність [7].

Варто зазначити, що носіння масок та використання відеочатів також негативно вплинули на психічний стан особистості, створили значні обмеження на повноцінний комунікативний обмін, зокрема порушили невербальну комунікацію, яка урегульовує більше ніж 90% нашої взаємодії, допомагає передати значення, змінити або доповнити вербальні повідомлення [15]. Оскільки, людина здебільше схильна звертати увагу та довіряти невербальним сигналам спілкування, а не вербальній мові [4], то, під час соціальної ізоляції вона втратила не лише багато невербальних сигналів, а й в тому числі проксеміку (відчуття простору; усвідомлення того, наскільки близько вона розташовується до інших, кількість простору, який вона займає) і кінестетику (тактильні відчуття) [13]. Більш того, тривале носіння маски призвело до втрати здатності інтерпретувати вирази обличчя, а також унеможливило повноцінно передавати емоції за допомогою власного виразу обличчя; те саме стосується спілкування за допомогою відеочатів – ми втратили перевагу бачити певні аспекти мови тіла [9].

Дослідники також виявили, що після хвороби 80% людей продемонстрували нейрокогнітивні порушення, а саме були виявлені специфічні паттерни мозкової активності й загальне погіршення роботи когнітивних функцій [8]. Зокрема, вчені зафіксували причинно-наслідкові зв'язки між преморбідними когнітивними здібностями (розумова активність та інтелектуальні операції), особистісними характеристиками й психічними проявами (стрес, депресія, тривога, посттравматичний стресовий розлад і т.д.) [17]. Важливо зазначити, що невизначеність та непередбачуваність досить негативно впливають на фізичний стан, розумові здібності, міжособистісні

відносини та фінансовий стан. Це в свою чергу може призвести до дефіциту психофізіологічної активації, автоматичної емоційної саморегуляційної дисфункції, появи проблем з концентрацією уваги та пам'яті, виникнення «мозкового туману» [17]. Емпіричні дані підтверджують, що навіть «відсутність змін» в переживаннях та поведінці людини, безсимптомність, може мати далекоглядні наслідки [17].

Більш того, наслідки COVID-19, не просто позначилися на всіх сферах життєдіяльності людини, а призвели до переживання втрати, яка викликала почуття горя. Відчуття втрати ґрунтується на усвідомленні того, що більшість речей залишається поза нашим контролем, а саме: втрата відчуття безпеки, страх за близьких, зміна щоденних звичок й порушення розпорядку дня, скасування планів, відчуття невизначеності щодо майбутнього, конфлікти з членами родини через те, як захистити себе та ін. Що ж стосується почуття горя, то воно супроводжується втратою інтересу до діяльності, яка колись подобалася, відстороненням від інших людей, зниженням апетиту, уникненням гігієнічних процедур, таких як душ, чищення зубів і розчісування волосся, а також проявом відчуття втоми, роздратованості, злості, провини та апатії [13]. Ті, хто пережив втрату близької людини під час пандемії, можуть усвідомити, що їхнє горе особливо актуалізується тоді, коли вони повертаються до нормального життя. Згідно з останніми дослідженнями, люди відчували більший рівень горя, коли вони зазнали втрату через COVID-19, ніж інші причини смерті [5]. Багатьох людей мучить той факт, що вони не змогли бути зі своєю близькою людиною в останні моменти життя через обмеження, пов'язані з COVID, більш того дослідники зазначають, що пандемія вплинула на збільшення патологічного горя, незалежно від того, чи це втрата близької людини, чи втрата фінансової стабільності, відчуття безпеки, міжособистісного зв'язку чи будь-яка інша втрата, у зв'язку з чим, людина ще сумуватиме протягом багатьох років [1]. Що стосується дітей, то маленькі діти можуть виявляти значну емоційну дисрегуляцію, часто плакати, відчувати труднощі під час гри й навчання, демонструвати регрес у поведінці, залишатися надмірно чутливими, відчувати травматичні переживання та спогади [23].

Для зменшення впливу постковідного синдрому та підвищення життєстійкості в постковідний період важливо вживати цілеспрямовані заходи. Варто посилювати психологічну підтримку, надавати основні інструменти подолання стресу та вдосконалення копінг-механізмів. Майндфулнес, ведення щоденника вдячності, візуалізація та медитація можуть допомогти впоратися з тривогою, стресом і гнівом [21]. Вони сприяють актуалізації процесу усвідомлення й осмисленості власного досвіду, які зміцнюють внутрішній локус контролю, знижують чутливість до різноманітних стресорів, тим самим унеможлижуючи подальший розвиток посттравматичного розладу. Було виявлено, що осмислення пережитого досвіду є невід'ємною частиною реабілітації пацієнтів із COVID-19 [16]. Крім того,

