

Н. О. Марута, В. Ю. Федченко, Т. В. Панько, О. Є. Семікіна, О. Р. Лапінська

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕХВОРИЛИ НА КОРОНАВІРУСНУ ХВОРОБУ COVID-19, ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

N. O. Maruta, V. Yu. Fedchenko, T. V. Panko, O. E. Semikina, O. R. Lapinska

MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WHO HAVE CONTRACTED THE CORONAVIRUS DISEASE COVID-19, THE PSYCHOLOGICAL ASPECT

Ключові слова: психічні розлади, пацієнти, коронавірусна хвороба COVID-19, психологічний аспект

Мета дослідження — вивчити психологічні механізми розвитку психічних розладів у осіб, які перенесли COVID-19.

Обстежено 97 пацієнтів з вперше встановленими психічними розладами (основна група), та 58 осіб без психічних розладів (група порівняння), які перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2.

На ґрунті аналізу психологічних аспектів в осіб з первинними психічними розладами, що виникли внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 та стресорів пандемії SARS-CoV-2, виявлені певні особливості: доведено, що в генезі психічних розладів істотну роль відіграють чинники психічної травматизації; встановлено, що в основній групі обстежених спостерігалось вірогідне зниження рівня особистісного адаптивного потенціалу ($1,63 \pm 0,21$ стенів) у зіставленні з групою порівняння ($4,07 \pm 0,48$ стенів, $p = 0,0025$); особливості психоемоційного стану свідчать про наявність емоційних порушень: нестачу мотивації до професійної діяльності, низьку толерантність до несприятливих чинників праці, високий рівень тривожності, іпохондричну фіксацію, погіршення сну, зниження апетиту; структура копінг-стратегій у пацієнтів з депресивними епізодами характеризувалась переважанням копінг-стратегій, орієнтованих на емоції (76,47 %, $p < 0,029$); у пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами переважали копінг-стратегії, орієнтовані на уникнення та емоції (53,12 %, $p < 0,016$ та 53,13 % відповідно); пацієнтам з психічними розладами органічного генезу властиві переважання копінг-стратегій, орієнтованих на розв'язання завдань (56,06 %, $p < 0,035$), «уникнення» (54,84 %) та соціальне відволікання (45,16 %, $p < 0,006$); загальний інтегративний показник якості життя у обстежених пацієнтів був низький ($47,59 \pm 11,09$). Отримані дані дають змогу підвищити ефективність діагностики, профілактики та терапії психічних розладів, на формування, перебіг та клінічну картину яких вплинула коронавірусна хвороба COVID-19.

Keywords: Mental disorders, patients, coronavirus disease COVID-19, psychological aspect

The purpose of the study is to study the psychological mechanisms of the development of mental disorders in persons who have suffered from COVID-19.

97 patients with newly diagnosed mental disorders included in the main group and 58 people without mental disorders (comparison group) who suffered from COVID-19 and were exposed to the stressors of the SARS-CoV-2 pandemic were examined.

Based on the analysis of psychological aspects in persons with primary mental disorders that arose as a result of the COVID-19 coronavirus disease and the stressors of the SARS-CoV-2 pandemic, certain features were revealed: it was proven that the factors of mental trauma play a significant role in the genesis of mental disorders; it was established that in the main group of examinees there was a probable decrease in the level of personal adaptation potential (1.63 ± 0.21 stens) in comparison with the comparison group (4.07 ± 0.48 stens, $p = 0.0025$); features of the psycho-emotional state indicate the presence of emotional disturbances — lack of motivation for professional activity, low tolerance to adverse work factors, high level of anxiety, hypochondriacal fixation, impaired sleep, decreased appetite; the structure of coping strategies in patients with depressive episodes was characterized by the predominance of coping strategies focused on emotions (76.47 %, $p < 0.029$); patients with neurotic, stress-related and somatoform disorders were characterized by a predominance of coping strategies focused on avoidance and emotions (53.12 %, $p < 0.016$ and 53.13 %, respectively); patients with mental disorders of organic genesis are characterized by a predominance of coping strategies focused on solving tasks (56.06 %, $p < 0.035$) and social distraction (45.16 %, $p < 0.006$); the overall integrative index of quality of life in the examined patients was low (47.59 ± 11.09). The obtained data will make it possible to increase the effectiveness of diagnosis, prevention and therapy of mental disorders, the formation, course and clinical picture of which were affected by the coronavirus disease COVID-19.

Поширеність коронавірусної інфекції у світі на 01.03.2023 року становить 680 057 341 осіб, зокрема в Україні — 5 382 095 осіб (13,1 % населення) [1]. Пандемія коронавірусної хвороби COVID-19 є сут-

тєвим соціальним стресовим чинником, що спричиняє як у дітей, так і у дорослих негативні психічні та психологічні стани. Серед патопсихологічних станів переважають страх, тривога, депресія, порушення сну, посттравматичні стресові розлади. Такий вплив на психоемоційний стан особистості

зумовлений як безпосередньо самою хворобою, так й вимушеною ізоляцією та іншими карантинними обмеженнями під час пандемії коронавірусу та спричиняє певні трансформації психологічного здоров'я у сфері соціальної взаємодії що стосуються організації міжособистісних взаємодій людини, тобто її соціального контексту, який може набувати ряд негативних характеристик (конфліктність, агресивність, соціальне дистанціювання тощо) і супроводжуватись суб'єктивним відчуттям неблагополуччя [2—8].

Люди з різними рисами характеру, темпераментом і психологічними симптомами по-різному ставляться до досвіду пандемії та обмежувальних заходів. Результати досліджень свідчать, що пандемія COVID-19 спричиняє широкий спектр психопатологічних захворювань, включно з тривожними, депресивними, дезадаптивними розладами та посттравматичним стресовим розладом. Визначення психопатологічних аспектів може емпірично сприяти глибшому розумінню психологічних наслідків пандемії [9].

Саме знання психопатологічних аспектів дасть змогу розробити цільові програми втручання, щоб зменшити страх, спричинений пандемією.