сучасні дослідження підкреслюють роль осмислення в зниженні ризику травми: чим більше людина може зрозуміти зміст травматичної події, тим менш негативний вплив ця подія справлятиме на її ментальне здоров'я. Тобто, переживання потенційно смертельної хвороби, особливо в ситуаціях, коли хвороба була важкою або вимагала госпіталізації, можуть надати деяким людям оновлений погляд на життя [13]. Зокрема, було проведено дослідження з метою виявлення впливу релігійної віри на процес одужання та перебіг хвороби, в результаті якого було виявлено, що більшість осіб використовували віру як механізм осмислення та виживання, релігійні пацієнти часто повідомляли про те, що вони пережили духовну кризу й відчули силу своєї віри [18].

Подолати наслідки травматичної втрати може допомогти когнітивна терапія ПТСР. Основною її метою є сформувати в особистості нове ставлення до втрати шляхом усвідомлення того сенсу, який був втрачений, а також повернення цього сенсу у її життя, шляхом визнання того, що не є втраченим, а залишається в життєдіяльності людини. Відповідно, ця терапія ґрунтується на процесі оновлення пам'яті, а саме трансформації системи образів [24]. Вона містить шість кроків:

1. *Першим кроком є ідентифікація нав'язливого образу.* Під час травматичної втрати людина часто бачить неприємні образи пов'язані з людиною, яка померла. Ці образи підкріплюють страждання і часто ускладнюють появу інших спогадів про померлого, перешкоджають інтеграції спогадів про втрату з іншими автобіографічними спогадами, які були пов'язані з людиною, до того як вона померла. Психотерапевт має запропонувати описати основні неприємні спогади, які неодноразово спадають на думку особистості, зокрема уявне повторне переживання та обговорення їх змісту допоможуть визначити ключові моменти травми, пов'язані з найбільшим рівнем дистресу, особливості відчуття «актуального стану», а також суб'єктивне значення цих моментів для особистості.

2. *Другим кроком є визначення значення нав'язливого образу.* Зазвичай, усвідомлення значення нав'язливого образу виходить за межі визнання того, що близька людина померла, у зв'язку з цим примножується значний емоційний біль. Це значення, пов'язане з образами страждання та болю (які були незаслуженими або яких можна було уникнути), відчуттям власної відповідальності за неспроможність запобігти цим стражданням, у тому числі відсутність змоги бути поруч з близькою людиною, коли вона померла. Аналіз цих значень має супроводжуватися обговоренням переконань індивіда щодо загробного життя, зокрема культурних або релігійних норм щодо смерті (наприклад, ритуалів і правил, які забезпечують успішний перехід у загробне життя).

3. *Третій крок — оновлення значення змісту цього образу.* Нову інформацію можна сформувати через уявне переживання або написання розповіді про травматичну подію. Як правило, в оновлену інформацію включається інформація про те, що близька людина

вже більше не страждає. Основна мета — створення нематеріальної безперервності, а саме відчуття безперервності близької людини в житті особистості. Важливо щоб психотерапевт допоміг усвідомити, що для особистості значила його близька людина. Пропонується також подумати про найкращі якості близької людини, а також власні якості, які вона проявляла поряд з близькою людиною.

4. *Четвертий крок ґрунтується на знаходженні нового образу, який представляє оновлену інформацію.* Можна застосувати нарративне написання історії травми, техніки когнітивної реструктуризації для подолання почуття провини, сорому, гніву. А також сократівські опитування, поведінкові експерименти, щоденники позитивних думок і вдячності та ін..

5. *П'ятий крок полягає у перетворенні наявного образу на новий образ.* Під час цього процесу варто також актуалізувати нову інформацію: спочатку потрібно пригадати тривожний образ, утримати його в пам'яті, а потім перейти до нового образу. У цьому процесі психотерапевт має нагадувати особистості нову інформацію, а також оцінювати його дистрес, уточнюючи наскільки приємним або неприємним тепер є цей образ, після того, як вони його змінили. Зниження дистресу свідчить про те, що оновлення образу допомагає, а дистрес, пов'язаний із відчуттям втрати, зменшується.

6. *Шостий крок: зв'язування нового образу з відповідним епізодом у пам'яті (інтеграція у пам'ять).* Останнім кроком є зв'язування нового образу з відповідним моментом у пам'яті. Це часто робиться для того, щоб оновити розповідь особистості про травматичну подію.