Мета дослідження — вивчити психологічні механізми розвитку психічних розладів у осіб, які перенесли COVID-19.

Обстежено 97 пацієнтів з вперше встановленими психічними розладами (основна група) — 34 пацієнти

з депресивними розладами (F32.0—32.2), 32 пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40—45), 31 пацієнт з органічними психічними розладами (F06.3—06.6), що проходили лікування в умовах відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», та 58 осіб без психічних розладів (група порівняння), які перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2.

Для реалізації поставленої мети були використані такі методи дослідження: методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана в модифікації Бойко [10], багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» [11], методика оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS) [12], оцінка інтегративного показника якості життя [13]. Статистичний метод реалізовували за допомогою точного метода Фішера, *t*-критерія Стьюдента, кореляційного аналізу (із застосуванням комп'ютерної програми Statistica Electronic Manual Features 10.0 та пакету аналізу Excel).

В обох групах обстежених проведена оцінка соціальної фрустрованості, що дало змогу визначити основні чинники психічної травматизації у пацієнтів з психічними розладами, які перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2 (рис. 1). Усі чинники психічної травматизації були поділені на п'ять сфер та проаналізовані відповідно до рівня задоволеності.

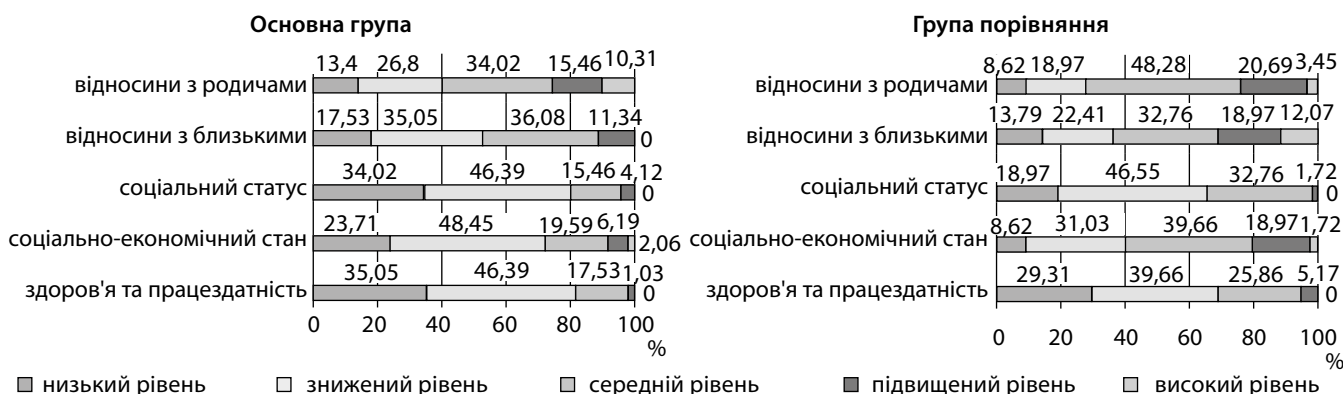


Рис. 1. Порівняння особливостей соціальної фрустрованості у осіб, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2

Визначено, що задоволеність стосунками з родичами (подружжям, батьками, дітьми) у 34,02 % пацієнтів основної групи була на середньому рівні, у 26,80 % — зниженою, у 15,46 % — підвищеною, у 13,40 % — низькою та у 10,31 % — високою. В групі порівняння переважав середній рівень задоволеності відносинами з родичами у 48,28 %, у 20,69 % осіб була підвищена задоволеність, а у 18,97 % — знижена. Порівняння двох груп показало, що серед пацієнтів основної групи частка осіб з середнім рівнем задоволеності стосунками з родичами ($p = 0,028$, ДК = 5,90, MI = 0,29) менша, ніж в групі порівняння де переважали особи з середнім рівнем задоволеності ($p = 0,029$, ДК = 1,52, MI = 0,11).

У відносинах з близькими (друзями, колегами, керівництвом та протилежною статтю) у більшості

пацієнтів основної групи встановлено середній (36,08 %) та знижений (35,05 %) рівні задоволеності, у більшості осіб групи порівняння — також середній (32,76 %) та знижений (22,41 %) рівні. Зіставлення двох груп показало, що серед пацієнтів основної групи більшими та майже однаковими були частки осіб з середнім та зниженим рівнями задоволеності стосунками з близькими ($p = 0,015$, ДК = 2,67, MI = 0,21), тоді як в групі порівняння переважали особи з середнім ($p = 0,0001$) рівнем задоволеності.

Більшість пацієнтів основної групи були незадоволені власним соціальним статусом: рівнем освіти, професійною підготовкою, особливостями професійної діяльності та умовами праці — у 46,39 % визначався знижений рівень задоволеності, у 34,02 % — низький. Більшість осіб групи порівняння мали

знижений 46,55 % та середній 32,76 % рівні задоволеності соціальним статусом. Зіставлення двох груп показало, що частки пацієнтів основної групи з низьким ($p = 0,0001$) та зниженим рівнем задоволеності соціальним статусом ($p = 0,0001$, ДК = 14,30, MI = 3,19) були більшими, тоді як в групі порівняння переважали особи зі зниженим ($p = 0,0001$, ДК = 10,53, MI = 2,23) та середнім ($p = 0,007$, ДК = 3,26, MI = 0,28) рівнями задоволеності соціальним статусом.

У 48,45 % пацієнтів основної групи визначений знижений рівень задоволеності соціально-економічним станом (матеріально-побутовими умовами, становищем у соціумі), у 23,71 % пацієнтів встановлений низький рівень, у 19,59 % — середній рівень. У групі порівняння переважали особи з середнім та зниженим рівнями задоволеності соціально-економічним станом (39,66 % та 31,03 % відповідно). Статистичний аналіз двох груп показав, що частка пацієнтів основної групи зі зниженим рівнем задоволеності соціально-економічним станом ($p = 0,0001$, ДК = 4,07, MI = 0,60) була більшою, ніж з низьким рівнем ($p = 0,0001$, ДК = 11,38, MI = 1,25), тоді як в групі порівняння переважали частки осіб з середнім ($p = 0,0001$,

ДК = 3,06, MI = 0,31) та зниженим ($p = 0,004$, ДК = 7,00, MI = 0,87) рівнями задоволеності.

Визначено, що більшість пацієнтів основної групи були незадоволені власним здоров'ям та працездатністю: у 35,05 % осіб встановлений низький рівень задоволеності, у 46,39 % — знижений рівень та у 17,53 % — середній рівень задоволеності власним фізичним й психоемоційним станом та працездатністю. У 39,66 % осіб групи порівняння визначений знижений, у 29,31 % — низький рівень та у 25,86 % осіб — середній рівень задоволеності власним здоров'ям та працездатністю. Статистичний аналіз дав змогу визначити, що частки пацієнтів основної групи з низьким ($p = 0,0001$) та зниженим ($p = 0,0001$, ДК = 9,53, MI = 1,96) рівнями задоволеності власним здоров'ям були більшими, в групі порівняння також переважали особи зі зниженим ($p = 0,0001$, ДК = 15,85, MI = 3,06) та низьким ($p = 0,0001$, ДК = 6,21, MI = 0,20) рівнями задоволеності власним здоров'ям та працездатністю.

Аналіз особливостей соціальної фрустрованості серед пацієнтів з психічними розладами відображено на рисунку 2.



Рис. 2. Особливості соціальної фрустрованості у пацієнтів, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2, з вперше встановленими психічними розладами

За даними оцінки особливостей соціальної фрустрованості серед пацієнтів з психічними розладами визначено, що провідними чинниками психічної травматизації у пацієнтів з депресивними розладами виявилися такі: незадоволеність можливістю вибору місця роботи ((3,66 ± 1,36) балів),

матеріальним станом ((3,54 ± 1,22) балів), дозволям ((3,51 ± 1,07) балів), становищем у соціумі та житлово-побутовими умовами ((3,45 ± 1,32) балів та (3,23 ± 1,16) балів відповідно), незадоволеність умовами та змістом професійної діяльності ((3,09 ± 0,87) балів та (3,45 ± 1,32) балів відповідно).

Пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами були більшою мірою незадоволені стосунками з батьками і подружжям ($3,25 \pm 1,13$ балів та $3,56 \pm 1,27$ балів відповідно), матеріальним станом ($3,20 \pm 1,18$ балів), можливістю проведення дозвілля ($3,01 \pm 1,03$ балів), сферою медичного обслуговування ($3,12 \pm 1,09$ балів) та способом життя загалом ($2,87 \pm 1,01$ балів). Хворі на органічні психічні розлади були незадоволені змістом власної роботи ($3,15 \pm 1,45$ балів), можливістю вибору місця роботи ($3,21 \pm 1,66$ балів), сферою медичного обслуговування ($3,17 \pm 1,34$ балів) та ситуацією в країні та суспільстві ($2,45 \pm 1,04$ балів).

Статистичний аналіз результатів дав змогу встановити, що пацієнти з депресивними та невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами були більш незадоволені взаєминами з колегами ($p = 0,002$ та $p = 0,01$ відповідно), матеріальним станом ($p = 0,0001$ та $p = 0,002$ відповідно) та можливістю проводити відпустку ($p = 0,001$ та $p = 0,025$ відповідно). Пацієнти з депресивними та органічними розладами були більш незадоволені власним становищем у соціумі ($p = 0,025$ та $p = 0,01$ відповідно), можливістю вибору місця роботи ($p = 0,004$ та $p = 0,007$ відповідно), тоді як пацієнти з невротичними розладами відрізнялись від цих груп більшою незадоволеністю стосунками з подружжям ($p = 0,034$ та $p = 0,01$ відповідно) та батьками ($p = 0,01$ та $p = 0,025$ відповідно). Водночас пацієнти з депресивними розладами відрізнялись від хворих на органічні розлади більшою незадоволеністю житлово-побутовими умовами ($p = 0,001$) і можливістю проведення дозвілля ($p = 0,026$), а від пацієнтів з невротичними розладами — більшою незадоволеністю змістом власної роботи ($p = 0,034$).

Для оцінки показника адаптивних можливостей пацієнтів на ґрунті визначення деяких психофізіологічних та соціально-психологічних характеристик використовували методіку багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність» [11] (рис. 3).

Рівень, стени

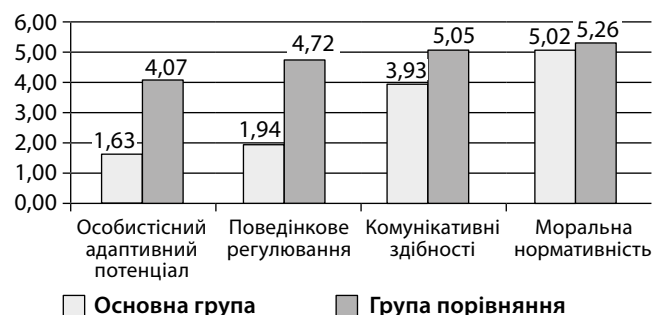


Рис. 3. Структурні особливості адаптивного потенціалу у обстежених, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2 (за результатами багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність»)

Встановлено, що в основній групі обстежених спостерігалось вірогідне зниження рівня особистісного адаптивного потенціалу ($1,63 \pm 0,21$ стенив) у зіставленні з групою порівняння ($4,07 \pm 0,48$ стенив, $p = 0,0025$). Серед характеристик особистісного по-

тенціалу адаптації зниженими в основній групі та достовірно ($p = 0,001$) нижчими, ніж в групі порівняння, виявлялись показники поведінкового регулювання (нервово-психічної стійкості): $1,94 \pm 0,26$ стенив та $4,72 \pm 0,53$ стенив відповідно. Тобто пацієнти основної групи характеризувалися зниженням особистісних можливостей щодо регулювання своєї взаємодії з оточенням, проблемами з самооцінкою, нервово-психічною нестабільністю та браком відчуття надійної підтримки з боку оточення, відчуття соціального схвалення. Також встановлено, що комунікативні здібності були вищими у пацієнтів групи порівняння ($5,05 \pm 1,34$ стенив), тоді як у пацієнтів основної групи вони були вірогідно ($p = 0,025$) нижчими ($3,93 \pm 1,70$ стенив). Найвищих оцінок в обох групах досліджуваних набував показник моральної нормативності ($5,02 \pm 2,13$ стенив в основній групі та $5,26 \pm 2,41$ стенив у групі порівняння).