Більш того, велике значення має той сенс, який людина приписує своїй втраті, а також тому, що відбулося після неї. Важливим завданням цієї терапії також є необхідність сформуванню здатності особистості відрізнити переконання, які є нормальними після втрати близької людини і викликають смуток, наприклад «Я втратив свою близьку людину і буду дуже за нею сумувати», від ідіосинкратичних додаткових негативних переживань, які породжують патологічне горе, наприклад «Я втратив усе», «Я назавжди змінився» і «Я назавжди тепер самотній» [24]. Такі оціночні судження не лише зміцнюють посттравматичний стресовий розлад, а й також збільшують травматичне горе, перешкоджають особистості відновити нормальну життєдіяльність. У зв'язку з тим, що травма втрати різко змінює життя особистості й не завжди одразу можливо повернутися до того способу життя, який особистість мала до травматичної події, то наступним важливим завданням когнітивної терапії ПТСР є відновлення або перебудова життєвих дій, які приносять відчуття задоволення. Зокрема, це може бути та діяльність, якою раніше займалася особистість, яку вона могла б відновити, або ж це може бути новий вид діяльності, яку хотіла б розпочати [24]. Незалежно від того, наскільки добре особистість піклувалась про померлу людину, вона часто відчуває провину за те, що не змогла запобігти її смерті чи стражданням. У когнітивній

терапії ПТСР почуття провини долається шляхом розширення уявлень про всі фактори, які призвели до смерті близької людини, зокрема психотерапевт може запропонувати особистості за допомогою кругової діаграми відповідальності, спочатку зазначити всі фактори, які могли вплинути на смерть близької людини, а потім, після врахування внеску всіх інших факторів, оцінити свій власний відсоток відповідальності [24]. Також важливо, допомогти особистості зосередитися на всьому позитивному, що вона зробила для близької людини за її життя, а не лише під час хвороби чи перед смертю. Тобто, необхідно надати можливість особистості оцінити свою поведінку в контексті всього життя близької людини, а також отримати більш об'єктивну оцінку того, що вона зробила, змістити фокус з «що я не робив» до «що я зробив». Можна запропонувати скласти список того, що вона зробила для своєї близької людини протягом усього життя, а не лише за останні кілька місяців [24].

Таким чином, терапія може допомогти перемістити фокус уваги, пропрацювати негативні переживання й переструктурувати образи пам'яті, які підкріплювали посттравматичний стресовий розлад, а головне надати змогу особистості рухатися вперед із втратою, а не відчувати себе застряглою у ній. Рух вперед із втратою означає створення нового життєвого простору, який допоможе особистості відчувати себе інтегрованою у весь свій життєвий досвід, а не лише визначений травмою втрати. Зокрема, здатність знаходити нові радості та спілкуватися з іншими людьми, а головне можливість створення нової форми зв'язку з людиною, яка померла: думаючи про неї по-іншому, визнаючи її значення в власному житті, усвідомлюючи яким чином ця людина вплинула на її життя й зосереджуючись на тому, як можна вшанувати її пам'ять. Це, в свою чергу, надає відчуття руху вперед, а не «відпущення». Варто зазначити, що люди, які борються зі своїм горем, часто кажуть, що найбільше вони бояться відпустити це горе, а саме думки про втрату близької людини [24]. Саме тому, зміщення уваги на те, яке значення особистість надає цій втраті та як можна вшанувати пам'ять близької людини допомагає особистості просуватись вперед зі своїм горем, конструктивно долаючи труднощі. Такий підхід звільняє людину від страху та відчаю, пов'язаних із травмою втрати, формує відчуття комфорту, оскільки не вимагає перестати думати про померлу людину, а надає можливість по-іншому думати про її втрату.

В процесі постковідної реабілітації, рекомендовано використовувати опитувальники, які можуть допомогти швидко визначити тип психологічної дисфункції особистості [22]. Варто застосовувати прогресивні вправи, які можна підібрати таким чином, щоб особистість могла поступово відновити рівень активності, який вона мала до початку захворювання. Також позитивно вплинути на психофізіологічний стан та загальне самопочуття допоможе оптимальний режим сну, регулярна фізична активність та здорове харчування.

Висновки. Постковідний період характеризується новою реальністю, до якої поки що складно адаптуватись кожному з нас. Ми втратили життя до якого звикли, натомість стикнулися з численними новими викликами пов'язаними зі змінами, горем та втратою, нестабільністю та невизначеністю майбутнього, які значною мірою негативно впливають на загальний психічний стан, ментальне здоров'я та міжособистісну взаємодію. Однак, розуміння можливих наслід-