Аналіз структурних особливостей адаптивного потенціалу пацієнтів з психічними розладами, що зазнали впливу Covid-19, залежно від психічного розладу (рис. 4) показав, що пацієнти з депресивними розладами мали низькі показники особистісного адаптивного потенціалу ($1,01 \pm 0,76$ стенив), поведінкового регулювання ($1,01 \pm 0,76$ стенив) та комунікативних здібностей ($2,31 \pm 0,84$ стенив) та високі показники моральної нормативності ($5,26 \pm 2,11$ стенив).

Рівень, стени

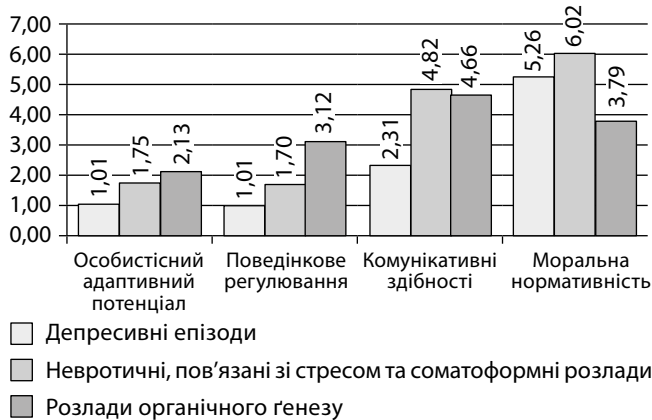


Рис. 4. Структурні особливості адаптивного потенціалу пацієнтів з психічними розладами, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2

У пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами виявлені низькі показники особистісного адаптивного потенціалу ($1,75 \pm 0,93$ стенив) і поведінкового регулювання ($1,70 \pm 0,87$ стенив) та високі показники комунікативних здібностей ($4,82 \pm 1,33$ стенив) і моральної нормативності ($6,02 \pm 3,14$ стенив). У пацієнтів з органічними психічними розладами спостерігались знижені показники особистісного адаптивного потенціалу ($2,13 \pm 1,07$ стенив) та середні показники поведінкового регулювання ($3,12 \pm 1,66$ стенив) і моральної нормативності ($3,79 \pm 1,93$ стенив), та високі показники комунікативних здібностей ($4,66 \pm 1,81$ стенив).

Отже, отримані результати продемонстрували певні відмінності: пацієнти з органічними психічними розладами відрізнялись від осіб з депресивними та невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами вираженішим поведінковим регулюванням (3,12 стенив, $p = 0,0001$ та $p = 0,025$ відповідно) та вищим адаптивним потенціалом як порівняти з хворими на депресивні розлади (2,13 стенив, $p = 0,01$); пацієнти з депресивними та невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами відрізнялись вищими показниками моральної нормативності (5,26 стенив, $p = 0,01$ та 6,02 стенив, $p = 0,003$ відповідно). Також визначено, що хворі на депресивні розлади мали менші комунікативні здібності, ніж пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами та органічними психічними розладами (4,82 стенив, $p = 0,001$ та 4,66 стенив, $p = 0,0025$ відповідно).

Крім того, оцінені особливості психоемоційного стану у обстежених пацієнтів (рис. 5). Оцінювання емоційного стану за шкалами «Астенічні реакції та стани», «Психотичні реакції та стани», «Деадаптивні порушення» проводили за стеними — що менше значення стени, то більш виражені емоційні порушення. При стених вище ніж чотири астенічних та психотичних реакцій і станів не спостерігається.

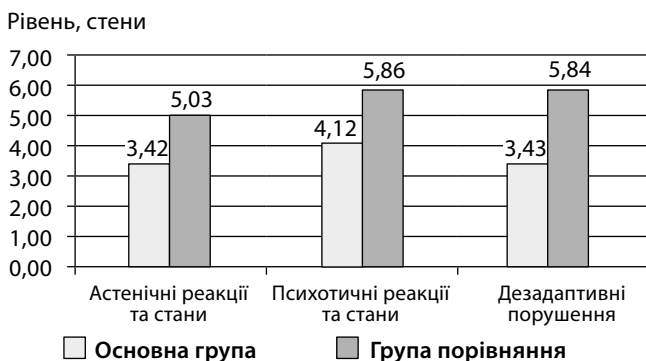


Рис. 5. Особливості психоемоційного стану у обстежених, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2 (за результатами багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність»)

Аналіз особливостей психоемоційного стану продемонстрував, що в основній групі визначались деадаптивні порушення ((3,43 ± 0,33) стенив), астенічні ((3,42 ± 0,31) стенив) та психотичні реакції ((4,12 ± 0,87) стенив), в групі порівняння ці показники становили відповідно (5,84 ± 0,61) стенив; (5,03 ± 0,44) стенив та (5,86 ± 0,63) стенив. Тобто для пацієнтів основної групи в клінічних проявах характерні погіршення сну, зниження апетиту, брак мотивації до професійної діяльності, низька толерантність до несприятливих чинників праці, високий рівень тривожності, іпохондрична фіксація. Також вони відчували високий рівень нервово-психічної напруги, агресивність, погіршення міжособистісних контактів, порушення моральної орієнтації, афективне збудження і гальмування. Статистичне порівняння двох груп дало змогу довести, що пацієнтам основної

групи притаманні нижчі показники психоемоційного стану (астенія, дезадаптація та психічна напруга) (3,42 стенив, $p = 0,025$; 3,43 стенив, $p = 0,001$ та 4,12 стенив, $p = 0,034$ відповідно) (див. рис. 5).

Оцінка особливостей психоемоційного стану у пацієнтів з психічними розладами продемонструвала, що в усіх пацієнтів астенічні реакції та стани мали найнижчі показники: (1,23 ± 0,21) стенив — при депресивних розладах, (1,18 ± 0,46) стенив — при органічних психічних розладах та (2,27 ± 0,88) стенив — при невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладах (рис. 6).

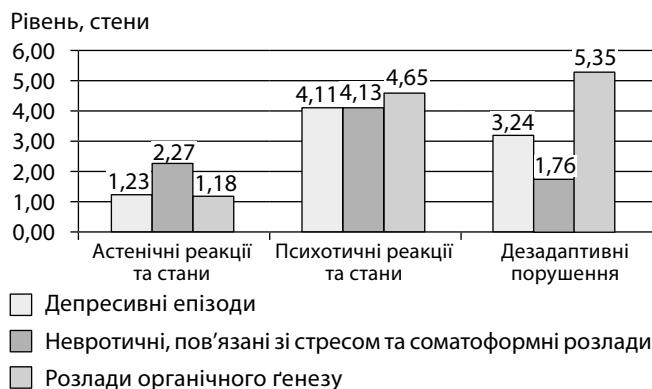


Рис. 6. Особливості психоемоційного стану у пацієнтів з психічними розладами, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2 (за результатами багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність»)

Астенічний стан проявлявся у пацієнтів підвищеною стомлюваністю і виснаженням із вкрай нестійким настроєм, ослабленням самовладання, нетерплячістю, непосидючістю, порушеннями сну, неспроможністю до тривалого розумового і фізичного напруження, непереносимістю гучних звуків, яскравого світла, різких запахів. Найбільш вираженою астенічна реакція була у пацієнтів з органічною психічною патологією та депресивними розладами як порівняти з хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (1,18 стенив, $p = 0,025$ та 1,23 стенив, $p = 0,037$ відповідно). Також встановлено, що у пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами та депресивними розладами виражені деадаптивні порушення ((1,76 ± 0,36) стенив та (3,24 ± 1,07) стенив відповідно), які вірогідно відрізнялись від показників у групі пацієнтів з органічними психічними розладами (5,35 стенив, $p = 0,0001$ та $p = 0,0025$ відповідно). Деадаптивні порушення та стани у пацієнтів цих груп виявлялися утворенням неадекватних механізмів пристосування у формі порушень у навчанні й поведінці, конфліктними стосунками, психосоматичними захворюваннями і реакціями, підвищеним рівнем тривожності.

Методика визначення копінг-поведінки в стресових ситуаціях [12] містить перелік заданих реакцій на стресові ситуації та дає змогу визначити поведінкові копінг-стратегії, що домінують.

Аналіз особливостей копінг-поведінки (рис. 7) продемонстрував, що в обох групах обстежених час-

тіше спостерігалась копінг-стратегія «розв'язання завдань»: в основній групі — $(52,89 \pm 10,30) \%$ та в групі порівняння $(56,24 \pm 6,74) \%$, при $p \geq 0,05$, яка є конструктивною копінг-стратегією та передбачає раціональну оцінку ситуації та розв'язання конкретного завдання. Найменш вираженими копінг-стратегіями в групі порівняння є «емоційне реагування» і «уникнення» $(38,69 \%$ та $38,09 \%$ відповідно), в основній групі ці показники були вірогідно вищими $(50,16 \%$ та $49,38 \%$ відповідно, $p \leq 0,0025$). Тобто в основній групі відносно високий рівень конструктивної копінг-стратегії «розв'язання завдань» поєднується з високим рівнем копінг-стратегії «емоційне реагування», що свідчить про те, що опитані, які опинились у стресовій ситуації, схильні до переживань без конструктивних уявлень та дій. У групі порівняння відносно високий рівень конструктивної копінг-стратегії «розв'язання завдань» поєднується з нижчими показниками стратегій «емоційне реагування» і «уникнення», що відбиває більш раціональну оцінку ситуації, розв'язання конкретного завдання та високу раціональність.



Рис. 7. Загальні показники копінг-поведінки у обстежених, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2 (за методикою «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях»)

Ретельний аналіз особливостей копінг-стратегій залежно від психічного розладу продемонстрував, що пацієнтам з депресивними розладами більш притаманна копінг-стратегія «емоційне реагування» $(76,47 \pm 11,24) \%$, а менш виражені — копінг-стратегії «уникнення» $(41,18 \pm 9,57) \%$, «відволікання» $(26,47 \pm 6,88) \%$ та «соціальне відволікання» $(14,71 \pm 4,12) \%$ (рис. 8). Це може свідчити про те, що опинившись у стресовій ситуації, особи з депресивними епізодами більше занурюються у свій біль та переживання, страждають, звинувачують себе за те, що опинилися в такій ситуації, за свою нерішучість та за те, що не знають як вчинити.

У пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами переважають копінг-стратегії «уникнення» $(68,75 \pm 12,40) \%$ та «емоційне реагування» $(53,13 \pm 11,73) \%$. Виявлені особливості свідчать що пацієнти цієї групи намагаються уникнути контакту з навколишньою дійсністю

та уникати розв'язання проблем. Менш вираженими стратегіями реагування на стрес в цій групі є копінг, орієнтований на розв'язання завдань $(34,38 \pm 8,98) \%$, соціальне відволікання $(28,13 \pm 7,69) \%$ та відволікання $(18,75 \pm 5,45) \%$ (див. рис. 8).

В групі пацієнтів з органічними психічними розладами спостерігається відносно високий рівень стратегії «розв'язання завдань» — $(58,06 \pm 12,53) \%$, що поєднується з копінг-стратегіями «уникнення» $(54,84 \pm 12,28) \%$ та «соціальне відволікання» $(45,16 \pm 11,15) \%$.