ків та прийняття адекватних заходів задля постковідної реабілітації, зокрема підтримка ментального здоров'я може сприяти підвищенню життєстійкості та покращенню якості життя у цей непростий період. Саме тому, необхідно вчасно надати психологічну підтримку населенню, зокрема допомогти подолати почуття втрати, навчити конструктивно переосмислювати набутий досвід, трансформувати негативні емоції та сформувати когнітивну гнучкість.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Badinlou F., Lundgren T., Jansson-Fröjmark M. Mental health outcomes following COVID-19 infection: Impacts of post-COVID impairments and fatigue on depression, anxiety, and insomnia—A web survey in Sweden // *BMC psychiatry*. 2022. Vol. 22. № 1. P. 743. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04405-0>
2. Baglione A. N. et al. Modern bereavement: a model for complicated grief in the digital age // *Proceedings of the 2018 CHI conference on human factors in computing systems*. 2018. Paper № 416. P. 1–12. DOI: <https://doi.org/10.1145/3173574.3173990>
3. Beese F. et al. Temporal dynamics of socioeconomic inequalities in COVID-19 outcomes over the course of the pandemic—a scoping review // *International Journal of Public Health*. 2022. Vol. 67. P. 1605128. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1605128>
4. Benbenishty J. S., Hannink J. R. Non-verbal communication to restore patient-provider trust // *Intensive care medicine*. 2015. Vol. 41. P. 1359–1360. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3710-8>
5. Eisma M. C. et al. Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison // *Journal of affective disorders*. 2021. Vol. 278. P. 54–56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>
6. Etard J. F. et al. Multidisciplinary assessment of post-Ebola sequelae in Guinea (Postebogui): an observational cohort study // *The Lancet Infectious Diseases*. 2017. Vol. 17. № 5. P. 545–552. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30516-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30516-3)
7. Foley J. A. et al. Comfort always: the importance of providing psychological support to neurology staff, patients, and families during COVID-19 // *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. P. 573296.
8. Hawryluck L. et al. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada // *Emerging infectious diseases*. 2004. Vol. 10. № 7. C. 1206–1212. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
9. Keita M. M. et al. Depressive symptoms among survivors of Ebola virus disease in Conakry (Guinea): preliminary results of the PostEboGui cohort // *BMC psychiatry*. 2017. Vol. 17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1280-8>
10. Lapeyre-Mestre M. et al. Addictovigilance contribution during COVID-19 epidemic and lockdown in France // *Therapies*. 2020. Vol. 75. № 4. P. 343–354. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.therap.2020.06.006>
11. Matalon N. et al. Trajectories of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression in hospitalized COVID-19 patients: A one-month follow-up // *Journal of psychosomatic research*. 2021. Vol. 143. P. 110399. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110399>
12. Matthews T. et al. Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016. Vol. 51. P. 339–348. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1178-7>
13. Negri A. et al. Psychological factors explaining the COVID-19 pandemic impact on mental health: The role of meaning, beliefs, and perceptions of vulnerability and mortality // *Behavioral Sciences*. 2023. Vol. 13. № 2. P. 162. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs13020162>
14. Oluwafemi F. A. et al. A review of astronaut mental health in manned missions: Potential interventions for cognitive and mental health challenges // *Life sciences in space research*. 2021. Vol. 28. P. 26–31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lssr.2020.12.002>
15. Park S. G., Park K. H. Correlation between nonverbal communication and objective structured clinical examination score in medical students // *Korean journal of medical education*. 2018. Vol. 30. № 3. P. 199–208. DOI: <https://doi.org/10.3946/kjme.2018.94>
16. Pennebaker J. W. Expressive writing in psychological science // *Perspectives on Psychological Science*. 2018. Vol. 13. № 2. P. 226–229. DOI: <https://doi.org/10.1177/174569161770>
17. Peper M., Schott J. Neuropsychologische Störungen bei coronavirusassoziierten Erkrankungen // *Zeitschrift für Neuropsychologie*. 2021. Vol. 32. № P. 195–221. DOI: <https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000342>
18. Pirutinsky S., Cherniak A. D., Rosmarin D. H. COVID-19, mental health, and religious coping among American Orthodox Jews // *Journal of religion and health*. 2020. Vol. 59. P. 2288–2301. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01070-z>
19. Premraj L. et al. Mid and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: A meta-analysis // *Journal of the neurological sciences*. 2022. Vol. 434. P. 120162. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2022.120162>
20. Reynolds D. L. et al. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience // *Epidemiology & Infection*. 2008. Vol. 136. № 7. P. 997–1007. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
21. Shear M. K. Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief // *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022. Vol. 14. № 2. P. 119–128. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear>
22. Usher K. et al. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support // *International journal of mental health nursing*. 2020. Vol. 29. № 4. P. 549–552. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12735>
23. Wang C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China // *International journal of environmental research and public health*. 2020. Vol. 17. № 5. P. 1729. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
24. Wild, J., Duffy, M., & Ehlers, A. Moving forward with the loss of a loved one: Treating PTSD following traumatic bereavement with cognitive therapy. // *The Cognitive Behaviour Therapist* 2023. № 16, E12. doi:10.1017/S1754470X23000041