Рис. 8. Особливості копінг-стратегій у пацієнтів з різними психічними розладами, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2 (за методикою «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях»)

Отримані дані свідчать про те, що пацієнти з депресивними розладами відрізнялись від осіб з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами та органічними психічними розладами переважанням копіngu, «орієнтованого на емоції» $(76,47 \%, p = 0,029, ДК = 1,58, MI = 0,18$ та $p = 0,002, ДК = 2,96, MI = 0,56$ відповідно). Пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами відрізнялись переважанням копіngu «уникнення» $(68,75 \%, p = 0,016, ДК = 2,23, MI = 0,31)$ як порівняти з пацієнтами з іншими розладами. Хворим на органічні психічні розлади притаманні більш виражені копінг, орієнтовані на «соціальне відволікання» $(45,16 \%, p = 0,006, ДК = 4,87, MI = 0,74)$ як порівняти з пацієнтами з депресивними розладами, та орієнтовані на «розв'язання завдань» $(58,06 \%, p = 0,035, ДК = 2,28, MI = 0,27)$ як порівняти з пацієнтами з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами.

Наступним показником, що вивчали в усіх обстежених, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2, був інтегративний показник якості життя [13], що відбиває соціально-економічні відносини в різних сферах суспільного життя.

Під час оцінювання інтегративного показника якості життя встановлено, що він був нижчим

у пацієнтів основної групи ($50,78 \pm 9,45$) %, ніж в групі порівняння ($72,14 \pm 11,43$) % (рис. 9).

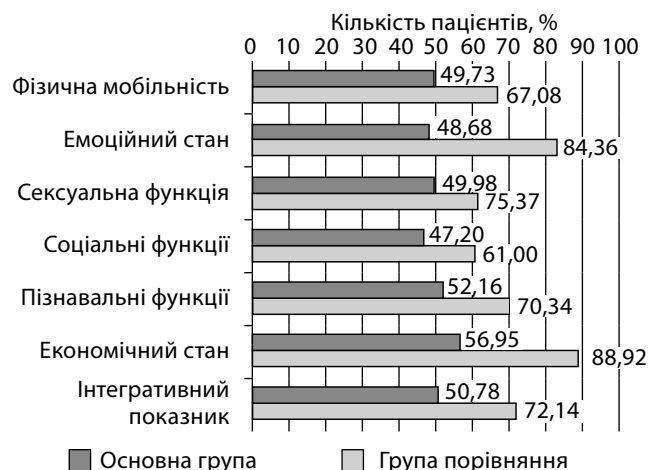


Рис. 9. Показники якості життя в осіб, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2

Встановлено, що певні характеристики, як-от «фізична мобільність» ($49,73 \pm 4,12$) %, «соціальні функції» ($47,20 \pm 4,45$) %, «сексуальна функція» ($49,98 \pm 4,61$) % і «емоційний стан» ($48,68 \pm 4,63$) % у пацієнтів основної групи були на низькому рівні, а задоволеність пізнавальними функціями ($52,16 \pm 5,13$) % та економічним станом ($56,95 \pm 4,87$) % набували середніх значень. Особи групи порівняння були достатньо задоволені основними показниками якості життя. Водночас різниця в оцінках була статистично значущою за всіма показниками на рівні $p < 0,05$.

Аналіз інтегративного показника якості життя у обстежених пацієнтів з психічними розладами, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2, наведено на рисунку 10.

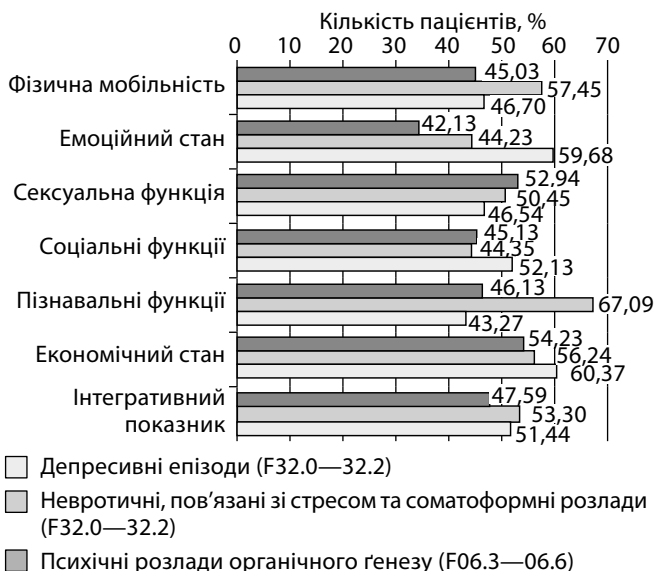


Рис. 10. Показники якості життя у пацієнтів з психічними розладами, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2 (за методикою «Оцінка інтегративного показника якості життя»)

Порівняльний аналіз дав змогу встановити, що пацієнти з депресивними та органічними психічними розладами були більш незадоволені власним фізичним станом ($45,03$ %, $p = 0,01$ та $46,70$ %, $p = 0,025$ відповідно) та пізнавальними можливостями ($46,13$ %, $p = 0,001$ та $43,27$ %, $p = 0,0001$ відповідно), а пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами та депресивними розладами були більш незадоволені власним емоційним станом ($44,23$ %, $p = 0,025$ та $42,13$ %, $p = 0,01$ відповідно), ніж хворі на органічні психічні розлади.

Отже, на ґрунті аналізу психологічних аспектів в осіб з первинними психічними розладами, що виникли внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 та стресорів пандемії SARS-CoV-2, виявлені певні особливості:

— доведено, що в генезі психічних розладів істотну роль відіграють чинники психічної травматизації, які були поділені на п'ять груп (стосунки з родичами, відносини з близькими, соціальний статус, соціально-економічний стан, здоров'я та працездатність). За даними оцінки особливостей соціальної фрустрованості серед пацієнтів з психічними розладами визначено, що провідними чинниками психічної травматизації у пацієнтів з депресивними розладами виявилися такі: незадоволеність можливістю вибору місця роботи ($3,66 \pm 1,36$ балів), матеріальним станом ($3,54 \pm 1,22$ балів), дозволям ($3,51 \pm 1,07$ балів), становищем у соціумі та житлово-побутовими умовами ($3,45 \pm 1,32$ балів та $3,23 \pm 1,16$ балів відповідно), незадоволеність умовами та змістом професійної діяльності ($3,09 \pm 0,87$ балів та $3,45 \pm 1,32$ балів відповідно). Пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами були більшою мірою незадоволені стосунками з батьками і подружжям ($3,25 \pm 1,13$ балів та $3,56 \pm 1,27$ балів відповідно), матеріальним станом ($3,20 \pm 1,18$ балів), можливістю проведення дозвілля ($3,01 \pm 1,03$ балів), сферою медичного обслуговування ($3,12 \pm 1,09$ балів) та способом життя загалом ($2,87 \pm 1,01$ балів). Хворі на органічні психічні розлади були незадоволені змістом власної роботи ($3,15 \pm 1,45$ балів), можливістю вибору місця роботи ($3,21 \pm 1,66$ балів), сферою медичного обслуговування ($3,17 \pm 1,34$ балів) та ситуацією в країні та суспільстві ($2,45 \pm 1,04$ балів);

— встановлено, що в основній групі обстежених спостерігалось вірогідне зниження рівня особистісного адаптивного потенціалу ($1,63 \pm 0,21$ стенів) у зіставленні з групою порівняння ($4,07 \pm 0,48$ стенів, $p = 0,0025$). Серед характеристик особистісного потенціалу адаптації зниженими в основній групі виявлялись показники поведінкового регулювання (нервово-психічної стійкості) ($1,94 \pm 0,26$ стенів та $4,72 \pm 0,53$ стенів, при $p = 0,001$ відповідно). Тобто пацієнти основної групи характеризувалися зниженням особистісних можливостей щодо регулювання своєї взаємодії з оточенням, проблемами з самооцінкою, нервово-психічною нестабільністю

та браком відчуття надійної підтримки з боку оточення, відчуття соціального схвалення;

— особливості психоемоційного стану пацієнтів свідчать про наявність емоційних порушень — брак мотивації до професійної діяльності, низьку толерантність до несприятливих чинників праці, високий рівень тривожності, іпохондричну фіксацію, погіршення сну, зниження апетиту. Також вони відчували високий рівень нервово-психічної напруги, агресивність, погіршення міжособистісних контактів, порушення моральної орієнтації, афективне збудження і гальмування. Тобто пацієнтам основної групи притаманні нижчі показники психоемоційного стану (астенія, дезадаптація та психічна напруга) (3,42 стени, 4,12 стени, 3,43 стени відповідно);

— структура копінг-стратегій у пацієнтів з депресивними епізодами характеризувалась переважанням копінг-стратегій, орієнтованих на емоції (76,47 %, $p < 0,029$); у пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами — переважанням копінг-стратегій, орієнтованих на уникнення та емоції (53,12 %, $p < 0,016$ та 53,13 % відповідно); пацієнтам з психічними розладами органічного ґенезу властиві переважання копінг-стратегій, орієнтованих на розв'язання завдань (58,06 %, $p < 0,035$) та соціальне відволікання (45,16 %, $p < 0,006$);

— загальний інтегративний показник якості життя у пацієнтів з депресивними розладами був низький ($47,59 \pm 11,09$) %, через низькі оцінки за показниками фізичної мобільності ($45,03 \pm 10,12$) %, емоційного стану ($42,13 \pm 8,97$) %, соціальної ($45,13 \pm 9,02$) % та пізнавальної ($46,13 \pm 11,02$) % функцій, та середній рівень задоволеності економічним станом ($54,23 \pm 13,24$) % і сексуальною функцією ($52,94 \pm 12,55$) %. У пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами інтегративний показник якості життя мав середні значення та дорівнював 53,30 %. Пацієнти цієї групи були найбільш незадоволені емоційним станом ($44,23 \pm 5,13$) % і якістю соціальних функцій ($44,35 \pm 6,12$) %, тоді як інші компоненти якості життя набували середніх значень. У пацієнтів з органічними психічними розладами інтегративний показник якості життя був на середньому рівні ($51,44 \pm 8,34$) %, що виражалось в незадоволеності фізичним станом ($46,70 \pm 7,13$) %, сексуальною дисфункцією ($46,54 \pm 6,88$) %, відчуттям зниження пізнавальних функцій ($43,27 \pm 5,11$) %;

— доведено, що пацієнти з первинними психічними розладами після перенесеної коронавірусної хвороби COVID-19 зазнавали патогенного впливу психосоціальних стресорів пандемії SARS-CoV-2 з формуванням негативних тенденцій в різних сферах якості життя.

Отримані дані дадуть змогу підвищити ефективність діагностики, профілактики та терапії психічних розладів, на формування, перебіг та клінічну картину яких вплинула коронавірусна хвороба COVID-19.

Список літератури

1. Коронавірус: статистика по країнах. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/geography/>.
2. Слюсаревський М. М. Про стан суспільної свідомості та заходи з його поліпшення в умовах пандемії COVID-19 : науково-аналітична доповідь // Вісник Національної академії педагогічних наук України. 2020; 2 (2): 1—4. DOI: <https://doi.org/10.37472/2707-305X-2020-2-2-14-2>.
3. Khaustova O., Chaban O., Burdeinyi A. Загальні принципи організації психологічної реабілітації пацієнтів із коронавірусною інфекцією (COVID-19) // Практикуючий лікар. 2021. 10 (2): 36—42. вилучено із <https://plr.com.ua/index.php/journal/article/view/630>.
4. Stress-related psychopathology during the COVID-19 pandemic / [Katie A. McLaughlin, Maya L. Rosen, Steven W. Kasparek, and Alexandra M. Rodman] // Behav Res Ther. 2022 Jul; 154: 104121. DOI: 10.1016/j.brat.2022.104121.
5. The fear of COVID-19 scale: Development and initial validation / Ahorsu D. K., Lin C. Y., Imani V. [et al.] // International Journal of Mental Health and Addiction. 2022; 20 (3): 1537—1545. DOI: 10.1007/s11469-020-00270-8.
6. Lee S. A. Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety // Death Studies. 2020; 44 (7), 393—401. DOI: 10.1080/07481187.2020.1748481.
7. Lee S. A. Replication analysis of the Coronavirus Anxiety Scale // Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry & Neurological Sciences. 2020. Vol. 33; Issue 2. P. 203—205. DOI: 10.14744/DAJPN.2020.00079.
8. Lee S. A. Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety / S. A. Lee, M. C. Jobe & A. A. Mathis // Psychological Medicine. 2021; 51 (8), 1403—1404. DOI: <https://doi.org/10.1017/S003329172000121X>.
9. Psychometric Validation of the Indonesian Version of the Fear of COVID-19 Scale: Personality Traits Predict the Fear of COVID-19 / Nazari N, Safitri S, Usak M. [et al.] // Int J Ment Health Addict. 2021 Aug 23: 1—17. DOI: 10.1007/s11469-021-00593-0.
10. Вассерман Л. И. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и её практическое применение : методические рекомендации / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, М. А. Беребин. Москва : НИПНИ им. Бехтерева, 2004. 28 с.
11. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина. В кн.: Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / ред. и сост. Райгородский Д. Я. Самара : Издательский Дом «Бахрах-М», 2006. С. 549—672. URL: <https://portal.iapm.edu.ua/portal/media/books/397819c603344c76bd42ccc2da19b6bb.pdf>.
12. Величковский Б. Б. Многомерная оценка индивидуальной устойчивости к стрессу // Вестник Московского государственного областного университета. 2007. № 3. С. 105—112.
13. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов : методические рекомендации. Минск, 2000. С. 2—25.

References

1. *Koronavirus: statystyka po krainakh*. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/geography/>. (In Ukrainian).
2. Sliusarevskiy M. M. Pro stan suspilnoi svidomosti ta zakhody z yoho polipshennia v umovakh pandemii COVID-19 : naukovo-analitychna dopovid. *Visnyk Natsionalnoi akademii pedahohichnykh nauk Ukrainy*. 2020;2(2):1-4. doi: <https://doi.org/10.37472/2707-305X-2020-2-2-14-2>. (In Ukrainian).
3. Khaustova, O., Chaban, O., & Burdeinyi, A. (2021). Zahalni pryntsyvy orhanizatsii psykhoholichnoi reabilitatsii patsiientiv

iz koronavirusnoiu infektsiieiu (COVID-19). *Praktykuiuchy likar*, (2), 36-42. <https://plr.com.ua/index.php/journal/article/view/630>.

4. Katie A. McLaughlin, Maya L. Rosen, Steven W. Kasperek, and Alexandra M. Rodman. Stress-related psychopathology during the COVID-19 pandemic. *Behav Res Ther*. 2022 Jul; 154: 104121. Published online 2022 May 17. doi: 10.1016/j.brat.2022.104121.

5. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict*. 2022;20(3):1537-1545. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8. Epub 2020 Mar 27. PMID: 32226353; PMCID: PMC7100496.

6. Sherman A. Lee (2020) Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety, *Death Studies*, 44:7, 393-401, DOI: 10.1080/07481187.2020.1748481.

7. Lee SA. Replication analysis of the coronavirus anxiety scale. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2020. 33. doi: 10.14744/DAJPNS.2020.00079.

8. Lee, S. A., Jobe, M. C., & Mathis, A. A. (2021). Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological Medicine*, 51(8), 1403–1404. <https://doi.org/10.1017/S003329172000121X>

9. Nazari N, Safitri S, Usak M, Arabmarkadeh A, Griffiths MD. Psychometric Validation of the Indonesian Version of the Fear of COVID-19 Scale: Personality Traits Predict the Fear of COVID-19. *Int J Ment Health Addict*. 2021 Aug 23:1-17. doi: 10.1007/s11469-021-00593-0. Epub ahead of print. PMID: 34456653; PMCID: PMC8382103.

10. Vasserman L. I., Iovlev B. V., Berebin M. A. *Metodika dlya psikhologicheskoy diagnostiki urovnya sotsialnoy frustirovannosti i yeyo prakticheskoye primeneniye*. Metodicheskiye rekomendatsii. Moskva : NIPNI im. Bekhtereva, 2004. 28 s.(In Russian).

11. Mnogourovnevyy lichnostnyy oprosnik «Adaptivnost» (MLO-AM) A. G. Maklakova i S. V. Chermyanina. V kn.: *Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy*. Uchebnoye posobiye. Red. i sost. Raygorodskiy D. Ya. Samara : Izdatelskiy Dom "Bakhrakh-M", 2006. S. 549—672.(In Russian).

12. Velichkovskiy B. B. Mnogomernaya otsenka individualnoy ustoychivosti k stressu. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta*. 2007. № 3. S. 105—112.(In Russian).

13. *Metodika otsenki kachestva zhizni bolnykh i invalidov*. Metodicheskiye rekomendatsii. Minsk, 2000. S. 2—25.(In Russian).

Надійшла до редакції 26.04.2023

Відомості про авторів:

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи*; e-mail: mscience@ukr.net

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юріївна, доктор медичних наук, старший науковий співробітник*; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії*; e-mail: tamarapanko@ukr.net

СЕМІКІНА Олена Євгенівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії*; доцент кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ЛАПІНСЬКА Оксана Романівна, молодший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії*, e-mail: kl.huce@gmail.com

* — Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work**; e-mail: mscience@ukr.net

FEDCHENKO Viktoriya, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor**; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry**; e-mail: tamarapanko@ukr.net

SIEMIKINA Olena, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry**; Associate Professor of Department of clinic Neurology, Psychiatry and Narcology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

LAPINSKA Oksana, Junior Researcher of the Department of Borderline Psychiatry**

** — of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine