

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
ЦЕНТР ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, ЗАОЧНОГО ТА ДИСТАНЦІЙНОГО
НАВЧАННЯ

Кафедра практичної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему

**«ДИНАМІКА ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН У КЛІЄНТІВ, ЩО
ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19 У ПРОЦЕСІ ПОЗИТУМ-ПІДХОДУ»**

кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти
освітнього ступеня «магістр»
Божени ОЛІНИЧОК
2 курсу заочної форми навчання
спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Психологія»

Науковий керівник
доктор психологічних наук, доцент
Галина КАТОЛИК

Рецензент
кандидат психологічних наук, доцент
Олександр КУЦІЙ

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«____» _____ 2022 р., протокол № ____

Завідувач кафедри практичної психології

кандидат психологічних наук

_____ **Галина ОДИНЦОВА**

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена особливостям динаміки особистісних змін у клієнтів, які перенесли COVID-19, у процесі психологічної роботи з ними у позитум-підході. Було досліджено групу із 70 дорослих осіб (середній вік – 39 років), які перенесли COVID-19 і з якими працювали у позитум-підході протягом двох з половиною місяців (10 сеансів). Виявлено, що в процесі роботи у цих клієнтів підвищилася стресостійкість, знизилася ситуативна тривожність, зменшився загальний показник депресії та міра вияву її когнітивно-афективних і соматичних ознак, знизився рівень дратівливості, підозріливості, схильності до образ, в цілому менше почали виявлятися агресивні тенденції. Встановлено, що працюючи у позитум-підході, клієнти, які перенесли COVID-19, почали вище оцінювати актуальний рівень вияву у себе окремих вольових якостей – рішучості, витримки, енергійності й уважності. Встановлено прямі статистично значущі кореляції між схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19, та між важкістю стану під час хвороби, перебуванням у лікарні під час лікування і наявністю ускладнень з боку будь-якої із систем організму після одужання.

Показано, що серед осіб, які перенесли COVID-19, можна виділити підгрупи осіб з більшою і з меншою схильністю до депресивних станів, при чому, більше схильні до депресивних станів особи мали вищий рівень особистісної та ситуативної тривожності, виявляли більшу дратівливість та почуття провини, відзначалися нижчим рівнем стресостійкості та нижче оцінювали власну ініціативність й уважність після перенесеної хвороби. Виявлено, що за час роботи у позитум-підході як в осіб з більшою, так і в осіб з меншою схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19 знизився сумарний показник депресії, зменшилася вираженість її когнітивно-афективних та соматичних ознак, знизився рівень ситуативної тривожності, а також зросла самооцінка енергійності на актуальний момент часу. Встановлено, що в осіб, які були більше схильними до депресивних станів після перенесеної хвороби, також знизилась дратівливість і зменшилося переживання почуття провини, вони почали відзначати свою більшу уважність, а особи з меншою схильністю до депресивних станів почали виявляти меншу підозріливість і вище оцінювати власну рішучість та витримку, стали більш стійкими до стресу.

Ключові слова: COVID-19, особи, які перенесли COVID-19, позитум-підхід, позитивна психотерапія, тривожність, депресивні стани, агресивність, ворожість, стресостійкість, вольові якості.

SUMMARY

Qualification work is devoted to the peculiarities of the dynamics of personal changes in COVID-19 survivors in the process of psychological work with them in a positive approach. A group of 70 adults (mean age – 39 years) COVID-19 survivors who were worked with in a positive approach for six weeks (10 sessions) was studied. It was found that in the process of working in a positive approach, these clients have increased stress resistance, decreased situational anxiety, decreased overall depression and the degree of manifestation of its cognitive-affective and somatic signs, decreased levels of irritability, suspicion, propensity to resentment, aggressive tendencies. Also it was found that in the process of working in a positive approach, COVID-19 survivors began to evaluate the current level of expression of their certain volitional qualities – resoluteness, endurance, energy and attentiveness. Direct statistically significant correlations were found between the predisposition to depressive states after COVID-19, and between the severity of the condition during the illness, hospital stay during treatment and the presence of complications from any of the body's systems after recovery.

It has been shown that subgroups with a higher and lower predisposition to depression can be identified among COVID-19 survivors, with those who are more prone to depression having a higher level of personal and situational anxiety, greater irritability and guilt, a lower level of stress resistance and rated their own initiative and attentiveness after the disease. It was found that during the work in the positive approach in both subgroups with higher and lower predisposition to depressive states after COVID-19 decreased the total rate of depression, the severity of its cognitive-affective and somatic signs, situational anxiety, as well as increased assessment level of energy at the current time. It was found that COVID-19 survivors who were more prone to depression also decreased irritability and guilt, they began to rate their attentiveness higher, and those who were less prone to depression began to show less suspicion and to rate their resoluteness and endurance higher, become more resistant to stress.

Key words: COVID-19, COVID-19 survivors, positive approach, positive psychotherapy, anxiety, depression, aggression, hostility, stress resistance, volitional qualities.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН У КЛІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19, В ПРОЦЕСІ РОБОТИ У ПОЗИТУМ-ПІДХОДІ	10
1.1. Перенесений COVID-19 як чинник впливу на психічний і психологічний стан та особистість людини.....	10
1.2. Загальна характеристика і базові принципи позитум-підходу	16
1.3. Можливості позитум-підходу у роботі з клієнтами, які перенесли COVID- 19	25
Висновки до розділу 1.....	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИНАМІКИ ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН У КЛІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19, У ПРОЦЕСІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ В ПОЗИТУМ-ПІДХОДІ	31
2.1. Організація та методологія емпіричного дослідження	31
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження	37
2.2.1. Психологічна характеристика осіб, які перенесли COVID-19.....	37
2.2.2. Аналіз динаміки особистісних змін у процесі позитум-підходу в клієнтів з різною схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID- 19	43
2.2.3. Порівняння особистісних характеристик осіб, які перенесли COVID- 19, до та після роботи у позитум-підході.....	60
Висновки до розділу 2.....	65
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	71
ДОДАТКИ	76

ВСТУП

Актуальність дослідження. 11 березня 2020 року спалах хвороби, спричиненої невідомим до цього вірусом SARS-CoV-2, який розпочався у Китаї, був визнаний ВООЗ як пандемія. Від того часу наш світ живе в абсолютно нових реаліях, ті чи інші зміни зачепили практично усі сфери нашого життя (сферу здоров'я, роботи і навчання, сферу дружніх і сімейних взаємин, розваг і відпочинку, фінансів тощо). І до таких змін довелося так чи інакше адаптовуватися людям з усіх країн. Тема впливу COVID-19 та пандемії на психологічний і психічний стан людей по всьому світу була і залишається предметом багатьох досліджень. Це й не дивно, адже у зв'язку з пандемією актуалізувалися численні екзистенційні страхи (наприклад, страх смерті, втрати матеріальних здобутків і статків, кінця світу та ін.) [6], посилилася соціальна ізоляція багатьох людей. Проте, відносно невелика частина цих досліджень наразі присвячена власне особам, які перенесли COVID-19, а також динаміці їхнього психологічного стану та особистісних змін у процесі психологічної роботи з ними після одужання, тоді як у більшості йдеться про наслідки пандемії для населення в цілому [21].

Очевидно, що особи, які перенесли COVID-19, найбільше переживали на собі його негативний вплив: вони відчували безпосередню загрозу своєму власному життю, а також мали підстави хвилюватися за здоров'я своїх рідних, вимушено перебували в ізоляції під час лікування, не маючи змоги повноцінно спілкуватися з близькими та друзями і насолоджуватися їхньою фізичною присутністю тощо. Психологічний стрес або й дистрес, зумовлений зазначеними факторами, нерідко стає причиною виникнення психологічних і психічних порушень у цих осіб, а також може викликати у них певні особистісні зміни. Відтак, для повноцінного відновлення пацієнтів, які перенесли COVID-19, важливою є не лише фізична, але й психологічна реабілітація після одужання.

За даними досліджень вітчизняних і зарубіжних науковців, найчастіше в осіб, які перенесли COVID-19, спостерігається різного рівня вираженості тривожна, депресивна, obsесивно-компульсивна симптоматика, симптоми посттравматичного стресового розладу, психогенні порушення сну, порушення когнітивних функцій та ін. [2; 4; 8; 18; 20 25; 26; 28; 30; 31; 32; 41]. З огляду на це, перспективним в плані надання психологічної допомоги цим особам видається використання саме методу позитивної психотерапії, в основі якої лежить позитум-підхід, розроблений у 70-80-х роках минулого століття доктором психосоматичної медицини Н. Пезешкіаном. Ефективність використання позитивної психотерапії зокрема у роботі з депресивними і тривожними розладами є емпірично доведеною. Окрім цього, засадничі принципи позитум-підходу відкривають чимало можливостей для того, що допомогти особам, які перенесли COVID-19, асимілювати пережите ними під час хвороби, «включити» його у свій життєвий досвід і використовувати як ресурс для подальшого саморозвитку і самореалізації. Відтак, ця робота буде присвячена вивченню динаміки особистісних змін в процесі роботи у позитум-підході в клієнтів, які перенесли COVID-19.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити особливості динаміки особистісних змін у клієнтів, що перенесли COVID-19, в процесі роботи у позитум-підході.

Завдання дослідження:

1. Провести огляд наукових досліджень, присвячених впливу перенесеного COVID-19 на психічний і психологічний стан людини та її особистість.
2. Теоретично проаналізувати базові принципи позитум-підходу та його можливості у роботі з клієнтами, які перенесли COVID-19.
3. Дати психологічну характеристику осіб, які перенесли COVID-19, базуючись на результатах проведеного емпіричного дослідження.

4. Проаналізувати динаміку особистісних змін у процесі позитум-підходу в клієнтів з різною схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19.

5. Емпірично порівняти особистісні характеристики осіб, які перенесли COVID-19, до та після роботи у позитум-підході.

6. Базуючись на результатах проведеного дослідження, сформулювати висновки та практичні рекомендації щодо психологічної роботи з клієнтами, які перенесли COVID-19.

Об'єкт дослідження – особистісні характеристики осіб, які перенесли COVID-19.

Предмет дослідження – особистісні зміни в клієнтів, що перенесли COVID-19, у процесі психологічної роботи з ними у позитум-підході.

Гіпотези дослідження:

1. Ймовірно, що в процесі психологічної роботи у позитум-підході в клієнтів, які перенесли COVID-19, відзначатиметься підвищення стресостійкості і зниження тривожності.

2. Ймовірно, що в процесі психологічної роботи у позитум-підході в клієнтів, які перенесли COVID-19, яскравіше виявлятимуться вольові якості, зокрема, самостійність, енергійність, уважність та витримка.

3. Ймовірно, що в осіб з різною схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19 спостерігатимуться відмінності у динаміці особистісних змін в процесі психологічної роботи у позитум-підході.

Теоретико-методологічна основа дослідження: загальні положення, концепції та моделі, розроблені Н. Пезешкіаном в межах позитум-підходу та доповнені його учнями (модель балансу, концепція чотирьох моделей для наслідування, принципи надії, балансу, п'ятикрокова модель психотерапії і самопомоги та ін.) [5; 9; 11; 12; 14; 15; 16; 19; 22; 23; 24; 33; 34; 36; 38; 39; 40], дані емпіричних досліджень, присвячених проблемі психологічного та

психічного стану й особистісним змінам в осіб, які перенесли COVID-19 [2; 4; 8; 18; 20 25; 26; 28; 30; 31; 32; 41].

Методи дослідження:

- 1) теоретичні методи (аналіз наукових джерел, синтез, узагальнення);
- 2) емпіричні методи (експеримент, опитування із використанням розробленої анкети і психодіагностичних методик, зокрема, шкали депресії Бека, шкали тривоги Спілбергера, опитувальника агресивності Басса-Дарки, тесту самооцінки стресостійкості С. Коухена та Г. Вілліансона);
- 3) методи математичної статистики (дескриптивний, кластерний, порівняльний і кореляційний статистичні аналізи, виконані у комп'ютерній програмі Statistica 8.0).

Емпірична база дослідження. Емпіричне дослідження проводилося у співпраці з сертифікованими психологами і психотерапевтами, які практикують у позитум-підході в різних містах України. Дослідженими стали їхні клієнти, які перенесли COVID-19, і з якими проводилася робота протягом двох з половиною місяців (10 сеансів). Група опитаних налічувала 70 осіб (48 жінок і 22 чоловіків) дорослого віку (від 29 до 51 року, середній вік – 39 років).

Наукова новизна дослідження. У процесі дослідження проведено аналіз та узагальнення результатів наукових досліджень, присвячених вивченню впливу перенесеного COVID-19 на психічний і психологічний стан людини та її особистість. Проаналізовано можливості позитум-підходу у роботі з клієнтами, які перенесли COVID-19. За результатами проведеного емпіричного дослідження уточнено психологічні характеристики та особистісні особливості дорослих, які перенесли COVID-19, зокрема, особливості їхньої тривожності, схильності до депресивних станів, агресивності й ворожості, стресостійкості, самооцінки вияву окремих вольових якостей (рішучості, витримки, уважності, енергійності, самостійності, ініціативності). Описано динаміку особистісних змін у клієнтів, які перенесли COVID-19, в процесі психологічної роботи у позитум-підході. Виявлено особливості особистісних змін у процесі позитум-

підходу в осіб з різною схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19.

Практична значущість дослідження. Результати проведеного дослідження можуть бути взяті за основу при розробці програм психологічної допомоги (зокрема, у межах позитум-підходу) особам, які перенесли COVID-19, метою яких є повноцінне їх відновлення після одужання. Також перспективним є використання отриманих результатів в ході психологічного супроводу пацієнтів із діагностованим COVID-19 з метою попередження виникнення у них різноманітних психічних і психологічних порушень після одужання.

Обсяг та структура магістерської роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів (теоретичного й емпіричного), висновків, списку використаних джерел, який налічує 41 позицію (серед них 22 іншомовних джерела), і додатків. В основному тексті роботи використано 21 рисунок і 5 таблиць. Обсяг основної частини роботи – 70 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН У КЛІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19, В ПРОЦЕСІ РОБОТИ У ПОЗИТУМ-ПІДХОДІ

1.1. Перенесений COVID-19 як чинник впливу на психічний і психологічний стан та особистість людини

Однією із характерних особливостей COVID-19 є те, що це захворювання має тривалий перебіг і різні його симптоми, зокрема, й ті, які мають місце у сфері психічного та психологічного здоров'я, можуть зберігатися ще протягом тривалого часу після гострої фази. Як показують дослідження, щонайменше 10% пацієнтів, які перенесли COVID-19, страждають від так званого «постковідного синдрому», симптоми якого можуть зберігатися ще протягом більш ніж 12 тижнів від завершення гострого захворювання [4; 25]. Разом із численними фізичними симптомами (задишка, підвищена втомлюваність і слабкість, тривалий кашель, біль у грудях, шлунково-кишкові розлади, головні болі, порушення з боку сечовидільної системи тощо), такий синдром може виявлятися і в низці психологічних та нейрокогнітивних симптомів.

За даними дослідження китайських вчених, майже 55% опитаних осіб у віці від 30 до 60 років, які перенесли COVID-19, переживали психологічний дистрес під час хвороби та на початку етапу одужання. Водночас, 31% опитаних переживали надмірний стрес, близько 22% мали підвищену тривогу, а у 38% виявлялися депресивні переживання. Як відзначають автори дослідження, особливо значущим є те, що після інших перенесених подібних за масштабом катастроф схожі психічні та психологічні порушення зазвичай виявлялися у 10-20% випадків. Тобто можна сказати, що в осіб, які перенесли COVID-19, в два або й у три частіше є ризик виникнення різноманітних психічних і психологічних порушень, порівнюючи з особами, які переживали

такі ж за масштабом травмуючі події [20, с. 1031]. Подібні результати було отримано і в одному із вітчизняних досліджень, до якого було залучені пацієнти у віці від 48 до 70 років із COVID-19 середнього і важкого ступеня, які на час лікування були госпіталізованими. Авторами дослідження встановлено, що у більшій частині опитаних (близько у 56%) під час перебування на стаціонарному лікуванні виявлялася депресія різної важкості (від легких депресивних симптомів до дуже важкої депресії), а також була характерною різною мірою виражена тривожна симптоматика (вона виявлялася у 64% опитаних). При цьому, після одужання депресивні симптоми зберігалися у цих осіб протягом більш тривалого часу, порівнюючи із тривожними, що особливо було характерним для осіб у віці понад 65 років (на додачу до цього, перебіг депресивних станів після перенесеного COVID-19 у цих осіб був суттєво важчим, порівнюючи із перебігом тривожних станів) [2].

Окрім високої ймовірності розвитку депресивної і тривожної симптоматики під час лікування та після одужання від COVID-19, в учасників цього дослідження було виявлено також і підвищену схильність до проблем зі сном, міра вираженості якої прямо корелювала із тим, наскільки схильними були ці хворі до труднощів із релаксацією. Такий зв'язок, на думку авторів дослідження, свідчить про те, що порушення сну, які виявляються в осіб, що перенесли COVID-19, є психогенно зумовленими [2].

Результати досліджень британських вчених дають підстави стверджувати, що в осіб, які перенесли COVID-19, існує потенційна небезпека виникнення симптомів посттравматичного стресового розладу. Так, опитування осіб, які під час хвороби перебували у лікарні, показало, що на початку етапу одужання майже 24% хворих зі звичайних відділень і 47% пацієнтів інтенсивної терапії мали посттравматичні стресові симптоми. Окрім цього, близько 16% осіб, які перебували під час хвороби у звичайних відділеннях, і майже 38% осіб, які були пацієнтами інтенсивної терапії, на початку етапу одужання відзначали у себе підвищену тривогу та депресивні переживання [26, с. 1013-1014].

Із описаним вище узгоджуються результати досліджень італійських вчених, які провели опитування майже півтисячі дорослих осіб, що перенесли COVID-19, та перебували на стаціонарному лікуванні під час хвороби. Опитування проводилося через місяць після одужання і показало, що у 42% цих пацієнтів виявлялася тривожна симптоматика, 40% мали проблеми зі сном (здебільшого безсоння), у 31% відзначалися депресивні симптоми, 28% мали симптоми посттравматичного стресового розладу, а у 20% виявлялися obsесивно-компульсивні симптоми [30, с. 594].

Цікавими виявилися результати досліджень грецьких вчених, які опитували пацієнтів, що перенесли COVID-19, і були госпіталізованими на час лікування через 1-2 місяці після їхнього одужання. Так, окрім описаних вище депресивних, тривожних симптомів, ознак посттравматичного стресового розладу та проблем зі сном (вони виявлялися у 19%, 27%, 39% та у 33% опитаних відповідно), результати цього дослідження свідчать про зміни в оцінці особами, які перенесли COVID-19, якості свого життя та в рівні їхньої задоволеності життя. Особи, які у процесі лікування були пацієнтами інтенсивної терапії, після одужання нижче оцінювали якість свого життя і в цілому були менше задоволені життям, порівнюючи з тими, які перебували у звичайних відділеннях (тобто чий стан під час хвороби був легшим). Окрім цього, було встановлено обернений зв'язок між тим, наскільки особи, які перенесли COVID-19, були задоволеними своїм життям і наскільки високо вони оцінювали його якість через один-два місяці після одужання, та між тривалістю їхньої госпіталізації під час лікування [31].

За даними вітчизняних дослідників, у гострому періоді хвороби (протягом перших чотирьох тижнів після підтвердженого COVID-19) у хворих виявлялися порушення свідомості, підвищена втомлюваність та проблеми зі сном. Протягом 4-12 тижнів перебігу хвороби у пацієнтів відзначалася тривожна симптоматика, депресивні переживання, проблеми зі сном (здебільшого безсоння), а також підвищена втомлюваність та зниження

когнітивних функцій. В осіб, які перенесли COVID-19, було виявлено збереження проблем зі сном, підвищену втомлюваність і виснажуваність, депресивні і тривожні симптоми, симптоматику фобічних розладів, розладів адаптації, а також нападів паніки. Опитування хворих, які перенесли COVID-19, через шість місяців після одужання показало, що в них зберігаються і виявляються депресивні та тривожні симптоми різного ступеня вираженості, obsesивно-компульсивна симптоматика, симптоми соціальних фобій і посттравматичного стресового розладу, порушення когнітивних функцій, проблеми зі сном (здебільшого виявлялися такі проблеми, як поверховість сну і часті пробудження), схильність до симптомів адаптаційних, поведінкових і особистісних розладів, залежностей (як хімічних, так і нехімічних) та делінквентної поведінки [18, с. 26]. Отримані дані, як бачимо, дають підстави стверджувати, що по мірі збільшення часу, який минає від моменту одужання, в осіб, що перенесли COVID-19, зростає ймовірність вияву більш різноманітних психологічних і психічних порушень.

Результати досліджень також вказують на те, що в осіб, які перенесли COVID-19, існує ймовірність порушення функціональної здатності та соціалізації після одужання. Так, досліджуючи 1300 осіб, які одужали від COVID-19, через місяць після їхнього повернення з лікарні, китайські вчені виявили, що тільки 40% опитаних почувають себе незалежними у повсякденному житті. Тобто більша частина осіб, які перенесли COVID-19, ще протягом місяця після одужання не почувають себе повноцінно самостійно функціонувати у різних сферах життя, настільки повноцінно, як це було у них до діагностованого COVID-19 [41].

Науковцями було виявлено деякі чинники, які можуть мати вплив на те, якою мірою в осіб після перенесеного COVID-19 виявляються ті чи інші психічні або психологічні порушення. Так, за результатами згаданого вище дослідження грецьких вчених депресивні, тривожні симптоми, проблеми зі сном, симптоми посттравматичного стресового розладу у найближчому

майбутньому після одужання (через один-два місяці) частіше виявляються у жінок, ніж у чоловіків [31].

Результати іншого дослідження, проведеного китайськими вченими, підтверджують, що про симптоми посттравматичного стресового розладу після одужання від COVID-19 частіше повідомляють жінки, порівнюючи з чоловіками. Також у цьому дослідженні було встановлено, що чинниками вияву подібної симптоматики в осіб, які перенесли COVID-19, є нижчий рівень освіти, підвищена тривожність, нижчий рівень сприйнятої емоційної підтримки від інших під час лікування та/або госпіталізації у процесі лікування. Пояснюючи отримані результати, автори дослідження вказують на те, що підвищена схильність жінок до симптомів посттравматичного стресового розладу після перенесеного COVID-19 може зумовлена комбінацією психологічних, генетичних і гормональних факторів. Особи з нижчим рівнем освіти можуть мати меншу соціальну підтримку та використовувати менш конструктивні стратегії копіngu, порівнюючи з особами, які є більш освіченими, в результаті чого у них частіше розвивається подібна симптоматика після одужання. Підвищена тривожність може бути причиною занепокоєності власним фізичним здоров'ям і соціально-економічними проблемами, пов'язаними із хворобою, що може робити свій внесок у розвиток симптомів посттравматичного стресового розладу після одужання. А переживання під час лікування достатньої емоційної підтримки від інших (друзів, рідних, лікарів чи інших медичних працівників у лікарні) перешкоджає розвитку психологічного дистресу, що зменшує ймовірність появи симптомів посттравматичного стресового розладу після одужання від COVID-19 [28].

Хоча у більшості із описаних вище досліджень йдеться про те, що тривожна, депресивна симптоматика, труднощі зі сном частіше виявляються у пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування від COVID-19 (тобто були госпіталізованими), деякі дані свідчать про те, що навіть залишаючись вдома, пацієнти можуть переживати підвищену тривогу (найчастіше вона пов'язана з

можливістю заразити інших членів сім'ї), мати ознаки легкої депресії, а також певні проблеми зі сном [8, с. 30].

За даними досліджень можна говорити також і про те, що частота та міра вираженості тривоги, депресивних переживань і симптомів посттравматичного стресового розладу в осіб, які перенесли COVID-19, мають певну динаміку після їхнього одужання. В одному із досліджень, присвячених цій проблематиці, було виявлено, що близько 50% опитаних повідомляли про те, що в них виявлялися депресивні симптоми, а також симптоми посттравматичного стресового розладу у час, коли вони хворіли на COVID-19, при чому, кожен п'ятий серед цих осіб відзначав у себе депресію та ознаки посттравматичного стресового розладу і через місяць після одужання [32]. В іншому подібному дослідженні, яке було проведено вченими із Дубаї, встановлено, що через чотири тижні після одужання близько у 22% опитаних виявлялася підвищена тривога, майже у 13% спостерігалися виражені депресивні переживання і близько у 9% виявлялися симптоми посттравматичного стресового розладу. Через вісім тижнів після одужання зазначені порушення виявлялися близько у 10%, 7% і 5% відповідно [27].

Отже, роблячи проміжні підсумки, можна сказати, що пацієнти, які перенесли COVID-19, перебувають у зоні ризику щодо розвитку різноманітних психічних і психологічних порушень як у процесі лікування, так і протягом тривалого часу після одужання (після гострої фази захворювання). Найчастіше у них можуть виникати тривожні і депресивні симптоми, симптоми посттравматичного стресового розладу, порушення сну, зниження когнітивних функцій, obsesивно-компульсивна симптоматика, симптоми соціальних фобій тощо. При цьому, частота виникнення та міра вираженості зазначених порушень може залежати від різних чинників (наприклад, стать, рівень освіти, важкість стану під час хвороби, місце перебування під час лікування (вдома чи в лікарні), рівень сприйнятої емоційної підтримки від інших у процесі лікування та ін.).

1.2. Загальна характеристика і базові принципи позитум-підходу

Позитум-підхід, назва якого походить від слова «positum», що в перекладі з латинської означає «те, що є насправді», лежить в основі позитивної психотерапії – психотерапевтичного та метатеоретичного напрямку, який розроблявся в 70-80-х роках минулого століття у Німеччині психіатром, неврологом, психотерапевтом і доктором психосоматичної медицини Носсратом Пезешкіаном. Цей підхід є орієнтованим на ресурси, транскультурним методом, що включає в себе елементи гуманістичного, системного, психодинамічного та когнітивно-поведінкового напрямків. Основною ціллю психологічної допомоги у межах позитивної психотерапії є мобілізація внутрішніх ресурсів клієнтів з метою подальшої актуалізації їхньої здатності приймати позитивні рішення навіть у найбільш складних життєвих ситуаціях та у найбільш несприятливих зовнішніх умовах [24]. Від часу започаткування даного підходу, він здебільшого розвивався у межах психіатрії, психосоматичної медицини та психотерапії. Але на сьогодні можливості позитум-підходу застосовуються набагато ширше і він все частіше використовується для психологічного консультування та психотерапевтичної роботи з умовно здоровими клієнтами.

Позитивна психотерапія, в основі якої лежить позитум-підхід, об'єднує симптоми з сильними сторонами клієнта, ресурси з ризиками, його слабкі сторони з цінностями та перевагами, а надії із жалем для того, щоб зрозуміти властиву для клієнта складність людського досвіду у збалансований спосіб. З позиції позитивної психотерапії, клієнти, які шукають лікування, не є сукупністю симптомів чи втіленням сильних аспектів їхньої особистості. У процесі позитивної психотерапії систематично збільшуються позитивні ресурси клієнта, зокрема, його позитивні емоції, сильні риси характеру, значущі смисли, позитивні взаємини з іншими та внутрішньо мотивовані досягнення [36, с. 25].

Поняття «позитивний» у контексті позитум-підходу є холістичним, тобто передбачає не лише зосередженість виключно на ресурсах. У процесі психотерапевтичних інтервенцій враховуються як аспект проблеми та її вирішення, так і аспекти ресурсів сили, копінгу і благополуччя. Цей підхід включає в себе позитивне сприймання людини та її природи, позитив у вірі в ще нерозвинені здібності та здатності людини, позитив у функціональності й сенсовності її симптомів, а також позитив у процесах, орієнтованих на вирішення її проблем [24].

У позитум-підході постулюються три засадничі принципи:

1. Принцип надії, відповідно до якого розроблено позитивну концепцію людини як такої, її природи, здібностей, можливостей бути конструктивною й ефективною при самостійному вирішенні власних проблем.
2. Принцип балансу, згідно із яким основний (базовий) конфлікт розглядається як динамічне утворення, зміст та динаміка розвитку якого описуються співвідношенням базових здатностей (до любові і до пізнання) та реальних здібностей (первинних і вторинних) людини, а його вирішення вбачається у їх гармонізації та встановленні життєвого балансу.
3. Принцип консультування, що описує п'ятикрокову (п'ятиетапну) модель психотерапії та самопомоги [12; 19; 33; 34].

Згідно з поглядами Н. Пезешкіана, людина за своєю природою є доброю, тобто здатна бути соціальною, альтруїстичною та емпатійною, має потенціал для того, щоб зробити добрий внесок у свою сім'ю, у своє соціальне оточення, у розвиток людства в цілому. Окрім цього, розглядаючи природу людини, автор зосереджувався на таких її істотних частинах, як орієнтація на майбутнє, прагнення до сенсу, духовність [34].

У процесі позитивної психотерапії використовуються інтервенції, які допомагають клієнтам зрозуміти сенс психічних причин їхніх симптомів і

страждань. Тут спостерігається зміщення акценту з основного (базового) конфлікту на можливості клієнта, які «оточують» зону конфлікту. При цьому, робота спрямована на те, щоб мобілізувати реінтеграційні тенденції фізичної (тілесної), духовної і психічної сфер клієнта. У позитум-підході наголошується, що джерело усіх актуальних конфліктів і проблем людини знаходиться у її основному конфлікті, а також у тому, якою саме є її індивідуальна конфліктна реакція і яким способом вона вирішує конфлікт між чемністю (ввічливістю) та відкритістю (відвертістю) [16; 33; 34].

Згідно з принципами позитум-підходу, основний (базовий) конфлікт людини описується її базовими здатностями та реальними (первинними і вторинними) здібностями. При цьому, у процесі терапевтичної роботи особистісний сенс та рівень розвитку кожної з цих здібностей виявляються, диференціюються та компліуються клієнтом. Двома базовими здатностями кожної людини є:

- здатність до любові (здатність любити і приймати любов, налагоджувати і підтримувати емоційні контакти);
- здатність до пізнання (здатність пізнавати, логічно та раціонально осмислювати реальність, пізнавати суть речей, використовуючи для цього свій розум і процеси мислення).

Здатність до любові описує емоційний аспект, а здатність до пізнання – когнітивний. Вважається, що ці здатності є властивими для людини вже від її народження. На основі цих здібностей розвиваються первинні і вторинні реальні здібності людини. Так, на основі здатності до любові розвиваються первинні здібності людини: вміння виявляти любов і кохання, терплячість, вміння структурувати свій час, налагоджувати стосунки, виявляти ніжність та приймати вияви ніжності від інших, вміння виявляти свою сексуальність, довіряти, надіятися і вірити, сумніватися, виявляти впевненість, здатність до єдності, вміння бути рольовою моделлю (тобто взірцем для інших).

А на основі здатності до пізнання розвиваються вторинні здібності людини: пунктуальність, охайність, відкритість, лояльність, справедливість, послух, чемність (ввічливість), надійність, сумлінність, ощадливість, точність (акуратність), впорядкованість, амбітність (прагнення до досягнень). Реальні первинні і вторинні здібності різною мірою розвинені у різних людей, їхнє поєднання є унікальним та описує індивідуальність і неповторність кожної людини [15; 19; 22; 33; 34].

Важливою частиною позитум-підходу є модель балансу (рис. 1.1), згідно із якою життя людини відбувається і може бути описане у чотирьох основних сферах:

- тіло / відчуття;
- контакти (сфера взаємин);
- досягнення (сфера діяльності);
- майбутнє / фантазія / інтуїція (духовність, сфера смислів).

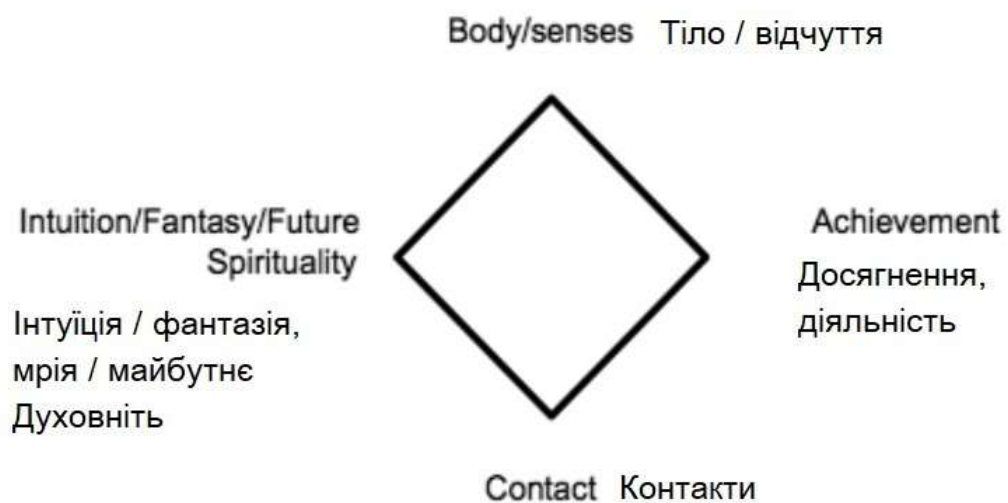


Рис. 1.1. Модель балансу за Н. Пезешкіаном [34]

Сфера тіла включає тілесні відчуття людини, описує те, як саме вона відчуває своє власне тіло, як сприймає інформацію ззовні, яку отримує через свої тілесні відчуття. Сфера досягнень (діяльності) включає різну діяльність людини (професійну, навчальну, домашню роботу тощо), її кар'єрні досягнення, фінанси. Сфера контактів описує взаємини людини, її емоційні

зв'язки з іншими (дружба, стосунки з рідними, робочі стосунки з колегами) та із самим собою. Четверта сфера описує фантазії (мрії) людини, її плани на майбутнє, цілі та ціннісні орієнтації. Це сфера інтуїції, духовності, сенсу життя, віри [9, с. 46-47].

Актуальні проблеми, як і основний (базовий) конфлікт можуть знаходитися в одній із зазначених сфер. Окрім того, у процесі життя в кожній людині розвиваються переважаючі способи, якими вона вирішує свої проблеми, і які теж знаходяться у певній із зазначених сфер. Наприклад, якщо способи вирішення актуального конфлікту лежать у сфері тіла, то у відповідь на проблему чи конфлікт у людини виникають психосоматичні порушення, тобто вона реагує власним тілом, фізичними відчуттями, «тікає у хворобу». У сфері діяльності та досягнень лежать такі способи реагування на конфлікт, як «втеча у роботу», надмірне використання «логічного мислення» (раціоналізація), намагання відволіктися від актуальної проблеми шляхом активного залучення до діяльності у певній сфері (прибирання, навчання тощо). Переважання реагування на актуальний конфлікт сферою контактів пов'язане з намаганням людини вирішити свої проблеми або відволіктися від них шляхом активного спілкування з іншими. А реагуючи на конфлікт сферою фантазії, майбутнього, духовності, людина намагається «вирішувати» проблеми «тікаючи» у мрії, творчість, інтуїтивні судження, релігійність тощо [9; 33; 34].

Ще однією важливою концепцією у позитум-підході є концепція чотирьох моделей для наслідування (Я, Ти, Ми, Пра-Ми), яка описує процес соціалізації, формування поведінки та ставлення людини до основних сфер життя (до себе, до інших, до сфери духовності, до контактів і до сфери досягнень та діяльності) (рис. 1.2).

Так, з дитинства людина перебуває під впливом сімейних концепцій, носіями яких є її батьки, сиблінги (брати і сестри), прабадьки (бабусі та дідусі) або ж особи, які виконували їхні функції у процесі виховання людини. Ці сімейні концепції визначають розвиток здатності людини до любові і від них

багато в чому залежить поведінка людини вже в дорослому віці. Сфера тіла, тобто ставлення людини до себе, до своїх тілесних відчуттів (сфера «Я») насамперед залежить від того, як до неї в дитинстві ставилися її батьки, скільки часу та уваги вони приділяли їй, наскільки задовольняли її потреби, а також від того, яким було ставлення батьків до її братів та сестер (сіблінгів). Ставлення людини інших і до різних аспектів життя (шлюбу, роботи, дружби і сім'ї, сексуальності тощо) (сфера «Ти») визначається тим, яким вона бачила у дитинстві ставлення своїх батьків один до одного.

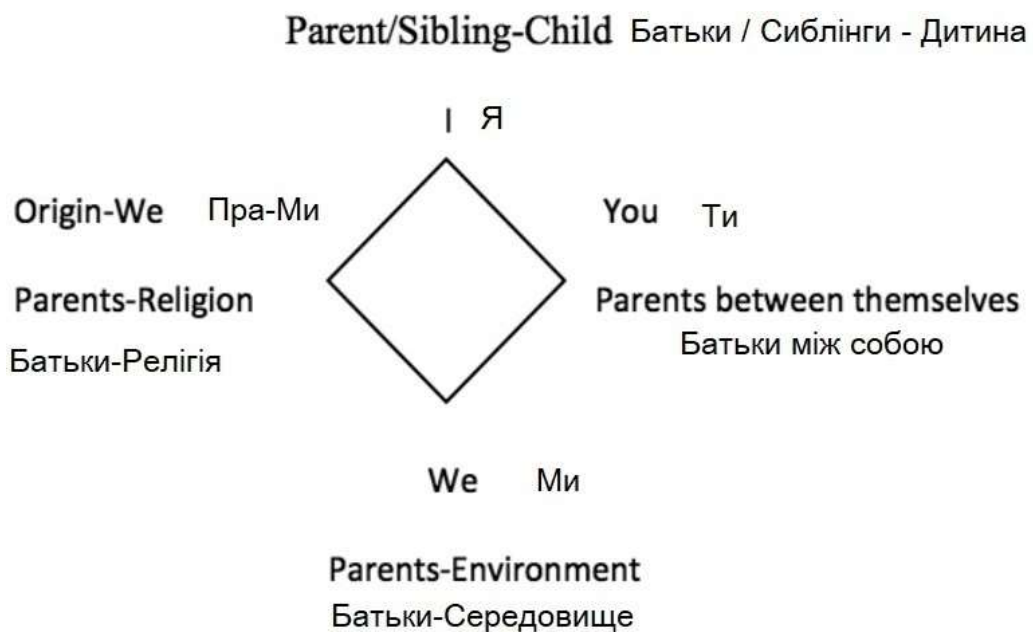


Рис. 1.2. Чотири моделі для наслідування за Н. Пезешкіаном [34]

Особливості контактів людини з іншими (сфера «Ми») залежать від того, якими були стосунки між її батьками та зовнішнім середовищем, як вони налагоджували контакт з іншими, чому встановлювали чи обривали такий контакт, як залучали дитину до контактів з іншими тощо. Особливості поведінки людини у сфері духовності та сенсу (сфера «Пра-Ми») визначаються тим, як її батьки ставилися до релігії, яким був їхній світогляд, у чому вони вбачали сенс життя, якими були їхні основні життєві цілі, наскільки їхні світоглядні та релігійні уявлення узгоджувалися із домінуючими у суспільстві тощо [11].

Хоча у процесі позитивної психотерапії клієнти мають можливість обговорювати свої проблеми, з якими вони звертаються до фахівця, але акцент робиться не на цих проблемах. Навпаки, увагу клієнта зосереджують на позитивних аспектах його життя, робота спрямована на те, щоб «відкрити» разом з клієнтом простір для позитивних відгуків від інших, для усвідомлення ним власних сильних сторін, завдяки чому для нього стає можливим відшукати свій власний сенс у житті. Окрім цього, у процесі роботи в позитум-підході часто використовується техніка позитивної реінтерпретації, яка передбачає відхід від традиційного трактування проблем і симптомів клієнта. Наприклад, з позицій позитум-підходу сенс страху полягає в обережності людини та в її здатності уникати загрозливих ситуацій, а не в її боягузтві чи нездатності перебувати у складних ситуаціях. Лінощі тут розглядаються як уміння людини відпочивати, відмовлятися від завищених потреб та очікувань, а не як брак працелюбства чи слабка сила волі. Сенс депресивних переживань відповідно до позитум-підходу – це здатність людини глибоко емоційно реагувати на проблеми і конфлікти, а не її пасивність та пригніченість тощо [5, с. 25].

Активація особистісних ресурсів клієнта у процесі психологічної роботи з ним у позитум-підході описується моделлю, що включає п'ять основних етапів (кроків) [9; 10; 12; 24; 33]:

1. Перший етап – це етап спостереження/дистанціювання. Основна мета цього етапу полягає у тому, щоб допомогти клієнту побачити свою проблему з метапозиції, змінити звичний для нього проблемний спосіб реагування. На цій стадії терапевт активно слухає, цілісно сприймає клієнта, прояснює для себе і для самого клієнта його фактичну актуальну життєву ситуацію, уточнює запит, із яким він звернувся.

2. Другий етап – це етап так званої інвентаризації, мета якої полягає у тому, щоб допомогти клієнту усвідомити власні стратегії поведінки (позитивні й негативні), зміст своїх реакцій на ті чи інші життєві події, власні життєві пріоритети та їх співвідношення тощо.

3. Третій етап – ситуативне заохочення. На цьому етапі важливо допомогти клієнту усвідомити ті можливості, які він має в актуальній життєвій ситуації, сфокусувати його на цих можливостях і на проблемах, які йому вже вдалося вирішити, на стратегіях поведінки, які дозволять йому найбільш ефективно вирішити свою актуальну проблему.

4. Четвертий етап – вербалізація. На цьому етапі відбувається проговорення з клієнтом його актуальних проблем, які потребують вирішення, ретельне планування їх вирішення.

5. П'ятий етап – етап розширення цілей. На цьому етапі відбувається проговорення перспектив, які можуть відкритися для клієнта після вирішення його проблем.

Потрібно зауважити, що описані етапи (кроки, фази) не є статичною моделлю психотерапевтичного процесу у позитум-підході. Вони динамічні, взаємозалежні, а також багато в чому визначаються потреба клієнта, його реально розвинутими навичками, його досвідом та в цілому рівнем його функціонування [23].

Нам імпонує погляд Д.В. Черенщикової на те, як можна описати зміст психологічної допомоги клієнтам у позитум-підході на різних рівнях консультативної та психотерапевтичної роботи (рис. 1.3). На першому етапі у процесі психологічного консультування відбувається аналіз актуальної життєвої ситуації клієнта, особливостей співвідношення життєвих сфер (тіло, контакти, діяльність, сфера духовності та смислів). На цьому етапі можливим є вирішення актуальних проблем клієнта, з якими він звертається до фахівця у сфері психічного здоров'я. Опрацювання основного (базового) внутрішнього конфлікту є можливим на змістовному рівні у процесі психотерапевтичного консультування. На цьому рівні у клієнта є можливість прояснити та усвідомити власні потреби, властиві для нього способи задоволення цих потреб і вирішення своїх проблем, які пов'язані з особливостями розвитку актуальних первинних і вторинних здібностей. Робота на найбільш глибокому базовому

рівні відбувається у процесі психотерапії. Вона стосується базових емоційних установок клієнта, що в цілому визначають його прагнення до саморозвитку і лежать у сфері Я (сфера ставлення до себе і сприймання себе), Ти (сфера партнерських стосунків), Ми (сфера ставлення до інших) або Пра-Ми (сфера духовного й ціннісного здійснення) [19, с. 141-142].



Умовні позначення: Т – сфера тіла, Д – сфера досягнень, діяльності, К – сфера контактів, С – сфера смислів, духовності; А. з. – актуальні здібності (первинні і вторинні)

Рис. 1.3. Рівні психологічної допомоги у позитум-підході (за Д.В. Череншиковою [19, с. 141])

У підсумку потрібно відзначити, що позитивна психотерапія, в основі якої лежить позитум-підхід, є повноцінним психотерапевтичним підходом, ефективність використання якого є емпірично підтвердженою. У процесі роботи в позитум-підході значна увага приділяється стратегіям, які клієнти використовують для вирішення проблем і конфліктів, активізації їхніх власних внутрішніх ресурсів, творчості та фантазії з метою їх подальшого використання для більш повного й осмисленого проживання свого життя, налагодження ближчих взаємин з іншими та для кращої адаптації до умов зовнішнього середовища.

1.3. Можливості позитум-підходу у роботі з клієнтами, які перенесли COVID-19

З огляду на результати проведених досліджень, що підтверджують, зокрема, підвищену схильність осіб, які перенесли COVID-19, до депресивних і тривожних переживань у постковідний період, можна говорити про те, що використання саме позитум-підходу у процесі психологічного консультування, психокорекції чи психотерапевтичної роботи з цією категорією клієнтів є доволі перспективним.

Так, позитивна психотерапія як структурний підхід була розроблена Н. Пезешкіаном (а в подальшому і схвалена та перевірена на предмет ефективності й дієвості) для роботи у сфері психопатології, психосоматики та психоедукації. Дієвість використання даного методу психотерапії є особливо високою у роботі з клієнтами, які мають депресивні, тривожні, психосоматичні й функціональні розлади [24; 34]. Як показують результати емпіричних досліджень, робота у позитум-підході та використання інтервенцій позитивної психотерапії, мають позитивний вплив на зменшення частоти та міри вияву депресивних симптомів, підвищують переживання щастя, рівень психологічного благополуччя і задоволеності життям у клієнтів, в цілому покращують якість їхнього життя [35; 37; 38; 40].

За результатами одного із досліджень, на прикладі іранських юнаків та юнок, у яких було діагностовано депресивні розлади, підтверджено, що вже після двомісячної роботи у позитум-підході (учасники дослідження за цей час відвідали 10 сеансів психотерапії) відбулися суттєві особистісні зміни у клієнтів: в них підвищився рівень психологічного благополуччя, зростає самооцінка, підвищився рівень самоповаги [29, с. 160-161].

Також у науковій літературі можна знайти результати досліджень, які підтверджують, що проведення дистанційної психологічної роботи з пацієнтами, які мають підтвержений COVID-19 ще в процесі їхнього

лікування, із використанням методів позитивної психотерапії, когнітивно-поведінкової психотерапії або майндфулнесу є ефективним в плані підвищення резильєнтності цих хворих, зменшення їхніх стресових переживань, а також попередження виникнення психічних і психологічних труднощів вже після одужання [39].

Окрім цього, у процесі роботи у позитум-підході клієнти мають можливість краще усвідомити власні здібності та можливості, побачити позитивні аспекти власної особистості, а також позитивні якості інших людей, що сприяє їх більш позитивному та прихильному ставленню до інших (до друзів, близьких, рідних тощо). А це, у свою чергу, дозволяє більш конструктивно та ефективно взаємодіяти з іншими, налагоджувати з ними більш позитивні взаємини. Усвідомлення своїх талантів і можливостей, фокусування на позитивних емоціях, які мають місце у процесі роботи в позитум-підході, дозволяють попередити деструктивний вплив негативних емоцій на різні сфери особистості, що разом із покращенням міжособистісних стосунків з іншими позитивно впливає на психічне здоров'я, психологічне благополуччя та особистість людини в цілому. Очевидно, що такі позитивні ефекти можуть бути особливо значущими при роботі з клієнтами, які перенесли COVID-19, для повноцінного їх відновлення у психічному, психологічному й особистісному аспектах.

Відповідно до положень позитум-підходу, актуальні здібності людини (первинні і вторинні) виконують низку функцій (світоглядну, функцію соціалізації, ціннісно-аксіологічну, конфліктологічну) [3; 14; 15]. Розвиток цих здібностей, тобто актуалізація тих із них, якими людина активно не користується, сприяють розширенню її «репертуару» способів для ефективного й конструктивного вирішення проблем, розширенню картини світу, у яку можуть бути включені світоглядні уявлення, що відрізняються від стандартних для людини поглядів. У процесі роботи в позитум-підході людина також отримує і можливість переглянути свої життєві пріоритети та систему

ціннісних орієнтацій. Очевидно, що такі можливості є важливими для осіб, які перенесли COVID-19, в плані асиміляції пережитого ними досвіду. Як влучно зауважує О. Радченко, «позитивна психотерапія досліджує стан здібностей у сфері любити і знати для їх нормалізації, відновлення і реалізації як цінності, збалансованості раціонального і почуттєвого, що сприяє психічному зціленню» [15, с. 42], що є особливо актуальним в осіб, які пережили психологічний дистрес в результаті перенесеного COVID-19.

Базуючись на результатах проведеного теоретичного огляду, було розроблено теоретичну модель динаміки особистісних змін клієнтів, які перенесли COVID-19, у процесі психологічної роботи з ними у позитум-підході, графічно представлену на рис. 1.4.

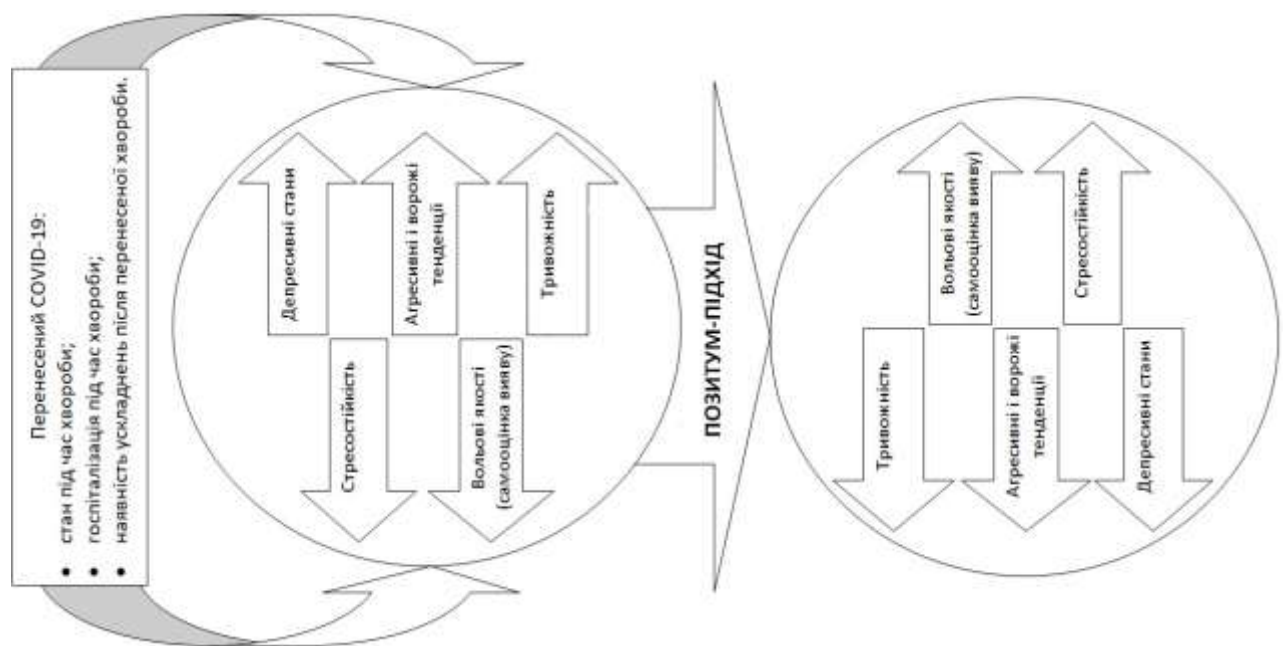


Рис. 1.4. Теоретична модель динаміки особистісних змін клієнтів, які перенесли COVID-19, у процесі психологічної роботи з ними у позитум-підході

В основі моделі лежить припущення про те, що у дорослих, які перенесли COVID-19, після одужання можуть виявлятися підвищена схильність до депресивних станів, агресивних і ворожих тенденцій, підвищена тривожність, тоді як їхня стресостійкість та вольові якості (зокрема, самооцінка вияву

окремих вольових якостей на актуальний момент часу, наприклад, витримки, енергійності, уважності, самостійності та ін.) можуть бути зниженими. При цьому, можливо, що міра вияву таких особливостей в осіб після перенесеного COVID-19 буде залежати від того, наскільки важким був їхній стан під час хвороби, чи були вони госпіталізованими для лікування, коли хворіли, і чи виникли у них ускладнення з боку будь-якої із систем організму після одужання.

Далі припускається, що в процесі психологічної роботи у позитум-підході в цих осіб відбуватиметься зниження схильності до депресивних станів, зменшення тривожності та вияву агресивних і ворожих тенденцій, вони ставатимуть більш стійкими та опірними до стресу, а також вище оцінюватимуть вияв у себе окремих вольових якостей.

Висновки до розділу 1

Перший розділ роботи було присвячено психологічним аспектам вивчення динаміки особистісних змін у клієнтів, які перенесли COVID-19, в процесі роботи у позитум-підході. У розділі охарактеризовано перенесений COVID-19 як чинник впливу на психічний і психологічний стан та особистість людини. Узагальнено дані проведених вітчизняними і зарубіжними науковцями досліджень, за якими встановлено, що особи, які перенесли COVID-19, схильні до різноманітних психічних і психологічних порушень як у процесі лікування, так і протягом тривалого часу після гострої фази хвороби, серед яких найчастіше зустрічаються такі: тривожні і депресивні симптоми, симптоми посттравматичного стресового розладу, порушення сну, зниження когнітивних функцій, obsesивно-компульсивна симптоматика, симптоми соціальних фобій тощо. Базуючись на результатах проаналізованих досліджень, з'ясовано, що частота виникнення та міра вираженості зазначених порушень може залежати від різних чинників, серед яких: стать, рівень освіти, важкість стану під час

хвороби, місце перебування під час лікування (вдома чи в лікарні), рівень сприйнятої емоційної підтримки від інших у процесі лікування та ін.

Проаналізовано загальні положення та базові принципи позитум-підходу. Показано, що засадничими принципами цього підходу є принцип надії, у якому підкреслено позитивну природу людини та її можливості самостійно вирішувати власні проблеми, принцип балансу, що описує важливість гармонізації життєвих сфер людини (сфери тілесних відчуттів, контактів, досягнень і діяльності, сенсів і духовності), її базових здатностей (до любові і до пізнання), а також розвинених на їх основі актуальних здібностей (первинних і вторинних) для повноцінного проживання свого життя, і принцип консультування, який описує п'ятикрокову модель психотерапії та самопомоги, що включає етапи спостереження/дистанціювання, інвентаризації, ситуативного заохочення, вербалізації та розширення цілей. Охарактеризовано положення позитум-підходу, які стосуються впливу батьків і виховання у дитинстві на функціонування людини в основних сферах життя у дорослому віці. Визначено зміст психологічної допомоги клієнтам у позитум-підході на рівні психологічного консультування, психотерапевтичного консультування і на рівні психотерапії.

Окреслено можливості позитум-підходу у роботі з клієнтами, які перенесли COVID-19. Розроблено теоретичну модель динаміки особистісних змін клієнтів, які перенесли COVID-19, у процесі психологічної роботи з ними у позитум-підході, в основі якої лежать такі міркування:

1) у дорослих, які перенесли COVID-19, після одужання можуть виявлятися підвищена схильність до депресивних станів, агресивних і ворожих тенденцій, підвищена тривожність, а також у них можуть бути зниженими стресостійкість та вияв вольових якостей (витримки, енергійності, уважності, самостійності та ін.);

2) міра вияву таких особливостей після перенесеного COVID-19 буде залежати від того, наскільки важким був стан під час хвороби, чи були пацієнти

госпіталізованими для лікування, коли хворіли, і чи виникли у них ускладнення з боку будь-якої із систем організму після одужання;

3) у процесі психологічної роботи у позитум-підході в осіб, які перенесли COVID-19, відбуватиметься зниження схильності до депресивних станів, зменшення тривожності та вияву агресивних і ворожих тенденцій, вони ставатимуть більш стійкими та опірними до стресу, а також вище оцінюватимуть вияв у себе окремих вольових якостей.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИНАМІКИ ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН У КЛІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19, У ПРОЦЕСІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ В ПОЗИТУМ-ПІДХОДІ

2.1. Організація та методологія емпіричного дослідження

Для вивчення динаміки особистісних змін у клієнтів, що перенесли COVID-19 у процесі позитум-підходу було проведено емпіричне дослідження. Програма дослідження включала такі етапи.

1. На першому етапі, базуючись на даних проведеного теоретичного аналізу, було підібрано комплекс психодіагностичних методик (шкала депресії Бека, шкала тривоги Спілбергера, опитувальник агресивності Басса-Дарки, тест самооцінки стресостійкості С. Коухена та Г. Вілліансона), розроблено анкету та обрано групу досліджуваних (70 осіб, які перенесли COVID-19, і розпочинали роботу з психологами (психотерапевтами), що практикують у позитум-підході).
2. Другий етап – констатувальний етап проведеного експерименту. На цьому етапі проведено первинне опитування досліджуваних із використанням обраних психодіагностичних методик і розробленої анкети. Середній час після одужання респондентів від COVID-19 при першому опитуванні становив 2 тижні.
3. Третій етап – формувальний етап проведеного експерименту. На цьому етапі досліджувані відвідували психологів/психотерапевтів, які працюють у позитум-підході. Також на цьому етапі було проведено повторне опитування досліджуваних через два з половиною місяці (10 сеансів роботи з психологом/психотерапевтом) після первинного опитування.
4. Четвертий етап – етап обробки й статистичного аналізу даних (для аналізу використовувалися дескриптивний, порівняльний, кластерний і

кореляційний статистичні аналізи, які було виконано у комп'ютерній програмі Statistica 8.0), інтерпретації отриманих результатів дослідження та формулювання висновків і практичних рекомендацій за цими результатами щодо психологічної роботи з клієнтами, які перенесли COVID-19.

Охарактеризуємо більш детально методики, які було використано для дослідження (дод. Б-Б.1), та групу досліджуваних.

Розроблена анкета

Анкета була спрямована на визначення:

- загальних соціально-демографічних характеристик досліджуваних (стать, вік, сімейний статус);
- особливостей протікання у досліджуваних захворювання (час, який пройшов відтоді, як вони перенесли COVID-19, їхній стан під час хвороби (легкий, середньоважкий, важкий), наявність або відсутність факту госпіталізації у період захворювання, наявність або відсутність ускладнень після перенесеної хвороби з боку різних систем організму);
- самооцінки досліджуваними міри вияву у них на актуальний момент часу окремих вольових характеристик, серед яких:
 - 1) ініціативність (прагнення до активної діяльності, орієнтація на новизну та інновації);
 - 2) рішучість (впевнене і швидке прийняття рішень);
 - 3) самостійність (автономність і незалежність від інших, можливість самостійно приймати рішення і чинити опір думці інших);
 - 4) витримка (переживання власної здатності контролювати свої емоції, управляти ними, можливість легко переносити значні психоемоційні навантаження);
 - 5) енергійність (активність, висока працездатність, оптимізм);
 - 6) уважність (здатність довільно концентрувати увагу та утримувати її протягом тривалого часу, зібраність).

Шкала депресії Бека [13, с. 78-81]

Мета дослідження – діагностика загального рівня вираженості депресії та окремих її виявів, що можуть бути згруповані до двох категорій: когнітивно-афективні та соматичні.

Процедура дослідження та обробка результатів. Стимульний матеріал методики включає 21 категорію симптомів та скарг, у кожній із яких представлено чотири варіанти, що описують різну міру їх вираженості (від 0 до 3 балів). Досліджуваним потрібно обрати у кожній з цих категорій один із запропонованих варіантів, який найкраще описує їхні емоційні переживання, почуття та самопочуття протягом попереднього тижня і в актуальний момент часу. Обробка результатів опитування полягає у підрахунку загальної кількості набраних балів (загальний показник депресії) та балів за субшкалами окремих депресивних виявів (когнітивно-афективні та соматичні).

Шкали методики:

- загальний показник депресії (оцінює міру вираженості депресивних виявів в особі за шкалою від їх відсутності до важкої депресії);
- субшкала когнітивно-афективних виявів депресії (пригнічений настрій, песимізм, почуття неповноцінності, незадоволеність, почуття провини або майбутнього покарання, відраза до себе, схильність до самозвинувачення, суїцидальні думки, плаксивість, дратівливість, порушення соціальних контактів і нерішучість);
- субшкала соматичних виявів депресії (знижена працездатність, порушення сну, підвищена втомлюваність, зниження апетиту, різкі зміни у вазі, надмірна зосередженість на власних тілесних відчуттях, негативний тілесний образ Я, зниження лібідо).

Шкала тривоги Спілбергера [1, с. 97-100]

Мета дослідження – діагностувати рівень актуального переживання тривоги та особистісної тривожності як стійкої характеристики.

Процедура дослідження та обробка результатів. Методика складається з двох частин, кожна з яких включає по 20 тверджень. Досліджуваним потрібно оцінити ці твердження за шкалою від 1 до 4 балів («ніколи», «майже ніколи», «часто», «майже завжди»), з огляду на те, наскільки вони відповідають їхньому актуальному стану та їхньому самопочуттю зазвичай.

Шкали методики:

- особистісна тривожність (властивість, що описує схильність людини бачити загрозу для своєї самооцінки, самоповаги, благополуччя (власного і своїх близьких) та життєдіяльності в цілому у широкому спектрі різноманітних ситуацій);
- ситуативна тривожність (стан, що виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію, виявляється різними негативними емоціями (напруженість, занепокоєність, хвилювання, нервозність тощо) та може бути різним за своєю інтенсивністю й динамічністю у часі).

Опитувальник агресивності Басса-Дарки [7, с. 14-20]

Мета дослідження – діагностика агресивних реакцій (деструктивні тенденції, які в основному виявляються у сфері міжособистісних взаємин) і ворожих реакцій (негативні емоційні переживання, почуття та оцінки інших людей і подій).

Процедура дослідження та обробка результатів. Методика включає 75 запитань, на які досліджуваним потрібно відповісти «так» або «ні». Обробка результатів опитування зводиться до підрахунку «сирих» оцінок за окремими шкалами методики відповідно до запропонованого «ключа», після чого «сирі» оцінки переводяться у стандартні стени (від 1 до 10 стенив).

Шкали методики:

- фізична агресія (використання фізичної сили до інших людей);
- непряма агресія (вияв агресивних спонукань щодо людини, яка не була причиною їх виникнення, або вияв агресії без спрямування);

- дратівливість (запальність, готовність до негативного емоційного реагування навіть при дії найменшого подразника);
- негативізм (опозиційна манера поведінки, яка може виявлятися як пасивний опір усталеним звичаям, нормам і традиціям або як активна боротьба проти них);
- схильність до образ (заздрість, ненависть до інших за реально завдані ними образи або за їх «вигадані» дії, які суб'єктивно сприймаються як образа);
- підозріливість (вияв недовіри та надмірної обережності у ставленні до інших, переконаність у тому, що вони мають намір зашкодити людині, образити її чи зробити боляче);
- вербальна агресія (словесний вияв негативних емоційних переживань в агресивній формі (наприклад, у формі крику) та агресивного, загрозливого змісту);
- почуття провини (переконання людини у тому, що вона є поганою людиною, яка чинить погано, та пов'язані з ними переживання докорів сумління);
- індекс ворожості (сумарний бал за шкалами схильності до образ і підозріливості);
- індекс агресивності (сумарний бал за шкалами фізичної, непрямой і вербальної агресії).

Тест самооцінки стресостійкості С. Коухена та Г. Вілліансона [17, с. 244]

Мета дослідження – діагностика рівня самооцінки стресостійкості.

Процедура дослідження та обробка результатів. Опитувальник включає 10 тверджень, які досліджуваним потрібно оцінити за шкалою від 0 до 4 балів з огляду на те, наскільки часто описане у цих твердженнях має місце у їхньому житті протягом останнього часу. Обробка результатів полягає у підрахунку

сумарного показника шляхом додавання балів, якими було оцінено окремі твердження. Мінімальне значення цього показника – 0 балів, максимальне – 40 балів. Потрібно зауважити, що *чим більше балів набрано досліджуваним, тим нижчим є рівень його стресостійкості і навпаки – менша кількість набраних балів вказує на більшу стресостійкість.*

Шкала методики:

- самооцінка стресостійкості (уміння залишатися врівноваженим і зберігати витримку, переживаючи неприємності, переживання власної здатності контролювати найбільш важливі події у своєму житті, справлятися з вимогами, які висуваються до людини, давати собі раду з переживаннями, що виникають стосовно подій та обставин, які людина об'єктивно не може контролювати і на які вона не може вплинути).

Як було зазначено вище, у дослідженні взяли участь 70 осіб, що перенесли COVID-19. Їх детальна характеристика представлена у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика досліджуваної групи

<i>Критерії</i>	<i>Кількість досліджуваних (у %)</i>	
<i>Час після одужання при першому опитуванні</i>	Від 2 до 4,5 тижнів, середній час у групі – 2 тижні	
<i>Важкість стану під час хвороби</i>	Легкий	50%
	Середньоважкий	36%
	Важкий	14%
<i>Госпіталізація під час хвороби</i>	Не були госпіталізованими	60%
	Були госпіталізованими	40%
<i>Наявність ускладнень після перенесеного COVID-19</i>	Без ускладнень	76%
	Мали ускладнення	24%
<i>Вік</i>	Від 29 до 51 року, середній вік у групі – 39 років	
<i>Стать</i>	Чоловіки	31%
	Жінки	69%
<i>Сімейний статус</i>	Без пари	46%
	Мають пару (одружені/заміжні, живуть у громадянському шлюбі)	54%

Як видно, первинне опитування цих осіб проводилося в середньому через 2 тижні після того, як вони одужали. Половина досліджуваних перенесли хворобу у легкій формі, 36% мали середньоважкий, а 14% – важкий стан під час хвороби. Більшість опитаних не були госпіталізованими під час хвороби (60%) і перенесли її без ускладнень (76%). Середній вік опитаних осіб – 39 років. Більшість досліджуваних – це жінки (69%), які мають пару (є заміжніми, живуть у громадянському шлюбі і т.д.) (54%). Дослідження проводилося протягом листопада 2021 року – січня 2022 року у співпраці з фахівцями сфери психічного здоров'я, які є сертифікованими консультантами (психотерапевтами) в напрямку позитивної психотерапії і працюють у різних містах України. Опитування проводилося онлайн із використанням Google Forms. Первинні емпіричні дані початкового та повторного опитувань досліджуваних представлені у таблицях В.1-В.2 (дод. В).

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

2.2.1. Психологічна характеристика осіб, які перенесли COVID-19

Як показує аналіз даних первинного опитування, серед досліджуваних осіб, які перенесли COVID-19, 27% мали ознаки вираженої депресії (середньої важкості) (рис. 2.1).

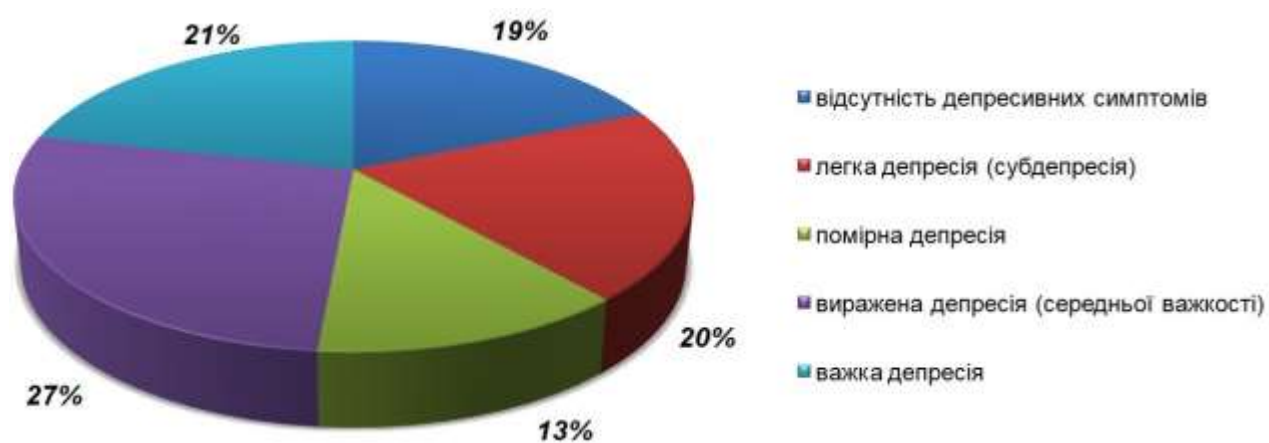


Рис. 2.1. Відсотковий розподіл досліджуваних за рівнем вияву депресивних симптомів (за даними первинного опитування)

Приблизно однакова кількість осіб мали ознаки важкої депресії (21%), легкої депресії (субдепресії) (20%) або відзначалися відсутністю депресивних симптомів (19%). Найменша частка осіб у групі (13%) – це особи, у яких виявлялися ознаки помірної депресії (рис. 2.1).

За результатами аналізу відсоткового розподілу досліджуваних за рівнем особистісної і ситуативної тривожності встановлено, що на початку дослідження у групі переважали особи з помірною особистісною тривожністю (такий рівень був властивий для 60% опитаних) та з високою ситуативною тривожністю (вона виявлялася у 50% опитаних) (рис. 2.2).

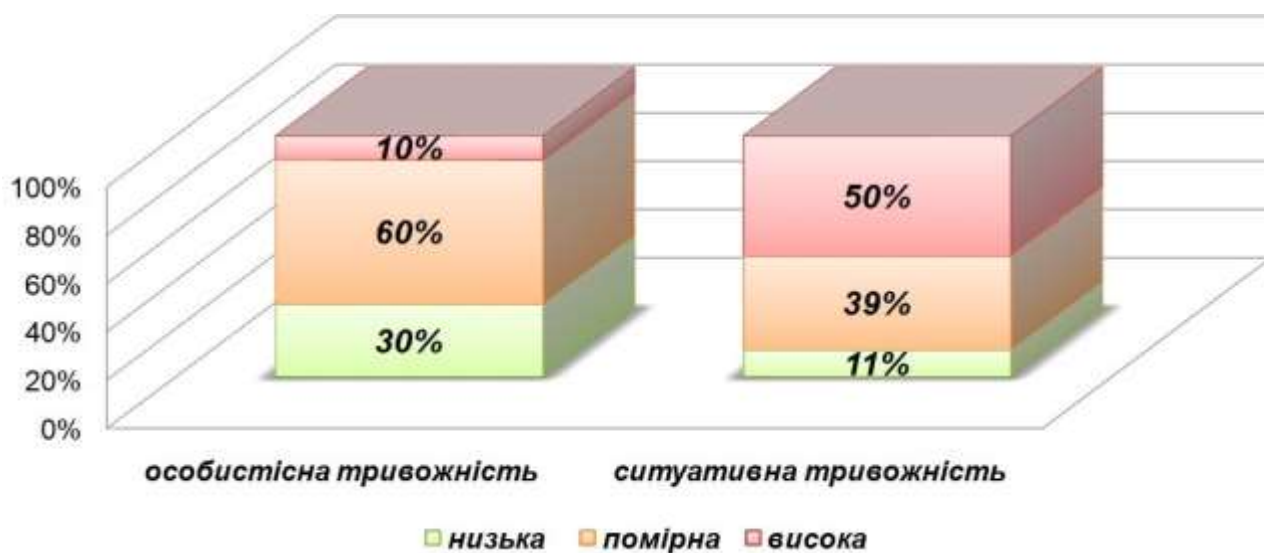


Рис. 2.2. Відсотковий розподіл досліджуваних за рівнем особистісної та ситуативної тривожності (за даними первинного опитування)

Відносно високою також була частка осіб з помірною ситуативною тривожністю (такий рівень був властивий для 39% опитаних) і з низькою особистісною тривожністю (вона виявлялась у 30% опитаних) (рис. 2.2).

Аналізуючи відсотковий розподіл досліджуваних на початку дослідження за рівнем самооцінки стресостійкості, встановлено, що у 31% опитаних така оцінка була задовільною (рис. 2.3).

Водночас, 21% опитаних на початку дослідження відзначалися поганою стресостійкістю, 20% – доброю, 16% – відмінною, а решта 12% – дуже поганою (рис. 2.3).

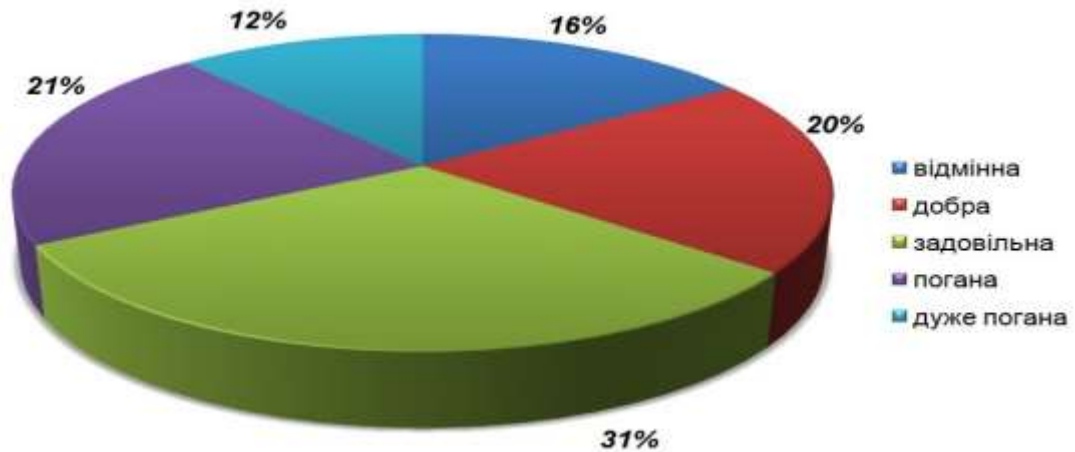


Рис. 2.3. Відсотковий розподіл досліджуваних за рівнем самооцінки стресостійкості (за даними первинного опитування)

Серед найбільш виражених показників агресивності опитаних на початку дослідження – дратівливість (середнє значення – 6,97), підозріливість (середнє значення – 6,47) та образа (середнє значення – 5,47). Показники фізичної агресії (середнє значення – 4,06), непрямї агресії (середнє значення – 3,67), вербальної агресії (середнє значення – 3,61), почуття провини (середнє значення – 3,59) і негативізму (середнє значення – 3,46) були нижчими за середні (рис. 2.4).



Умовні позначення: дратівл – дратівливість, підозріл – підозріливість, фіз агрес – фізична агресія, непряг агрес – непряма агресія, верб агрес – вербальна агресія, почут пров – почуття провини, негатив – негативізм

Рис. 2.4. Середні оцінки у досліджуваній групі за показниками агресивності (за даними первинного опитування)

Аналіз відсоткового розподілу досліджуваних на початку дослідження за рівнем індексу агресивності та ворожості показав такі результати (рис. 2.5).

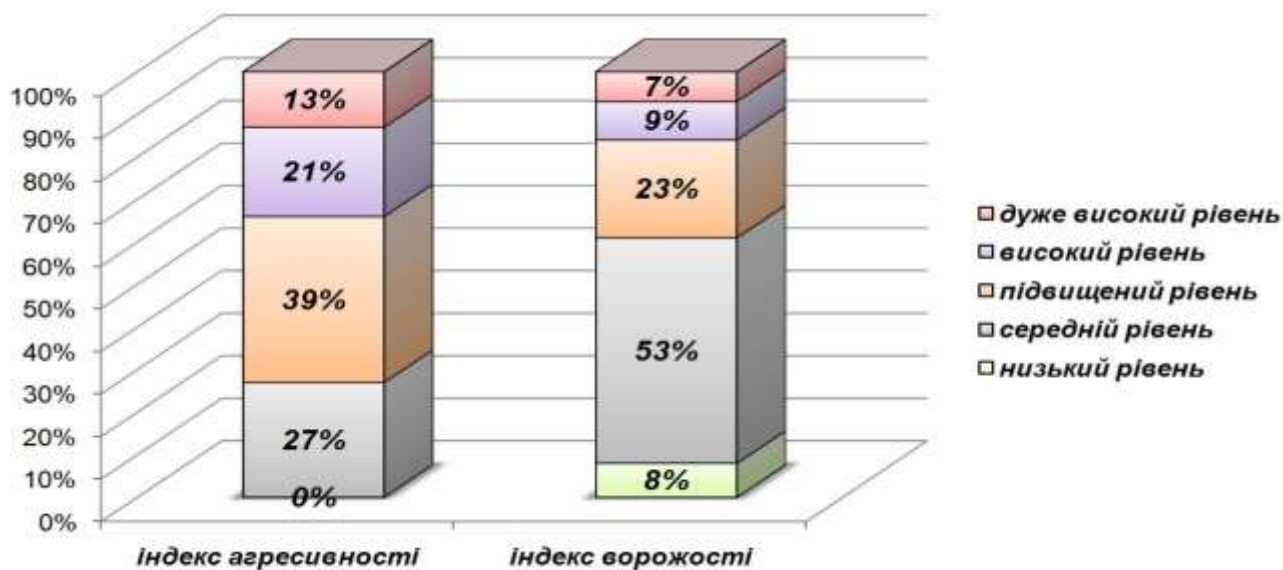
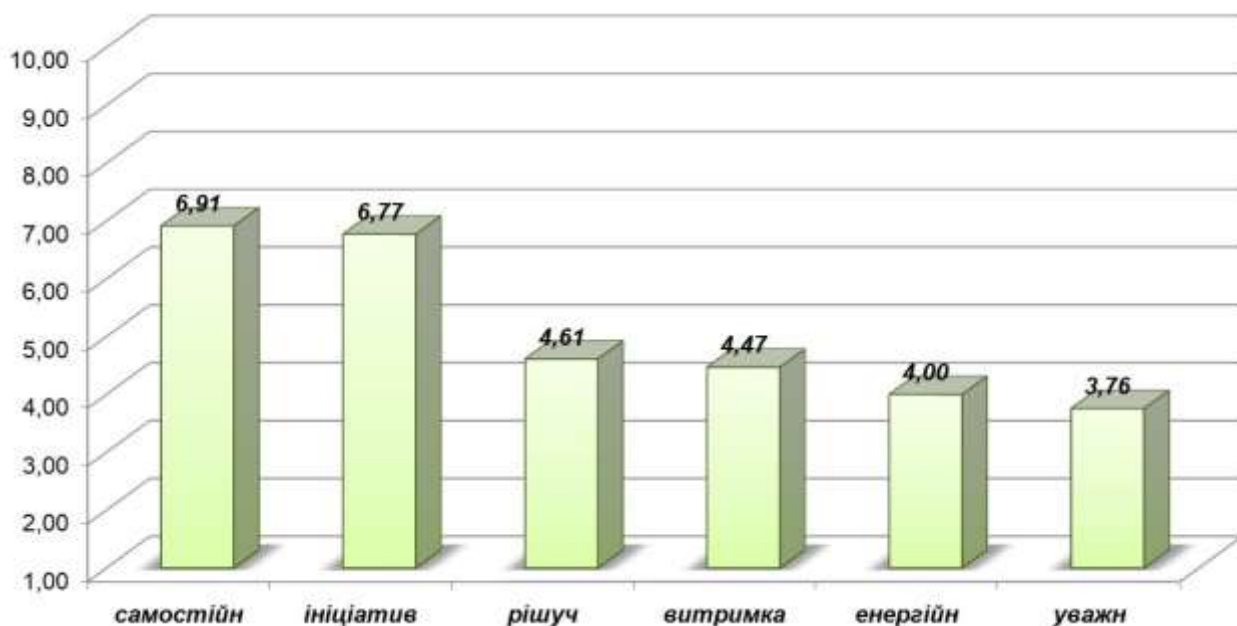


Рис. 2.5. Відсотковий розподіл досліджуваних за рівнем індексу агресивності та ворожості (за даними первинного опитування)

Більшість осіб у групі відзначалися середнім рівнем індексу ворожості (він виявлявся у 53% опитаних). Водночас, у 23% досліджуваних індекс ворожості був підвищеним, і приблизно однакова кількість відзначалася низьким (8%), високим (9%) і дуже високим (7%) рівнем індексу ворожості. Щодо індексу агресивності, то у 39% досліджуваних при первинному опитуванні він був підвищеним, ще у 27% – середнім, а у 21% – високим. Найменше у групі було осіб з дуже високим індексом агресивності (такий був властивий для 13%), а особи з низьким рівнем були відсутні.

Аналіз відповідей досліджуваних на анкетне питання про те, як вони оцінюють вияв у себе окремих вольових якостей на актуальний момент часу показує, що на початку дослідження респонденти переважно доволі високо оцінювали свою самостійність (середнє значення – 6,91) та ініціативність (середнє значення – 6,77), тоді як оцінки власної рішучості (середнє значення – 4,61), витримки (середнє значення – 4,47), енергійності (середнє значення – 4,00) та уважності (середнє значення – 3,76) у них були нижчими за середні (рис. 2.6).



Умовні позначення: самостійн – самостійність, ініціатив – ініціативність, рішуч – рішучість, енергійн – енергійність, уважн – уважність

Рис. 2.6. Середні значення у досліджуваній групі за показниками самооцінки вольових якостей (за даними первинного опитування)

Інтерпретуючи отримані результати, можна говорити про те, що після перенесеного COVID-19 досліджувані мали схильність до депресивних переживань середньої важкості. Це виявлялося у їхньому пригніченому настрої, переважаючому песимізмі, у переживанні власної неповноцінності та незадоволеності. У них відзначалася знижена працездатність та підвищена втомлюваність, могли спостерігатися зниження апетиту, надмірна зосередженість на власних тілесних відчуттях.

Усе це поєднувалося із переважанням різноманітних негативних емоцій, наприклад, надмірної напруженості, занепокоєності, хвилювання, нервозності тощо, які стосувалися очікування у теперішньому та в майбутньому можливих негативних подій, що можуть загрожувати їхньому власному благополуччю або благополуччю їхніх близьких і рідних. Як свідчать результати, такі емоційні переживання були виявом ситуативної тривожності досліджуваних і були пов'язані з актуальною стресовою ситуацією, у якій ті перебували (можна припускати, що цією ситуацією було перенесене захворювання та його

наслідки, вплив яких респонденти відчували на собі на той час). Адже за особистісною тривожністю, яка описує міру більш стійкої схильності людини розглядати широкий спектр ситуацій як загрозливі для неї самої чи її близьких, у групі переважали особи з середнім її рівнем.

На час проведеного первинного опитування особи, які перенесли COVID-19, виявляли підвищену схильність до агресії, дратівливості, у них спостерігалася підвищена готовність до негативного емоційного реагування навіть при дії найменшого подразника. Тенденція цих осіб до ворожості була середньою, при чому найбільше виявлялася схильність до образ на інших (за реально завдані ними образи чи дії, які суб'єктивно сприймалися як образа) та підозріливість (недовіра, надмірна обережність у ставленні до інших, переконаність у тому, що вони можуть і мають намір зашкодити, образити, зробити боляче і т.д.).

Також після перенесеної хвороби досліджувані здебільшого оцінювали свою стресостійкість як задовільну. Вони відзначали, що останнім часом інколи їм буває важко залишатися врівноваженими, зустрічаючись із неприємностями, зберігати відчуття власної здатності контролювати найбільш важливі події у своєму житті, справлятися з вимогами, які до них висуваються. Окрім того, на початку дослідження опитані відзначали, що останнім часом їм інколи може бути важко справлятися із переживаннями щодо подій та обставин, на які вони об'єктивно не можуть ніяк впливати.

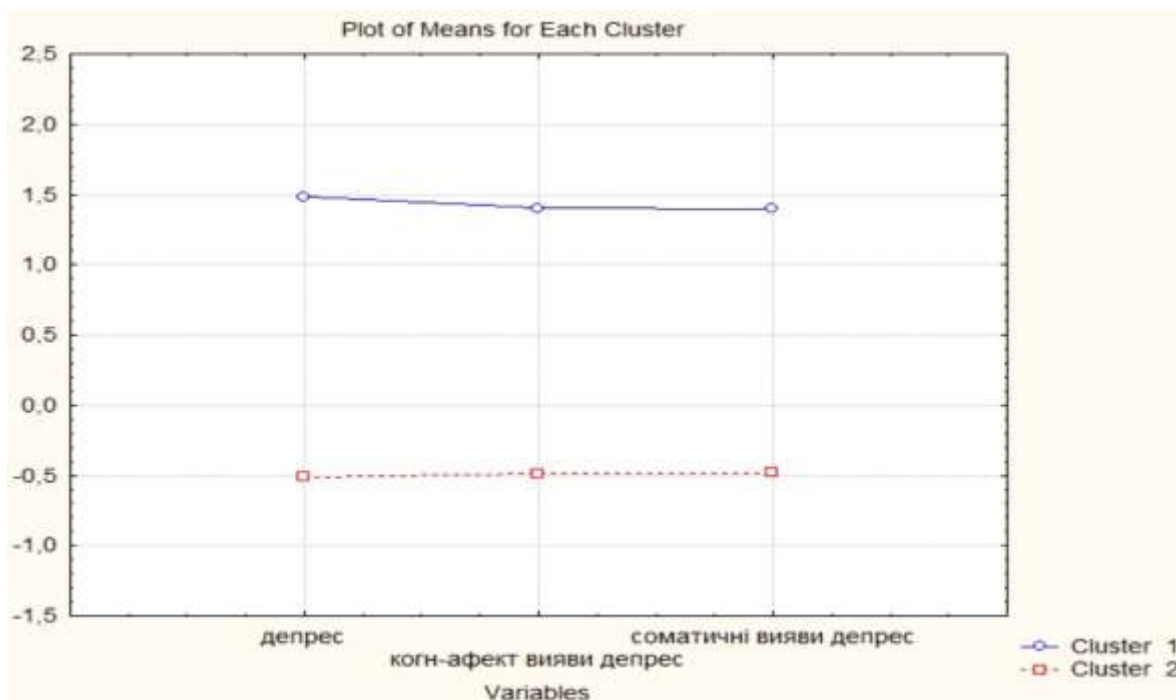
На додачу до цього, при первинному опитуванні особи, які перенесли COVID-19, відзначали у себе підвищену розсіяність та нездатність концентруватися на чомусь протягом тривалого часу. Водночас, вони почували себе достатньо налаштованими на новизну, відзначали свою самостійність, автономність і незалежність від інших, здатність самостійно приймати рішення і опиратися думці та впливу оточуючих людей. Варто відзначати і дещо знижену оцінку, яку респонденти на початку дослідження давали своїй рішучості, витримці та енергійності. Вони не почували себе достатньо

здатними переносити значні психоемоційні навантаження, швидко, впевнено і без вагань приймати рішення, активно залучатися до різних видів діяльності, зберігаючи високу працездатність протягом тривалого часу.

Отже, в цілому опитаних осіб після перенесеного COVID-19 можна охарактеризувати так. Найбільша частка серед них відзначалася вираженою депресією середньої важкості, помірною особистісною та високою ситуативною тривожністю, задовільною самооцінкою стресостійкості. Значна частина серед цих осіб виявляла підвищену схильність до агресивних тенденцій та відзначалася середнім рівнем ворожості. При цьому, найяскравіше у них виявлялася дратівливість, а серед показників ворожості найбільш вираженими були підозрливість та схильність до образ. Оцінюючи міру актуального вияву у себе окремих вольових якостей, ці особи давали найвищу самооцінку своїй самостійності та ініціативності, тоді як власну рішучість, витримку, енергійність та уважність вони оцінювали на рівні нижчому за середній (найнижчою була оцінка своєї уважності).

2.2.2. Аналіз динаміки особистісних змін у процесі позитум-підходу в клієнтів з різною схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19

З метою виокремлення серед опитаних, які перенесли COVID-19, осіб з різною схильністю до депресивних станів було використано кластерний аналіз (дод. Д). При кластеризації враховувалися емпіричні дані за сумарним показником депресії і за показниками когнітивно-афективних та соматичних виявів депресії, які було визначено в ході первинного опитування за допомогою шкали депресії Бека. В результаті було виділено два кластери (рис. Д.1, табл. Д.1-Д.2, дод. Д). До першого кластера увійшли особи з вищим загальним показником депресії та з яскравіше вираженими когнітивно-афективними і соматичними її ознаками. А в другому кластері об'єднано осіб, у яких ці показники було нижчими (рис. 2.7).



Умовні позначення: депрес – сумарний показник депресії, когн-афект вияви депрес – когнітивно-афективні вияви депресії, соматичні вияви депрес – соматичні вияви депресії

Рис. 2.7. Графік середніх значень у виокремлених кластерах за показниками депресії (за даними первинного опитування)

Аналіз відсоткового розподілу досліджуваних за кластерами показав, що до першого кластера увійшли 57% опитаних, а до другого – 43% (рис. 2.8).

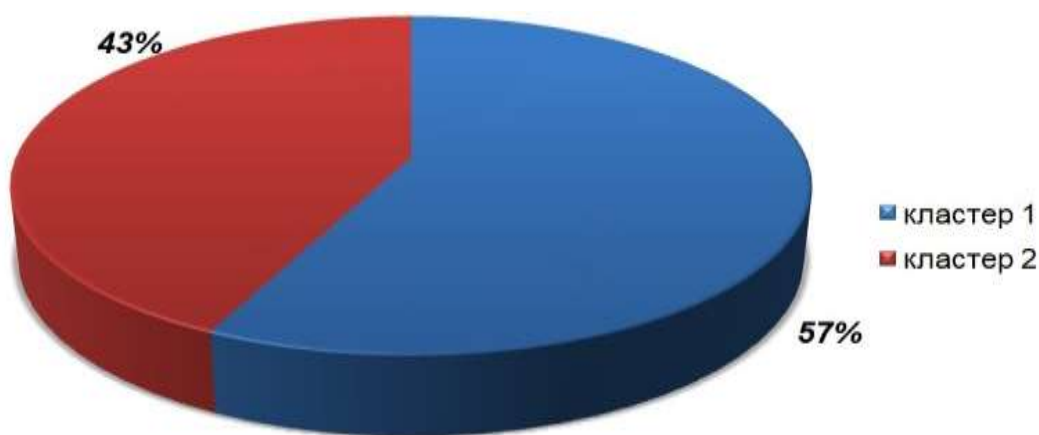


Рис. 2.8. Відсотковий розподіл досліджуваних, які увійшли до виокремлених кластерів

Результати порівняння емпіричних даних у виокремлених кластерах за t-критерієм Стюдента при $p < 0,05$ підтвердили статистичну достовірність зазначених вище відмінностей за рівнем загального показника депресії і за

рівнями вияву її когнітивно-афективних і соматичних ознак (дод. Е, табл. Е.1). Таким чином, перший кластер умовно можна назвати як **«особи з більшою схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19»**. Ці особи частіше відзначали у себе пригнічений настрій, були більш песимістично налаштованими після перенесеної хвороби. У них яскравіше виявлялися незадоволеність, тенденції до самозвинувачення і почуття провини, переживання власної неповноцінності. Також ці особи частіше говорили про свою нерішучість та труднощі у соціальних контактах. У них частіше виявлялися плаксивість, роздратованість, підвищена втомлюваність та знижена працездатність. Ці особи були більше схильними до проблем зі сном та порушень апетиту. Вони більше зосереджувалися на власних тілесних відчуттях, що особливо стосувалося хворобливих відчуттів. Другий кластер можна умовно назвати як **«особи з меншою схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19»**. В осіб, які увійшли до цього кластера, описані вище особливості на початку дослідження виявлялися меншою мірою.

Порівняння емпіричних даних осіб із виокремлених кластерів за іншими показниками (для порівняння було використано t-критерій Стьюдента при $p < 0,05$, результати якого представлені у табл. Е.1, дод. Е) свідчить про те, що на початку дослідження в осіб з першого кластера відзначався статистично достовірно вищий рівень особистісної ($t=5,88$ при $p=0,00$) та ситуативної ($t=7,27$ при $p=0,00$) тривожності, порівнюючи з особами, які увійшли до другого кластера (рис. 2.9).

Такі відмінності вказують на те, що депресивні переживання після перенесеного COVID-19 яскравіше виявлялися у більш тривожних осіб, які мали більшу схильність вбачати загрозу у широкому спектрі різних ситуацій для себе і своїх близьких (для самооцінки, самоповаги, благополуччя чи навіть життєдіяльності в цілому), а також частіше негативно реагували на стресові ситуації (наприклад, переживанням надмірної психоемоційної напруженості, занепокоєністю, підвищеною нервозністю, хвилюванням тощо).

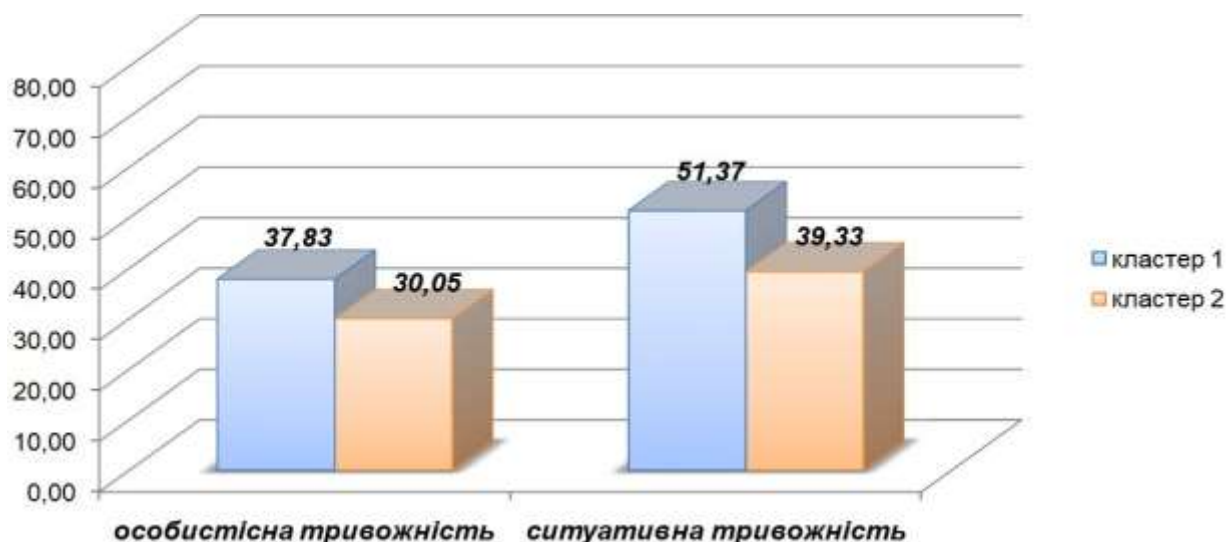


Рис. 2.9. Статистично достовірні відмінності в осіб із виокремлених кластерів за рівнем особистісної та ситуативної тривожності (за даними первинного опитування)

Також в осіб з першого кластера на початку дослідження було встановлено вищий рівень дратівливості ($t=2,07$ при $p=0,04$) і почуття провини ($t=2,31$ при $p=0,00$), порівнюючи з особами із другого кластера (рис. 2.10). Це свідчить про те, що більша схильність до депресивних переживань

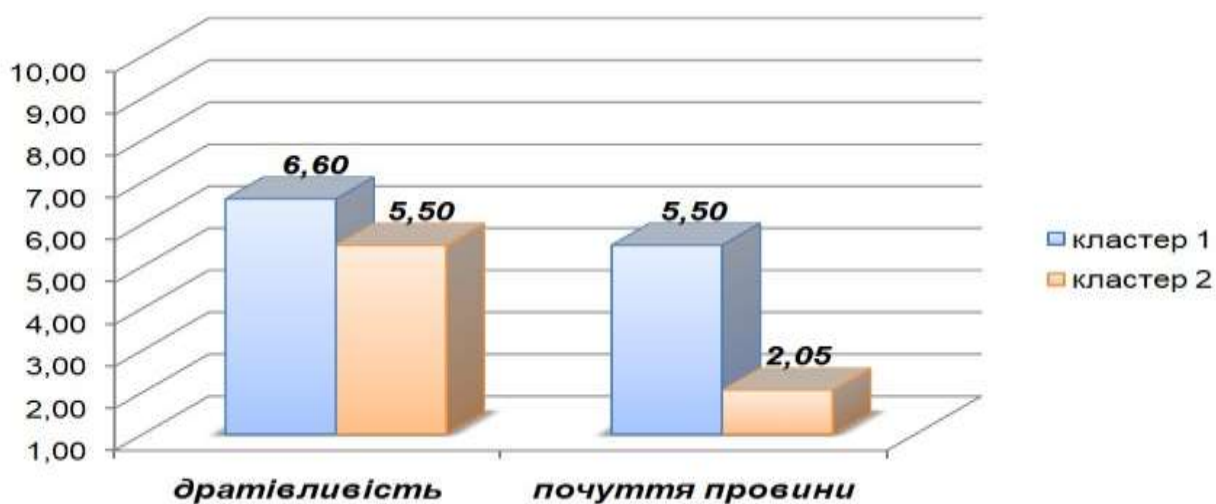


Рис. 2.10. Статистично достовірні відмінності в осіб із виокремлених кластерів за показниками агресивності (за даними первинного опитування)

Ці відмінності вказують на те, що особи з більшою схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19 на початку дослідження

виявляли більшу запальність і підвищену готовність негативно емоційно реагувати навіть у ситуаціях, коли причини для такої реакції є об'єктивно неочевидними або мало значущими. Водночас, у цих осіб була більша схильність до переживання почуття провини: вони частіше оцінювали себе як «поганих» людей і переживали через це докори сумління. Можливо, що надмірна дратівливість, яка поєднувалася у цих осіб з підвищеною тривожністю, могла бути однією із причин їхньої схильності до самозвинувачення і переживання почуття провини, зокрема, у тому, що стосувалося труднощів у міжособистісних контактах з іншими. Окрім цього, маючи підвищену втомлюваність, ці особи після перенесеної хвороби не могли одразу повернутися до звичного для них рівня активності й працездатності, у зв'язку з чим могли переживати докори сумління за недостатню ефективність власної діяльності у різних сферах.

Було встановлено, що на початку дослідження особи з першого кластера мали достовірно вищі оцінки за шкалою самооцінки стресостійкості, порівнюючи з тими особами, які увійшли до другого кластера ($t=3,64$ при $p=0,00$) (рис. 2.11).

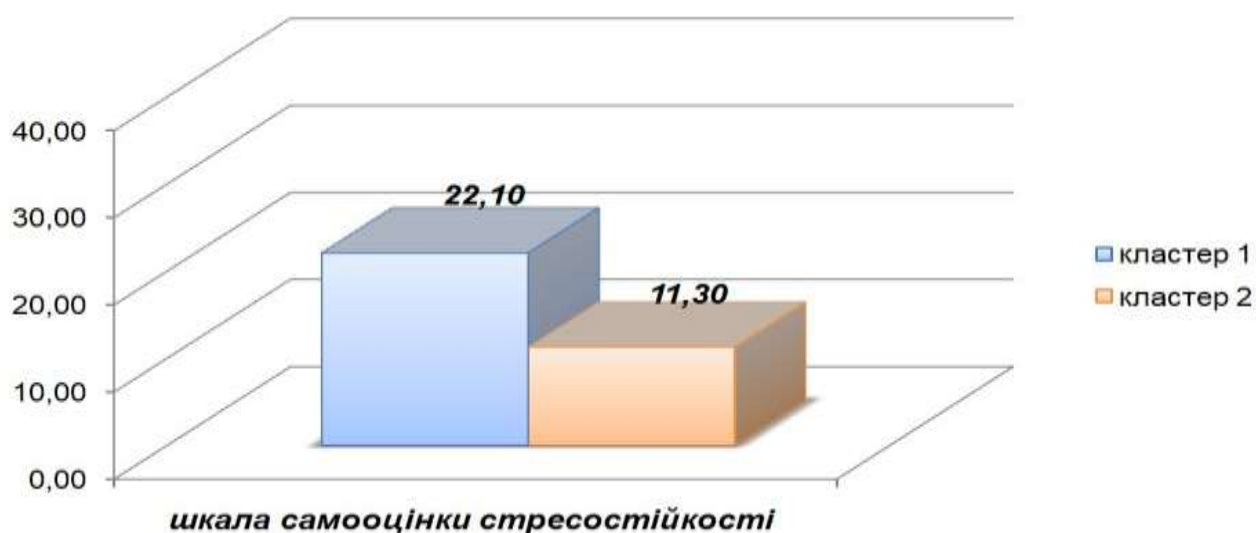


Рис. 2.11. Статистично достовірна відмінність в осіб із виокремлених кластерів за шкалою самооцінки стресостійкості (за даними первинного опитування)

Оскільки високі бали за шкалою самооцінки стресостійкості свідчать про низьку стійкість особи до стресу, отримана відмінність вказує на те, що на початку дослідження особи, які були більше схильними до депресивних станів після перенесеного COVID-19, відзначалися нижчою стресостійкістю. Тобто їм було важче зберігати спокій, психоемоційну рівновагу в стресових умовах і відчуття суб'єктивного контролю над важливими подіями у своєму житті, ефективно справлятися з вимогами свого оточення, толерувати невизначеність, з оптимізмом ставитися до негараздів і невдач, зберігаючи при цьому віру та надію на успіх у майбутньому. Такий результат узгоджується із описаними вище особливостями цих осіб: підвищеною тривожністю, дратівливістю, схильністю до почуття провини.

Низькі бали за шкалою самооцінки стресостійкості, навпаки, вказують на високу стійкість людини до стресу. Тому можна сказати, що особи з меншою схильністю до депресивних станів у постковідний період ще до початку роботи у позитум-підході відзначалися більшою стресостійкістю, ніж ті, які були більше схильні до таких станів. Цим особам краще вдавалося залишатися врівноваженими, стикаючись навіть з неочікуваними неприємностями, вони відзначалися більшою інтернальністю, були більше впевненими у своїх можливостях вирішувати актуальні проблеми. Події та ситуації, які ці особи об'єктивно не могли контролювати і на які у них не було впливу, викликали в них менше роздратування. У цілому, ці особи були більш оптимістично налаштованими в актуальній складній життєвій ситуації та вірили у те, що зможуть подолати усі труднощі, з якими їм довелося зіткнутися.

На відміну від осіб із першого кластера, особи з другого кластера, на початку дослідження відзначалися вищою самооцінкою ініціативності ($t = -3,01$ при $p = 0,00$) та уважності ($t = -3,30$ при $p = 0,00$) (рис. 2.12).

Такі відмінності свідчать про те, що до початку роботи у позитум-підході особи з меншою схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19 відзначали у себе більше прагнення до активної діяльності, були більше

орієнтованими на новизну та інновації, зібраними, відчували себе більше здатними концентруватися на виконуваний діяльності та утримувати свою увагу протягом тривалого часу.

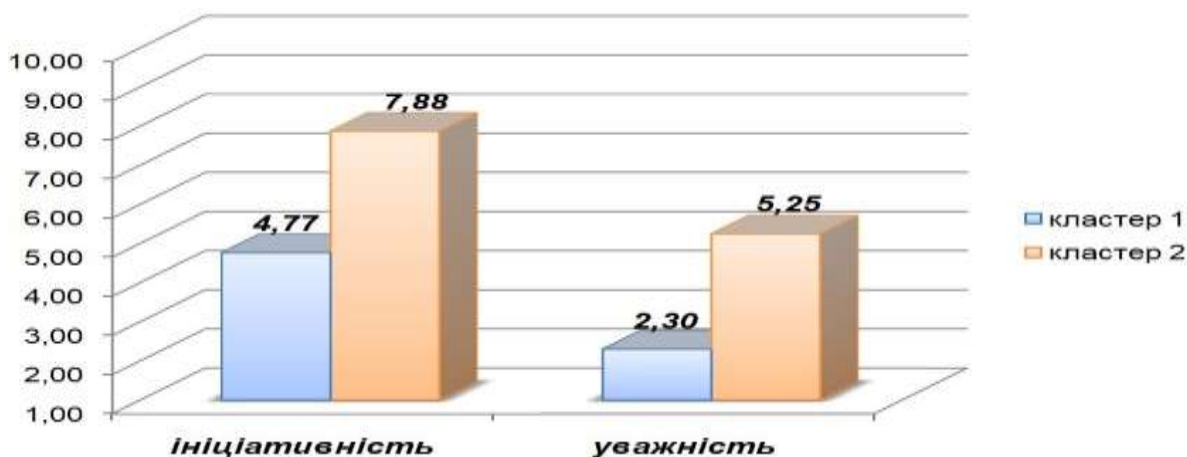


Рис. 2.12. Статистично достовірні відмінності в осіб із виокремлених кластерів за показниками самооцінки вольових якостей (за даними первинного опитування)

Натомість, особи з більшою схильністю до депресивних станів у постковідний період мали менше бажання до активної діяльності, частіше відзначали свою розсіяність, меншу здатність сконцентруватися на чомусь протягом тривалого часу.

Подальший аналіз отриманих результатів полягав у визначенні особистісних характеристик, з якими корелюють показники депресії в осіб з різною схильністю до депресивних виявів після перенесеного COVID-19. Для цього було використано кореляційний аналіз за критерієм Пірсона при $p < 0,05$ (дод. 3, табл. 3.1-3.2). В результаті було виявлено, що в осіб з більшою схильністю до депресивних симптомів загальний показник депресії прямо корелював з показниками важкості стану ($r=0,60$) і перебування у лікарні ($r=0,53$) під час хвороби та з показником наявності ускладнень після перенесеного COVID-19 ($r=0,43$) (табл. 2.2).

Вищий загальний показник депресії, який властивий для цих осіб, був взаємопов'язаний і з вищим рівнем їхньої особистісної ($r=0,41$) та ситуативної

($r=0,40$) тривожності, з більшою дратівливістю ($r=0,60$), а також з нижчою самооцінкою ініціативності ($r= -0,37$) (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Статистично достовірні кореляції з показниками депресії в осіб з першого кластера (за даними первинного опитування), $p<0,05$

Шкали	Загальний показник депресії	Шкала когнітивно-афективних виявів депресії	Шкала соматичних виявів депресії
Важкість стану	0,60	0,54	0,63
Госпіталізація	0,53	0,48	0,53
Чи були ускладнення	0,43	0,37	0,48
Особистісна тривожність	0,41		
Ситуативна тривожність	0,40	0,38	0,39
Дратівливість	0,60	0,54	0,60
Вербальна агресія		0,39	
Почуття провини		0,31	
Самооцінка стресостійкості		0,36	
Ініціативність (самооц.)	-0,37		
Енергійність (самооц.)			-0,43
Уважність (самооц.)			-0,41

Шкала когнітивно-афективних виявів депресії у цих осіб прямо корелювала з показниками важкості стану ($r=0,54$) і перебування у лікарні ($r=0,48$) під час хвороби, з показником наявності ускладнень після перенесеної хвороби ($r=0,37$), а також з рівнем ситуативної тривожності ($r=0,38$), дратівливості ($r=0,54$), вербальної агресії ($r=0,39$), почуття провини ($r=0,31$) і з показниками за шкалою самооцінки стресостійкості ($r=0,36$) (високі оцінки за шкалою свідчать про низьку стресостійкість, а низькі вказують на високу опірність до стресу) (табл. 2.2).

Шкала соматичних виявів депресії в осіб з цього кластера прямо корелювала з показниками важкості стану ($r=0,63$) і госпіталізації ($r=0,53$) під час хвороби, з показником наявності ускладнень після перенесеного COVID-19 ($r=0,48$), з рівнем ситуативної тривожності ($r=0,39$) і дратівливості ($r=0,60$), а також обернено корелювала із самооцінкою енергійності ($r= -0,43$) та уважності ($r= -0,41$) (табл. 2.2).

Цілком логічними видаються виявлені кореляції, які вказують на те, що серед осіб з більшою схильністю до депресивних станів у постковідний період найяскравіше така схильність в цілому, як і схильність до когнітивно-афективних і соматичних ознак депресії зокрема, виявлялася у тих, чий стан під час хвороби був важчим (середньоважким або важким), які лежали в лікарні, коли хворіли, а також у тих осіб, які мали ускладнення після перенесеного COVID-19 з боку будь-якої із систем організму.

Також отримані результати свідчать про те, що вищий загальний показник депресії, як і більша міра вияву її когнітивно-афективних і соматичних ознак, які були в осіб з цієї підгрупи після перенесеної хвороби, корелювали з властивою для них більшою ситуативною тривожністю і дратівливістю. Підвищена схильність до негативного емоційного реагування на стресову ситуацію, якою очевидно була перенесена хвороба, занепокоєність її можливими наслідками, хвилювання за себе і своїх близьких почасти могли визначати і те, що ці особи тяжіли до депресивних станів у постковідний період. Водночас, у зв'язку з більш вираженими депресивними переживаннями, які «виснажують» психоемоційні ресурси людини, у цих осіб могла підвищуватися дратівливість та ситуативна тривожність у період після перенесеного ними COVID-19.

Як і у випадку з ситуативною тривожністю, більша схильність осіб у цій підгрупі до депресивних станів у постковідний період була пов'язана і з властивою для них вищою особистісною тривожністю. Можна говорити про те, що чим більше ці особи ще до хвороби відзначалися стійкою схильністю вбачати загрозу для себе і своїх близьких навіть в об'єктивно безпечних ситуаціях, тим вищим був у них загальний показник депресії після перенесеного COVID-19.

Більша схильність цих осіб до когнітивно-афективних виявів депресії у постковідний період, окрім цього, була прямо пов'язана з більш властивим для них переживанням почуття провини і з меншою стресостійкістю. З одного боку,

когнітивні та афективні ознаки депресії (наприклад, пригнічений настрій, песимізм, почуття власної неповноцінності, плаксивість, труднощі у міжособистісній взаємодії та ін.), які виявлялися у цих осіб, можна розглядати як результат їхньої зниженої стійкості до стресу у період після перенесеної хвороби. Але водночас, подібні переживання мали негативний вплив на психоемоційні ресурси цих осіб, виснаження яких могло негативно вплинути і на їх опірність до стресу, викликати почуття провини через суб'єктивне переживання власної нездатності залишатися зібраними й ефективно справлятися з актуальними проблемами.

Більша схильність до соматичних виявів депресії в осіб у цій групі також була пов'язана і з нижчою оцінкою, яку вони давали своїй уважності у період після перенесеної хвороби: проблеми зі сном та порушення апетиту, підвищена втомлюваність, занепокоєність хворобливими тілесними відчуттями негативно впливали на здатність цих осіб залишатися зібраними у різних видах діяльності, довільно концентрувати свою увагу на чомусь та утримувати її протягом тривалого часу.

Водночас, чим яскравіше у цих осіб у постковідний період виявлялися соматичні ознаки депресії (наприклад, порушення сну та апетиту, надмірна зосередженість на хворобливих тілесних відчуттях та ін.), тим нижче вони оцінювали власну енергійність, відзначаючи свою в'ялість, бездіяльність, пасивність, знижену працездатність та переважаючий песимістичний настрій.

Також із отриманих кореляцій видно, що міра вияву когнітивно-афективних ознак депресії у цих осіб була прямо взаємопов'язана з їхньою схильністю до вербальної агресії. У зв'язку зі своїм пригніченим настроєм, переважаючим песимізмом і незадоволеністю, відразу до себе, почуттям провини, власної неповноцінності чи схильністю до самозвинувачення ці особи шукали «виходу» для своїх негативних переживань і частіше вдавалися до вербальної агресії. Водночас, маючи підвищену схильність використовувати саме таку форму вияву агресії, ці особи з більшою ймовірністю виявляли

дратівливість, звинувачували себе і страждали від докорів сумління, а також зіткнулися з більшими труднощами та порушеннями в сфері соціальних контактів у постковідний період.

По мірі зростання загального показника депресії у період після перенесеного COVID-19 в осіб з цієї підгрупи також відбувалося зниження самооцінки ініціативності, вони відзначали у себе відсутність бажання до активної діяльності.

В осіб з другого кластера було виявлено прямі кореляції між загальним показником депресії і показниками важкості стану ($r=0,72$) та госпіталізації ($r=0,72$) під час хвороби, наявності ускладнень після одужання ($r=0,65$), рівнем особистісної тривожності ($r=0,57$), індексом ворожості ($r=0,33$) і показниками за шкалою самооцінки стресостійкості ($r=0,40$) (чим вищі оцінки за цією шкалою, тим нижчим є рівень стресостійкості і навпаки). Також за даними первинного опитування загальний показник депресії в цих осіб обернено корелював із самооцінками ініціативності ($r= -0,47$) й уважності ($r= -0,31$) (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Статистично достовірні кореляції з показниками депресії в осіб з другого кластера (за даними первинного опитування)

Шкали	Загальний показник депресії	Шкала когнітивно-афективних виявів депресії	Шкала соматичних виявів депресії
Важкість стану	<i>0,72</i>	<i>0,64</i>	<i>0,74</i>
Госпіталізація	<i>0,72</i>	<i>0,64</i>	<i>0,74</i>
Чи були ускладнення	<i>0,65</i>	<i>0,67</i>	<i>0,52</i>
Особистісна тривожність	<i>0,57</i>		<i>0,51</i>
Індекс ворожості	<i>0,33</i>	<i>0,32</i>	
Самооцінка стресостійкості	<i>0,40</i>	<i>0,42</i>	
Ініціативність (самооц.)	<i>-0,47</i>		<i>-0,30</i>
Уважність (самооц.)	<i>-0,31</i>		<i>-0,41</i>

Шкала когнітивно-афективних виявів депресії на початку дослідження в осіб з цього кластера прямо корелювала з показниками важкості стану ($r=0,64$) та перебування у лікарні ($r=0,64$) під час хвороби, з показником наявності

ускладнень після одужання ($r=0,67$), з індексом ворожості ($r=0,32$) та показниками за шкалою самооцінки стресостійкості ($r=0,42$) (високі оцінки за шкалою свідчать про низьку стресостійкість, а низькі вказують на високу опірність до стресу) (табл. 2.3).

Шкала соматичних виявів депресії за даними первинного опитування осіб із цього кластера прямо корелювала з показниками важкості стану ($r=0,74$) та перебування у лікарні ($r=0,74$) під час хвороби, з показником наявності ускладнень після перенесеної хвороби ($r=0,52$) і з рівнем особистісної тривожності ($r=0,51$), а також обернено корелювала з самооцінками ініціативності ($r= -0,30$) та уважності ($r= -0,41$) (табл. 2.3).

Як і у випадку з особами, що виявляли більшу схильність до депресивних станів у постковідний період, в осіб з меншою такою схильністю відзначалася пряма залежність між тим, яким був рівень загального показника їхньої депресії і якою мірою у них виявлялися її когнітивно-афективні та соматичні ознаки, а також між тим, наскільки важким був їхній стан під час хвороби, чи були вони госпіталізовані у зв'язку зі своєю хворобою і чи були у них ускладнення з боку певної системи організму після перенесеного COVID-19.

Також як і в осіб з більшою схильністю до депресивних станів у постковідний період у цьому кластері виявлялася пряма кореляція між рівнем депресії та між рівнем особистісної тривожності (чим більшою була особистісна тривожність ще до хвороби, тим більшою була схильність до депресивних переживань після одужання), але статистично значущих кореляцій з рівнем ситуативної тривожності не було виявлено. З огляду на такі результати, можна припустити, що підвищена ситуативна тривожність була пов'язана з більшою схильністю до депресивних станів у постковідний період, але її нижчий рівень ще не був достатньою передумовою для меншої такої схильності.

Шкала самооцінки стресостійкості у цих осіб корелювала не лише з мірою вираженості когнітивно-афективних ознак депресії, як це було виявлено

в осіб з більшою схильністю до депресивних станів у постковідний період, але й з загальним показником депресії. Можна сказати, що вираженість когнітивно-афективних ознак депресії у постковідний період була пов'язаною з тим, наскільки високою була стресостійкість особи: чим більш стійкою та опірною до стресу була людина, тим менше вона виявляла схильність до когнітивних і афективних симптомів депресивних станів після перенесеного COVID-19 і навпаки, чим нижчою була її стресостійкість, тим така схильність була більшою. Разом з цим, варто відзначити, що вища стресостійкість осіб, які перенесли хворобу, була пов'язана із загальним нижчим рівнем їхньої депресії, тоді як менша стійкість до стресу ще не була достатньою умовою для вищого загального показника депресії.

У зв'язку з нижчим загальним показником депресії, а також з меншою мірою вираженості її соматичних ознак зокрема (зосередженість на хворобливих тілесних відчуттях, проблеми зі сном, порушення апетиту, втомлюваність та ін.), які були властиві для цих осіб після перенесеного COVID-19, у цей період вони вище оцінювали власну ініціативність та уважність, відзначали своє бажання до активної діяльності, прагнення до новизни, зібраність, легкість у концентрації уваги та здатність залишатися зосередженими на виконуваній діяльності протягом тривалого часу.

Зрештою, як видно із отриманих кореляцій, загальний показник депресії осіб у цьому кластері, як і міра вияву у них когнітивно-афективних її ознак після перенесеного COVID-19, були тим меншими, чим менше у них виявлялася ворожість у ставленні до інших людей.

Для того, щоб охарактеризувати динаміку особистісних змін в осіб з виокремлених кластерів у процесі консультативної та психотерапевтичної роботи у позитум-підході було проведено порівняння емпіричних даних первинного і повторного опитувань у цих осіб (для порівняння було використано t-критерій Стьюдента при $p < 0,05$, результати якого представлені у табл. Е.2-Е.3, дод. Е). Так, було виявлено, що при повторному опитуванні в осіб

з першого кластера статистично достовірно знизився загальний показник депресії ($t=5,02$ при $p=0,00$), а також показники за шкалами когнітивно-афективних ($t=4,20$ при $p=0,00$) і соматичних ($t=5,46$ при $p=0,00$) виявів депресії (табл. 2.4). Водночас, у цих осіб статистично достовірно знизився рівень ситуативної тривожності ($t=6,17$ при $p=0,00$), дратівливості ($t=4,82$ при $p=0,00$) і почуття провини ($t=3,44$ при $p=0,00$) (табл. 2.4). Натомість, самооцінки енергійності ($t= -4,27$ при $p=0,00$) та уважності ($t= -5,62$ при $p=0,00$) в осіб з першого кластера за час дослідження стали статистично достовірно вищими (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Статистично значущі відмінності за емпіричними даними при первинному та повторному опитуваннях в осіб з першого кластера, $p<0,05$

	Первинне опитування (середнє значення)	Повторне опитування (середнє значення)	t-value	p
Загальний показник депресії	28,90000	12,26667	5,02076	0,000005
Шкала когнітивно-афективних виявів депресії	15,53333	5,96667	4,20343	0,000092
Шкала соматичних виявів депресії	13,36667	6,23333	5,46855	0,000001
Ситуативна тривожність	51,36667	33,16667	11,17137	0,000000
Дратівливість	6,60000	4,16667	4,82398	0,000011
Почуття провини	5,50000	3,26667	3,44860	0,000655
Енергійність (самооц.)	3,75000	6,70000	-4,27236	0,000073
Уважність (самооц.)	2,30000	6,43333	-5,62172	0,000001

В осіб з другого кластера спостерігалася подібна позитивна динаміка. Так, загальник показник депресії ($t=4,55$ при $p=0,00$), як і показники за шкалами когнітивно-афективних ($t=3,79$ при $p=0,00$) і соматичних ($t=4,96$ при $p=0,00$) її виявів у цих осіб за час дослідження стали статистично достовірно нижчими (табл. 2.5). Також у цих осіб достовірно знизився рівень ситуативної тривожності ($t=9,23$ при $p=0,00$) і підозрливості ($t=3,68$ при $p=0,00$) (табл. 2.5). Натомість, в осіб з цього кластера в результаті психологічної роботи у позитум-підході статистично достовірно зросли самооцінки рішучості ($t= -4,13$ при

$p=0,00$), витримки ($t= -5,75$ при $p=0,00$) й енергійності ($t= -5,50$ при $p=0,00$), а також знизилися показники за шкалою самооцінки стресостійкості ($t=5,23$ при $p=0,00$), що вказує на покращення їх стресостійкості (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Статистично значущі відмінності за емпіричними даними при первинному та повторному опитуваннях в осіб з другого кластера, $p<0,05$

	Первинне опитування (середнє значення)	Повторне опитування (середнє значення)	t-value	p
Загальний показник депресії	<i>17,45000</i>	<i>7,95000</i>	<i>4,55497</i>	<i>0,000019</i>
Шкала когнітивно-афективних виявів депресії	<i>8,75000</i>	<i>3,72500</i>	<i>3,79752</i>	<i>0,000288</i>
Шкала соматичних виявів депресії	<i>8,72500</i>	<i>4,20000</i>	<i>4,96765</i>	<i>0,000004</i>
Ситуативна тривожність	<i>39,32500</i>	<i>28,25000</i>	<i>9,23765</i>	<i>0,000000</i>
Підозріливість	<i>5,25000</i>	<i>3,67500</i>	<i>3,68955</i>	<i>0,000414</i>
Самооцінка стресостійкості	<i>11,30000</i>	<i>4,78908</i>	<i>5,23457</i>	<i>0,000013</i>
Рішучість (самооц.)	<i>4,85000</i>	<i>6,65000</i>	<i>-4,13088</i>	<i>0,000090</i>
Витримка (самооц.)	<i>4,42500</i>	<i>6,65000</i>	<i>-5,75879</i>	<i>0,000000</i>
Енергійність (самооц.)	<i>4,33333</i>	<i>6,37500</i>	<i>-5,50369</i>	<i>0,000000</i>

Як видно із отриманих результатів, в обох підгрупах, незалежно від рівня схильності до депресивних переживань після перенесеного COVID-19, у процесі роботи в позитум-підході відзначалося зниження загального показника депресії, міри вияву її когнітивно-афективних симптомів (пригнічений настрій, песимізм, переживання власної неповноцінності, незадоволеність, почуття провини, плаксивість, порушення соціальних контактів, нерішучість та ін.) і соматичних симптомів (порушення сну та апетиту, підвищена втомлюваність, надмірна зосередженість на власних тілесних відчуттях, зниження лібідо тощо).

Разом з цим, в обох підгрупах відзначалося і зниження ситуативної тривожності, тобто як особи з більшою, так і особи з меншою схильністю до депресивних переживань після перенесеного COVID-19, працюючи з психологом у позитум-підході, стали спокійнішими, у них менше почали виявлятися негативні емоційні переживання (наприклад, занепокоєність,

надмірна напруженість, нервозність, схвильованість та ін.) у зв'язку з впливом актуально діючих стресових чинників.

Водночас, особи з різною схильністю до депресивних переживань після перенесеного COVID-19 за час роботи у позитум-підході почали вище оцінювати власну енергійність, активність, оптимізм та в цілому відзначили у себе зростання працездатності.

Окрім таких позитивних змін, які відбулися в обох підгрупах, також виявлено зміни, характерні для виключно для осіб з більшою або з меншою схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19. Так, в осіб, які були більше схильними до депресивних переживань, за час роботи у позитум-підході знизився рівень дратівливості та переживання почуття провини. Вони стали спокійнішими, рідше почали перебільшено негативно реагувати на об'єктивно незначущі (або малозначущі) подразники. У них почали рідше виявлятися докори сумління через суб'єктивне переживання власної «поганості». Ці особи також почали вище оцінювати свою уважність, зібраність, відзначили, що їм простіше вдається довільно концентруватися на виконуваних діяльності та утримувати свою увагу на ній протягом більш тривалого часу. В осіб з меншою схильністю до депресивних переживань після перенесеного COVID-19 у процесі роботи в позитум-підході знизилася підозріливість. Вони почали менше виявляти недовіру та надмірну обережність у ставленні до інших, у них рідше виникали думки про те, що інші люди своїми діями та словами прагнуть нашкодити їм, образити їх чи завдати їм болю. Так само ці особи почали вище оцінювати власну рішучість та витримку, у них підвищилася стресостійкість. Працюючи з психологом у позитум-підході, вони стали впевненіше почувати себе в ситуаціях вибору, завдяки чому їм почало краще вдаватися швидко приймати рішення, не переживаючи при цьому зайвих сумнівів. Також за час роботи у цих осіб посилювалося переживання власної здатності контролювати свої емоції, управляти ними. Вони почали відзначати у себе здатність легше переносити значні психоемоційні навантаження, зберігати

спокій і залишатися врівноваженими у стресових ситуаціях. Покращення стійкості цих осіб до стресу, яке відбулося у процесі їхньої роботи з психологом у позитум-підході, виявлялося також і тому, що їм стало суб'єктивно легше справлятися з вимогами, які до них висуваються, самостійно та ефективно радити собі з переживаннями щодо невизначеності та подій і ситуацій, які об'єктивно є їм невідконтрольними.

Підсумовуючи отримані результати, можна зробити такі висновки. Серед досліджених осіб, які перенесли COVID-19, можна виокремити дві підгрупи: перша – це особи, які більше схильні до депресивних станів (таких у групі більше), друга – особи з меншою схильністю до депресивних станів. На початку роботи у позитум-підході особи з більшою схильністю до депресивних станів відзначалися достовірно вищою особистісною й ситуативною тривожністю, виявляли більшу дратівливість та більше були схильними до переживання почуття провини. На противагу цьому, особи, які були менше схильними до депресивних станів, вище оцінювали власну ініціативність й уважність, а також відзначалися більшою стресостійкістю після хвороби.

В обох підгрупах загальний показник депресії, як і міра вираженості її когнітивно-афективних та соматичних ознак, прямо корелювали з тим, наскільки важким був стан цих осіб під час хвороби, їхнім перебуванням у лікарні та з наявністю ускладнень після перенесеного COVID-19. Також в обох підгрупах показники схильності до депресивних станів прямо корелювали з рівнем особистісної тривожності, а в осіб з більшою такою схильністю спостерігалися і тісніші прямі кореляції між мірою вираженості депресивних ознак і між рівнем ситуативної тривожності. В обох підгрупах міра вияву когнітивно-афективних ознак депресії у постковідний період корелювала з рівнем стресостійкості: чим більш стійкими та опірними до стресу були особи, тим подібні ознаки виявлялися у них менше, і навпаки. Окрім цього, вища стресостійкість була пов'язана також і з нижчим загальним показником депресії в осіб, які були менше схильними до депресивних станів після перенесеного

COVID-19. Можна відзначити, що більша схильність до депресивних станів після перенесеної хвороби тісніше корелювала з агресивними тенденціями (дратівливість, вербальна агресія, почуття провини), тоді як нижчий рівень такої схильності був тісніше пов'язаний з менш вираженою ворожістю у ставленні до інших. Як менша, так і більша схильність до депресивних станів у постковідний період була тісно пов'язана з тим, наскільки високо досліджувані оцінювали свою ініціативність та уважність у цей час: чим вищим був загальний показник депресії та міра вияву її соматичних ознак, тим така оцінка була нижчою, і навпаки. А яскравіше виражені в осіб з більшою схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19 соматичні ознаки депресії були пов'язаними з їхньою нижчою самооцінкою енергійності у цей період.

За час роботи у позитум-підході в обох підгрупах було констатовано позитивні зміни, зокрема, знизилися сумарний показник депресії, міра вираженості її когнітивно-афективних та соматичних ознак, рівень ситуативної тривожності, зросла самооцінка енергійності на актуальний момент часу. Окрім цього, в осіб, які виявляли більшу схильність до депресивних станів, зменшилися дратівливість і переживання почуття провини, вони почали відзначати свою більшу уважність, а особи з меншою схильністю до депресивних станів почали виявляти меншу підозріливість і вище оцінювати власну рішучість та витримку, стали більш стійкими до стресу. Таким чином, отримані результати частково підтверджують гіпотезу про те, що в осіб з різною схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19 існують відмінності у динаміці особистісних змін в процесі психологічної роботи у позитум-підході.

2.2.3. Порівняння особистісних характеристик осіб, які перенесли COVID-19, до та після роботи у позитум-підході

Як показує порівняння емпіричних даних первинного і повторного опитування у загальній досліджуваній групі (для порівняння було використано

t-критерій Стюдента при $p < 0,05$, результати якого представлені у табл. И.1, дод. И), за час роботи у позитум-підході в клієнтів, які перенесли COVID-19, відбулося статистично достовірне зниження рівня загального показника депресії ($t=6,34$ при $p=0,00$), а також її когнітивно-афективних ($t=3,37$ при $p=0,00$) і соматичних ($t=6,91$ при $p=0,00$) виявів (рис. 2.13).

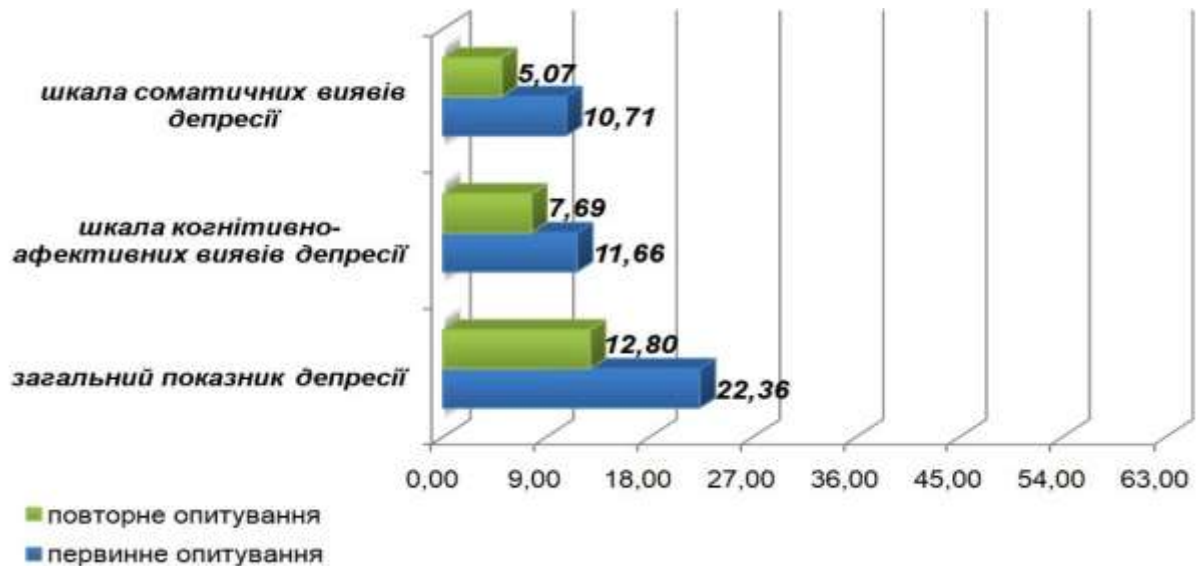


Рис. 2.13. Статистично достовірні відмінності за показаними депресії у досліджуваних на початку і в кінці дослідження

Також в осіб, які перенесли COVID-19, за час роботи у позитум-підході спостерігається статистично достовірне зниження рівня ситуативної тривожності ($t=8,37$ при $p=0,00$) (рис. 2.14).

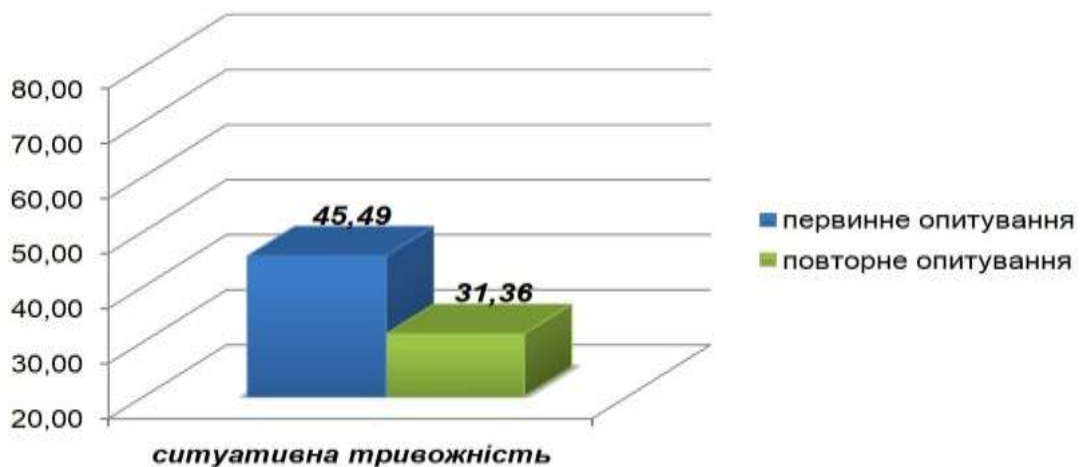


Рис. 2.14. Статистично достовірність за рівнем ситуативної тривожності у досліджуваних на початку і в кінці дослідження

За час дослідження в осіб, які перенесли COVID-19 статистично достовірно знизилася оцінка за шкалою самооцінки стресостійкості ($t=3,74$ при $p=0,00$) (рис. 2.15).

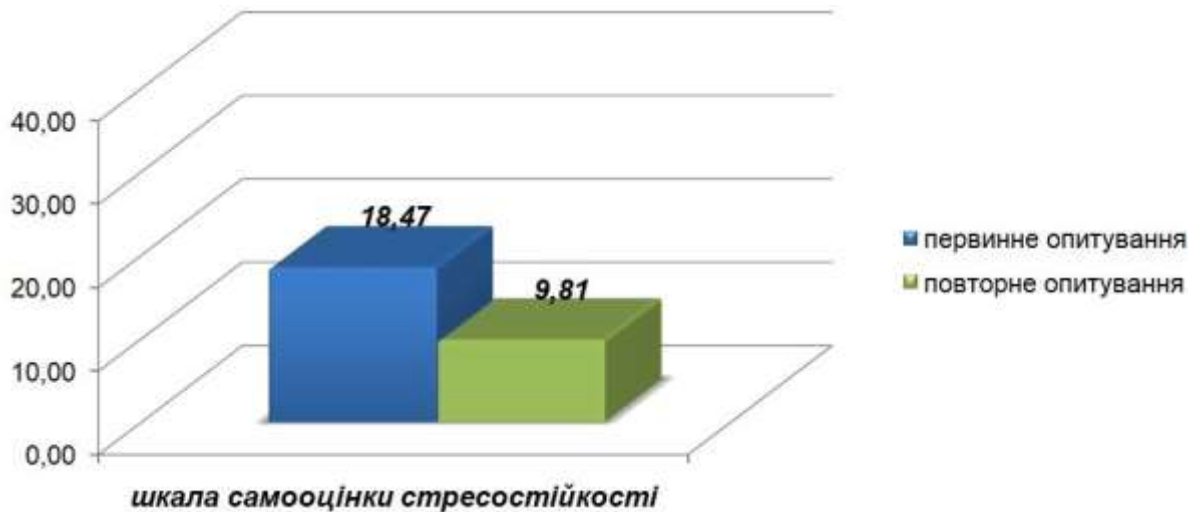


Рис. 2.15. Статистично достовірна відмінність за рівнем самооцінки стресостійкості у досліджуваних на початку і в кінці дослідження

Водночас, за час дослідження в осіб, які перенесли COVID-19 істотно знизився індекс агресивності ($t=8,27$ при $p=0,00$), а також рівень підозрливості ($t=4,71$ при $p=0,00$), схильності до образи ($t=3,46$ при $p=0,00$) і дратівливості ($t=5,67$ при $p=0,00$) (рис. 2.16).

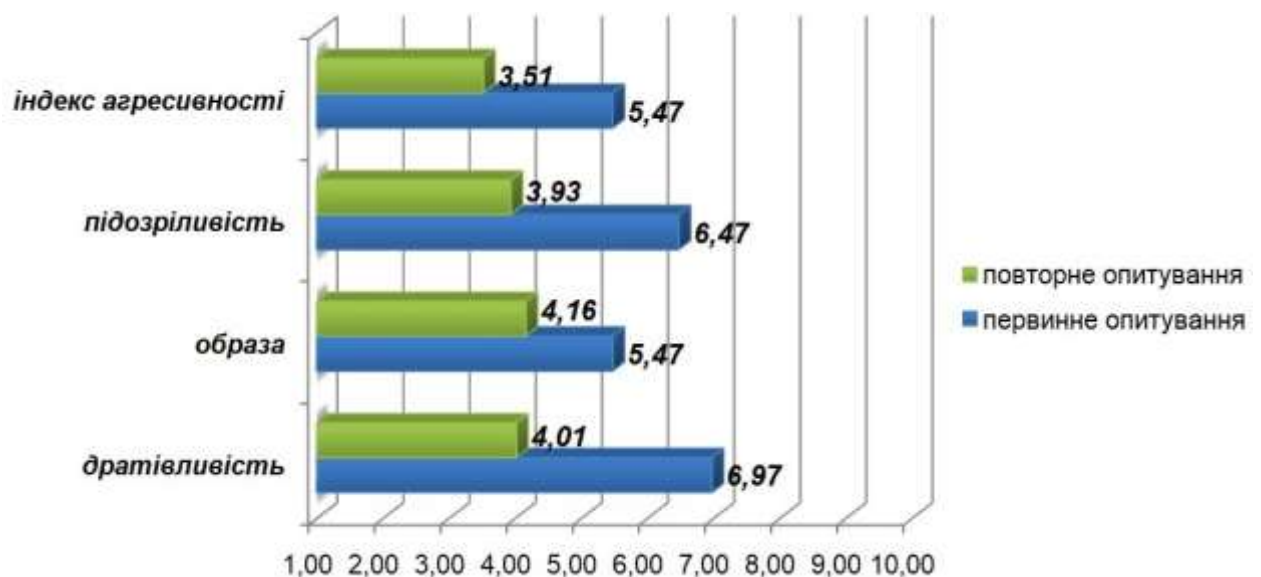


Рис. 2.16. Статистично достовірні відмінності за показаними агресивності у досліджуваних на початку і в кінці дослідження

Натомість, самооцінки рішучості ($t = -5,67$ при $p = 0,00$), витримки ($t = -7,08$ при $p = 0,00$), енергійності ($t = -6,96$ при $p = 0,00$) та уважності ($t = -8,02$ при $p = 0,00$) за час дослідження в осіб, які перенесли COVID-19, статистично достовірно зросли (рис. 2.17).

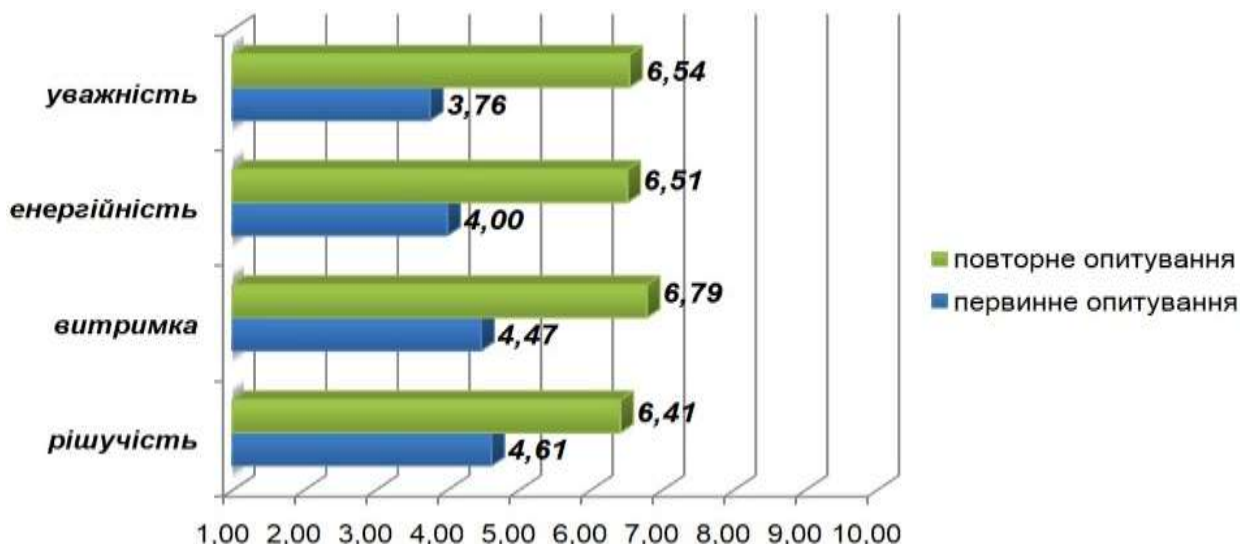


Рис. 2.17. Статистично достовірні відмінності за показаними самооцінками вольових якостей у досліджуваних на початку і в кінці дослідження

Із отриманих результатів видно, що за час роботи з психологом у позитум-підході у клієнтів після перенесеного COVID-19 відбулося зниження схильності до депресивних переживань. У них покращився настрій, підвищився рівень оптимізму, зменшився вияв таких ознак депресії, як плаксивість, порушення соціальних контактів і нерішучість, схильність до самозвинувачення та переживання провини, незадоволеність. Також у них покращився сон та апетит, в цілому менше почали виявлятися соматичні ознаки депресії. У процесі роботи ці клієнти стали спокійнішими, почали менше виявляти занепокоєність, надмірну напруженість та інші негативні реакції у відповідь на стрес.

У цих клієнтів відбулося зниження агресивності в цілому, зменшилася дратівливість, запальність, готовність негативно реагувати навіть у відповідь на незначні подразники. Вони стали менш підозріливими у ставленні до інших, в

них знизилася схильність виявляти надмірну обережність у стосунках з іншими, ображатися на оточуючих, сприймати їхні слова та вчинки як такі, які образливими або ж мають на меті їм зашкодити.

За час роботи у позитум-підході клієнти, які перенесли COVID-19, почали вище оцінювати власну стресостійкість, уважність, енергійність, витримку та рішучість. У них покращилася здатність зберігати спокій і рівновагу при неприємностях, переносити значні психоемоційні навантаження, відновилося відчуття суб'єктивного контролю над тим, що з ними відбувається, над найбільш значущими для них подіями, які мають місце в їхньому житті. У цих клієнтів посилилося суб'єктивне чуття власної здатності справлятися з вимогами, які до них висуваються, із переживаннями щодо ситуацій і подій, над якими вони не мають контролю та на які вони не в змозі вплинути. Вони почали вище оцінювати свою здатність до самоконтролю і саморегуляції в емоційній сфері, відзначили свою більшу рішучість, здатність швидко і впевнено приймати рішення, не страждаючи при цьому зайвих сумнівів. Ці клієнти відзначили зростання власної активності, почали вище оцінювати свою працездатність у процесі виконання різних видів діяльності, а також стали більш оптимістично налаштованими.

Отже, порівнюючи особистісні характеристики осіб, які перенесли COVID-19, до та після роботи у позитум-підході, можна зробити такі висновки. За час роботи у позитум-підході протягом 10 сеансів (2,5-3 місяці) у цих осіб достовірно знизився загальний показник депресії (на початку роботи його значення здебільшого свідчили про виражену депресію середньої важкості, а в кінці вони вже вказували на субдепресивну симптоматику), а також істотно менше почали виявлятися когнітивно-афективні та соматичні ознаки депресії. Так само у процесі позитум-підходу в цих осіб знизилася ситуативна тривожність, дратівливість, підозрливість, схильність до образ, в цілому почали менше виявлятися агресивні тенденції. Водночас, у них підвищилася стресостійкість, вони почали вище оцінювати актуальний рівень вияву у себе

окремих вольових характеристик – рішучості, витримки, енергійності й уважності.

За отриманими результатами можемо зробити висновок про підтвердження висунутої гіпотези, у якій припускалося, що в процесі психологічної роботи у позитум-підході в клієнтів, які перенесли COVID-19, відзначатиметься підвищення стресостійкості і зниження тривожності. Справді, як показують отримані дані, за час роботи у позитум-підході у цих клієнтів достовірно підвищився рівень стресостійкості і знизився рівень тривожності, зокрема, ситуативної.

Також можна говорити, що частково підтвердилося ще одне зроблене припущення, яке стосувалося того, в процесі психологічної роботи у позитум-підході в клієнтів, які перенесли COVID-19, яскравіше виявлятимуться вольові якості, зокрема, самостійність, енергійність, уважність та витримка. Як видно, статистично достовірного підвищення рівня самооцінки вияву самостійності за час роботи у позитум-підході в цих клієнтів не відбулося.

Висновки до розділу 2

Другий розділ роботи присвячений результатам емпіричного дослідження особливостей динаміки особистісних змін у клієнтів, що перенесли COVID-19, у процесі психологічної роботи в позитум-підході. У розділі описано особливості організації та методологію емпіричного дослідження. Дано психологічну характеристику осіб, які перенесли COVID-19. Зокрема, виявлено, що найбільша частка осіб після перенесеного COVID-19 відзначалася вираженою депресією середньої важкості, помірною особистісною та високою ситуативною тривожністю, задовільною самооцінкою стресостійкості. Встановлено, що значна частина серед цих осіб виявляла підвищену схильність до агресивних тенденцій, дратівливості та відзначалася середнім рівнем ворожості (найбільш характерними ворожими реакціями у них були підвищена

підозріливість та схильність до образ). Визначено, що серед вольових характеристик ці особи найвище оцінювали вияв у себе самостійності та ініціативності, а їхня оцінка власної рішучості, витримки, енергійності та уважності була нижчою за середній рівень, при чому, найнижчою з-поміж інших була оцінка уважності.

Проведено порівняння особистісних характеристик осіб, які перенесли COVID-19, до та після роботи у позитум-підході. Виявлено, що за час роботи у позитум-підході в цих осіб знизився загальний показник депресії, рідше почали виявлятися когнітивно-афективні та соматичні її ознаки, знизилася ситуативна тривожність, дратівливість, підозріливість, схильність до образ, в цілому менше виявлялися агресивні тенденції, підвищилася стресостійкість. Встановлено також, що ці особи почали вище оцінювати актуальний рівень вияву у себе окремих вольових якостей – рішучості, витримки, енергійності й уважності.

Проаналізовано динаміку особистісних змін у процесі позитум-підходу в клієнтів з різною схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19. Показано, що серед осіб, які перенесли COVID-19, можна виділити підгрупи з більшою та з меншою схильністю до депресивних станів. Виявлено, що більше схильні до депресивних станів особи мали вищий рівень особистісної та ситуативної тривожності, виявляли більшу дратівливість та більше були схильними до переживання почуття провини. А менше схильними до депресивних станів серед них були особи, які відзначалися більшою стресостійкістю після перенесеної хвороби, вище оцінювали власну ініціативність й уважність. Визначено, що загальний показник депресії, як і міра вираженості її когнітивно-афективних та соматичних ознак, прямо корелювали з тим, наскільки важким був стан під час хвороби, із перебуванням у лікарні в період лікування та з наявністю ускладнень з боку певної системи організму після перенесеного COVID-19. З'ясовано, що вища ситуативна тривожність була прямо взаємопов'язана з більшою схильністю до депресивних станів у постковідний період. Виявлено, що більша схильність до депресивних

станів після перенесеної хвороби тісніше корелювала з агресивними тенденціями (дратівливість, вербальна агресія), тоді як нижчий рівень такої схильності був тісніше пов'язаний з менш вираженою ворожістю у ставленні до інших. Також встановлено, що схильність до депресивних станів у постковідний період в осіб з різним рівнем такої схильності обернено корелювала з тим, наскільки високо вони оцінювали свою ініціативність та уважність у цей час. Виявлено, що міра вияву когнітивно-афективних ознак депресії у постковідний період корелювала з рівнем стресостійкості: чим більш стійкими та опірними до стресу були особи, тим подібні ознаки виявлялися у них менше, і навпаки. Досліджено, що вища стресостійкість була пов'язана також і з нижчим загальним показником депресії в осіб, які були менше схильними до депресивних станів після перенесеного COVID-19.

Показано, що в обох підгрупах осіб з різною схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19 за час роботи у позитум-підході знизився сумарний показник депресії, зменшилася вираженість її когнітивно-афективних та соматичних ознак, знизився рівень ситуативної тривожності, а також зросла самооцінка енергійності на актуальний момент часу. Визначено також, що в осіб, які були більше схильними до депресивних станів після перенесеної хвороби, знизилась дратівливість і зменшилося переживання почуття провини, вони почали відзначати свою більшу уважність, а особи з меншою схильністю до депресивних станів почали виявляти меншу підозріливість і вище оцінювати власну рішучість та витримку, стали більш стійкими до стресу.

ВИСНОВКИ

Попри значний інтерес науковців до проблеми впливу COVID-19 і пандемії на життя людей з різних країн світу, у цій темі залишаються невивчені й актуальні для дослідження аспекти. Ця робота була присвячена впливу перенесеного COVID-19 на особистість, психічний і психологічний стан осіб дорослого віку, а також особливостям динаміки особистісних змін осіб, які перенесли COVID-19, у процесі роботи з ними в позитум-підході. Як показує проведений теоретичний аналіз наукових джерел, особи, що перенесли COVID-19, схильні до різноманітних психічних і психологічних порушень як у процесі лікування, так і протягом тривалого часу після гострої фази хвороби. Серед них найчастіше говорять про тривожні і депресивні симптоми, симптоми посттравматичного стресового розладу, порушення сну, зниження когнітивних функцій, obsesивно-компульсивну симптоматику, симптоми соціальних фобій та ін. Очевидно, що для повноцінного відновлення після перенесеного COVID-19, важливою є не лише фізична реабілітація, але й психологічна.

За даними проведеного нами емпіричного дослідження, під час первинного опитування (в середньому через два тижні після завершення гострої фази захворювання) найбільша частка осіб дорослого віку після перенесеного COVID-19 відзначалася вираженою депресією середньої важкості, помірною особистісною та високою ситуативною тривожністю, задовільною самооцінкою стресостійкості. Також найбільша частина серед цих осіб виявляла підвищену схильність до агресивних тенденцій, дратівливості, підозріливості, підвищену схильність до образ. Ці особи відзначали у себе знижену рішучість, витримку, енергійність та уважність. Серед осіб, які перенесли COVID-19, було виділено підгрупи з більшою та з меншою схильністю до депресивних станів: більше схильні до депресивних станів особи мали вищий рівень особистісної та ситуативної тривожності, виявляли більшу дратівливість та більше були схильними до переживання почуття провини, відзначалися нижчою

стресостійкістю, а також нижче оцінювали власну ініціативність й уважність після перенесеної хвороби. За час роботи у позитум-підході (два з половиною місяці (10 сеансів) перед повторним опитування) в осіб, які виявляли більшу схильність до депресивних станів, зменшилися дратівливість і переживання почуття провини, вони почали відзначати свою більшу уважність, а особи з меншою схильністю до депресивних станів почали виявляти меншу підозріливість і вище оцінювати власну рішучість та витримку, стали більш стійкими до стресу. В обох підгрупах було констатовано зниження сумарного показника депресії та міри вираженості її когнітивно-афективних і соматичних ознак, зниження рівня ситуативної тривожності, підвищення самооцінки енергійності. В цілому, за час роботи у позитум-підході в клієнтів після перенесеного COVID-19 статистично значуще знизився рівень ситуативної тривожності, загальний показник депресії та міра вияву її когнітивно-афективних і соматичних ознак, рівень дратівливості, підозріливості та схильності до образ, підвищився рівень стресостійкості, вони почали достовірно вище оцінювати міру вияву у себе енергійності, уважності та витримки.

Ґрунтуючись на результатах емпіричного дослідження, можна зробити такі висновки щодо висунутих гіпотез. Повністю підтвердилася гіпотеза про те, що в процесі психологічної роботи у позитум-підході в клієнтів, які перенесли COVID-19, відзначатиметься підвищення стресостійкості і зниження тривожності.

Частково підтвердилася гіпотеза про те, що в процесі психологічної роботи у позитум-підході в клієнтів, які перенесли COVID-19, яскравіше виявлятимуться такі вольові якості, як самостійність, енергійність, уважність та витримка (не було виявлено достовірних змін в оцінці самостійності).

Третя висунута гіпотеза, у якій припускалося, що в осіб з різною схильністю до депресивних станів після перенесеного COVID-19 спостерігатимуться відмінності у динаміці особистісних змін в процесі

психологічної роботи у позитум-підході, теж підтвердилася лише частково (було виявлено як відмінні, так і спільні тенденції в осіб з більшою і з меншою схильністю до депресивних станів після перенесеної хвороби).

Рекомендації щодо практично використання результатів проведеного дослідження. Отримані у дослідженні результати можуть бути використані для подальших наукових розвідок у темі впливу COVID-19 на особистість, психологічний і психічний стан осіб, які перенесли цю хворобу, а також особливостей психологічної роботи з цією категорією клієнтів у різних психотерапевтичних напрямках, зокрема, й у межах позитум-підходу. Виявлені у процесі емпіричного дослідження результати доцільно враховувати при розробці програм психологічного супроводу хворих із COVID-19 і психологічної роботи з особами, які перенесли COVID-19, в межах їх реабілітації після гострої фази хвороби.

Проведене дослідження в цілому підтверджує ефективність використання позитум-підходу у роботі з клієнтами, які перенесли COVID-19. Фахівцям, які працюють у цьому підході (як і тим, які працюють в інших підходах), рекомендовано у роботі з клієнтами після перенесеного COVID-19 враховувати їхню підвищену схильність до депресивних станів, тривожності, до агресивних і ворожих тенденцій (дратівливості, підозрливості, схильності до образ), а також дещо знижені стійкість до стресу, витримку, енергійність, уважність. Ці особливості мають бути не лише «мішенями» психотерапевтичного впливу, їх доцільно також враховувати для підвищення ефективності роботи з іншими запитами клієнтів, які перенесли COVID-19.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців / Н.А. Агаєв, О.М. Кокун, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук, В.В. Ткаченко. – Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
2. Асанова А. Психічні порушення у госпітальних пацієнтів в гострій фазі COVID-19 / А. Асанова, О. Хаустова, О. Чабан, О. Прохорова, М. Кузьмицький, Є. Тимощук, О. Авраменко // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2021. – Вип. 6. – №2. – С. 1-12.
3. Дичковська Г.О. Аналіз політичних ідеологій крізь призму концепції позитивної психотерапії / Г.О. Дичковська // Життя, конфлікти і любов у транскультурному світі: збірник матеріалів ІХ науково-практичної конференції з позитивної психотерапії Н. Пезешкіана (м. Одеса, 2–4 червня 2017 р.). – Одеса, 2017. – С. 13-20.
4. Дуда О.К. Постковідний синдром – нова актуальна проблема сучасної медицини / О.К. Дуда, І.В. Манжелеєва, А.Р. Вега // Інфекційні хвороби. – 2020. – № 4. – С. 5-11.
5. Карикаш В.И. Основы психологического консультирования в позитивном подходе / В.И. Карикаш, Н.А. Босовская, Ю.Е. Кравченко, С.А. Кириченко [Український Інститут Позитивної крос-культурної психотерапії і менеджменту]. – Черкаси, 2009. – 43 с.
6. Католик Г. Особливості екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю / Г. Католик, Ю. Олексин // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. – 2021. – Вип. 9. – С. 121-129.
7. Методичний посібник для фахівців, які впроваджують Типову програму для кривдників: збірник практичних матеріалів / авт.-упорядн. О. Степанюк, О. Мельниченко; під заг. керівн. Т. Медун. – Київ, 2020. – 132 с.
8. Орос М.М. Тривога та COVID-19 / М.М. Орос, Н.Ф. Пригода // Журнал неврології ім. Б.М. Маньковського. – 2021. – Т. 9. – №4. – С. 30-32.

9. Отенко С.А. Позитивна психотерапія як сучасна теоретична основа соціалізації / С.А. Отенко // Гуманітарний корпус: збірник наукових статей з актуальних проблем філософії, культурології, історії, психології та педагогіки. – Вінниця: «ТВОРИ», 2021. – Вип. 37. – Т.2. – С. 45-48.
10. Пезешкиан Н. Как позитивно преодолеть усталость и перенапряжение / Н. Пезешкиан, Н. Пезешкиан. – Черкаси: Брама-Україна, 2013. – 192 с.
11. Пезешкиан Х. Введение в позитивную психологию и психотерапию / Х. Пезешкиан, М. Воронов. – Харків, 2003. – 66 с.
12. Пеньковська Н.М. Основи психологічного консультування в методі позитивної психотерапії / Н.М. Пеньковська, Р.В. Шептицький. – Тернопіль: Крок, 2014. – 286 с.
13. Пфайфер С. Депресія: Хвороба сучасності / С. Пфайфер. – Львів: Свічадо, 2017. – 88 с.
14. Радченко О. Зміна світоглядних настанов у методі позитивної психотерапії / О. Радченко // Життя, конфлікти і любов у транскультурному світі: Збірник матеріалів ІХ науково-практичної конференції з позитивної психотерапії Н. Пезешкіана (м. Одеса, 2-4 червня 2017 р.). – Одеса, 2017. – С. 173-176.
15. Радченко О. Позитивна психотерапія та її вплив на світогляд українців: філософсько-психологічний аспект / О. Радченко // Вісник Прикарпатського університету: філософські і психологічні науки. – 2019. – Т.1. – №22. – С. 38-45.
16. Сіренко О.М. Історія становлення позитивної психотерапії, як окремого напрямку психології (друга половина ХХ – початок ХХІ ст.) / О.М. Сіренко // Історія науки і техніки. – 2018. – Т. 8. – Вип. 2 (13). – С. 515-526.
17. Тептюк Ю.О. Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників різних вікових категорій: дис. канд. психол. наук: 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія / Ю.О. Тептюк; Національний університет імені М.П. Драгоманова. – Київ, 2021. – 272 с.

18. Чабан О.С. Реабілітація після COVID-19: початок дискусії, яка вже й так запізнилася / О.С. Чабан // Здоров'я України 21 сторіччя. – 2021. – №16 (509). – С. 26-27.
19. Черенщикова Д.В. Аналіз теоретико-методологічних основ інноваційних підходів у психотерапії: на прикладі позитивної психотерапії та схема-терапії / Д.В. Черенщикова / Психологія і особистість. – 2016. – №2(10). – Ч. 1. – С. 138-150.
20. Cai X. Psychological distress and its correlates among COVID-19 survivors during early convalescence across age groups / X. Cai, X. Hu, I.O. Ekumi, J. Wang, Y. An, Z. Li et al. // American Journal of Geriatric Psychiatry. – 2020. – №28. – P. 1030-1039.
21. Cénat J.M. Frequency and correlates of anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries: a multinational study / J.M. Cénat, R.D. Dalexis, M. Guerrier, P.G. Noorishad, D. Derivois, J. Bukaka et al. // Journal of Psychiatric Research. – 2021. – №132. – P. 13-17.
22. Cope T. Positive Psychotherapy's Theory of the Capacity to Know as Explication of Unconscious Contents / T. Cope // Journal of Religion and Health. – 2009. – Vol. 48. – P. 79-89.
23. Cope T. The inherently integrative approach of Positive Psychotherapy / T. Cope // The Journal of Psychotherapy Integration. – 2010. – Vol. 20. – №2. – P. 203-250.
24. Dobiała E. «Positive psychotherapy» according to Seligman and «Positive Psychotherapy» according to Peseschkian: A Comparison / E. Dobiała, P. Winkler // International Journal of Psychotherapy. – 2016. – Vol. 20. – No.3. – P. 5-17.
25. Garg P. The «post-COVID» syndrome: How deep is the damage? / P. Garg, U. Arora, A. Kumar, N. Wig // Journal of Medical Virology. – 2020. – Vol. 93 (2). – P. 673-674.
26. Halpin S.J. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: a cross-sectional evaluation / S.J. Halpin, C. McIvor, G.

- Whyatt, A. Adams, O. Harvey, L. McLean et al. // *Journal of Medical Virology*. – 2021. – №93. – P. 1013-1022.
27. Imran J. Psychological distress among survivors of moderate-to-critical COVID-19 illness: a multicentric prospective cross-sectional study / J. Imran, P. Nasa, L. Alexander, S. Upadhyay, V. Alanduru // *Indian Journal of Psychiatry*. – 2021. – №63. – P. 285-289.
28. Ju Y. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder in patients with cured coronavirus disease 2019 (COVID-19) one month post-discharge / Y. Ju, J. Liu, R.M. Ng, B. Liu, M. Wang, W. Chen, ... & Y. Zhang // *European Journal of Psychotraumatology*. – 2021. – №12 (1). – P. 232-243.
29. Mahmoudi H. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Psychological Well-being and Self-Esteem among Adolescents with Depression Disorder / H. Mahmoudi, H. Khoshakhlagh // *Social Behavior Research & Health (SBRH)*. – 2017. – №2(1). – P. 153-163.
30. Mazza M.G. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors / M.G. Mazza, R. De Lorenzo, C. Conte, S. Poletti, B. Vai, I. Bollettini, E. Melloni et al. // *Brain, Behavior, and Immunity*. – 2020. – №89. – P. 594-600.
31. Pappa S. Depression, Insomnia and Post-Traumatic Stress Disorder in COVID-19 Survivors: Role of Gender and Impact on Quality of Life / S. Pappa, Z. Barmpareassou, N. Athanasiou, E. Sakka, K. Eleftheriou, S. Patrinos, N. Sakkas, et al. // *Journal of Personalized Medicine*. – 2022. – №12. – P. 486-497.
32. Park H.Y. Psychological Consequences of Survivors of COVID-19 Pneumonia 1 Month after Discharge / H.Y. Park, J. Jung, H.Y. Park et al. // *Journal of Korean Medical Science*. – 2020. – №35(47). – P. 409-419.
33. Peseschkian H. Positive Psychotherapy: An Introduction / H. Peseschkian, A. Remmers / Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds) *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*. – Cham: Springer, 2020. – P. 11-32.

34. Peseschkian N. Positive psychotherapy: Theory and practice of a new method / N. Peseschkian. – Berlin: Springer Science & Business Media, 2012. – 462 p.
35. Porzoor P. Effectiveness of Positive Psychotherapy in Improving Opiate Addicts' Quality of Life / P. Porzoor, J. Alizadeh Ghoradel, H. Yaghtui, S. Basharpour // Quarterly Journal of Research on Addiction. – 2015. – №9(35). – P. 137-148.
36. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach / T. Rashid // The Journal of Positive Psychology. – 2015. – №10(1). – P. 25-40.
37. Senf K. The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator / K. Senf, A. Liau // Journal of Happiness Study. – 2013. – №14(2). – P. 591-612.
38. Seshadri A. Mindfulness-based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, and positive psychotherapy for major depression / A. Seshadri, S.S. Orth, A. Adaji, B. Singh, M.M. Clark, M.A. Frye, M. Fuller-Tyszkiewicz // American Journal of Psychotherapy. – 2021. – №74(1). – P. 4-12.
39. Shaygan M. The effect of online multimedia psychoeducational interventions on the resilience and perceived stress of hospitalized patients with COVID-19: a pilot cluster randomized parallel-controlled trial / M. Shaygan, Z. Yazdani, A. Valibeygi // BMC Psychiatry. – 2021. – №21(1). – P. 1-12.
40. Sin N.L. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practicefriendly meta-analysis / N.L. Sin, S. Lyubomirsky // Journal of Clinical Psychology. – 2009. – №65(5). – P. 467-487.
41. Zhao Y.M. Follow-up study of the pulmonary function and related physiological characteristics of COVID-19 survivors three months after recovery / Y.M. Zhao, Y.M. Shang, W.B. Song et al. // EClinicalMedicine. – 2020. – Vol. 25. – P. 463-471.

ДОДАТКИ

Додаток А

Перелік скорочень

депрес	сумарний показник депресії
когн-афект вияви депрес	когнітивно-афективні вияви депресії
соматичні вияви депрес	соматичні вияви депресії
особ тривожн	особистісна тривожність
ситуат тривожн	ситуативна тривожність
фіз агрес	фізична агресія
непрям агрес	непряма агресія
дратівл	дратівливість
негатив	негативізм
образа	схильність до образи
підозріл	підозріливість
верб агрес	вербальна агресія
почут пров	почуття провини
індекс агрес	індекс агресивності
індекс ворож	індекс ворожості
самооц. стрес	самооцінка стресостійкості
ініціатив (самооц.)	ініціативність (самооцінка)
рішуч (самооц.)	рішучість (самооцінка)
самостійн (самооц.)	самостійність (самооцінка)
витримка (самооц.)	витримка (самооцінка)
енергійн (самооц.)	енергійність (самооцінка)
уважн (самооц.)	уважність (самооцінка)

Додаток Б

Анкета

Стать _____

Вік _____ років

Сімейний статус:

- 1) без пари
- 2) маю пару (одружений/заміжня, перебуваю у громадянському шлюбі тощо)

Вкажіть, скільки часу пройшло відтоді, як ви перенесли COVID-19? _____ (у тижнях)

Яким був ваш стан під час хвороби?

- 1) легкий
- 2) середньоважкий
- 3) важкий

Чи лежали ви у лікарні під час хвороби?

- 1) ні
- 2) так

Чи були у вас ускладнення після перенесеної хвороби? (з боку будь-якої із систем організму)

- 1) ні
- 2) так

Прочитайте подані нижче пари характеристик та оберіть у кожній парі ту характеристику, яка найкраще описує ваш актуальний стан і поведінку (протягом попереднього тижня-двох). Оцініть, якою мірою обрана характеристика описує вас, використовуючи запропоновану шкалу від 1 до 10 балів

Безініціативність (відсутнє бажання до активної діяльності)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ініціативність (прагнення до активної діяльності, орієнтація на новизну та інновації)
Нерішучість (переживання зайвих сумнівів)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Рішучість (впевнене і швидке прийняття рішень)
Несамостійність (залежність від інших)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Самостійність (автономність і незалежність від інших, можливість самостійно приймати рішення і чинити опір думці інших)
Відсутність витримки (переживання труднощів при значних психоемоційних навантаженнях, відчуття нездатності управляти)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Витримка (переживання власної здатності контролювати свої емоції, управляти ними, можливість легко переносити значні)

власними емоціями)											психоемоційні навантаження)
Бездіяльність, в'ялість (пасивність, знижена працездатність, песимізм)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Енергійність (активність, висока працездатність, оптимізм)
Неуважність (розсіяність, нездатність сконцентруватися на чомусь протягом тривалого часу)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Уважність (здатність доволіно концентрувати увагу та утримувати її протягом тривалого часу, зібраність)

Додаток Б.1

Методики, використані для емпіричного дослідження

Шкала депресії Бека

Інструкція: прочитайте кожну групу із поданих нижче тверджень і виберіть у ній те твердження, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Зверніть увагу, що важливо прочитати усі твердження в одній групі і лише після цього робити свій вибір.

1. 0. Мені не сумно.
 1. Мені сумно, я чуюсь пригнічено.
 2. Я увесь час чуюсь сумним (сумною), пригніченим (пригніченою) і не можу відволіктись від цього стану.
 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.
2. 0. Я спокійно думаю про майбутнє.
 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.
 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.
 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.
3. 0. Я не відчуваю себе невдахою.
 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.
 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.
 3. Я абсолютна невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)
4. 0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей.
 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей.
 2. Я ні від чого не отримую задоволення.
 3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.
5. 0. Я не відчуваю відчуття провини.
 1. Я доволі часто відчуваю провину.
 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини.
 3. Мене мучить постійне відчуття провини.
6. 1. Я не вважаю, що заслуговую покарання.
 2. Я допускаю, що заслуговую покарання.
 3. Я вважаю, що маю бути покараний (покарана).
 4. Я відчуваю, що доля карає мене.
7. 0. Я в основному задоволений (задоволена) тим, ким я є.
 1. Я незадоволений (незадоволена) собою.
 2. Я гидка собі.
 3. Я ненавиджу себе.
8. 0. Я не думаю, що я гірший (гірша), ніж інші люди.
 1. Я критикую себе за слабкості та помилки.
 2. Я постійно докоряю собі за різні помилки.
 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.
9. 0. У мене не виникає думок про самогубство.
 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.
 2. Я хочу вмерти і планую самогубство.
 3. Якщо б була нагода, я б вчинив (вчинила) самогубство.
10. 0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно.
 1. Я плачу частіше, ніж звичайно.
 2. Я увесь час плачу.
 3. Раніше я часто плакав (плакала), але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.
11. 0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно.

1. Я дратуюся легше, ніж звичайно.
2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення.
3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.
12. 0. Я не втратив (втратила) цікавості до людей.
 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.
 2. Я майже повністю втратив (втратила) інтерес до людей.
 3. Люди мені глибоко байдужі.
13. 0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.
 1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.
 2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.
 3. Я не в стані приймати жодних рішень.
14. 0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.
 1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше, ніж зазвичай і старше свого віку.
 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше.
 3. Я переконаний (переконана), що виглядаю жахливо.
15. 0. Мені працюється так, як і раніше.
 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.
 2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці.
 3. Я не в стані працювати.
16. 0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.
 1. Я сплю гірше, ніж раніше.
 2. Я прокидаюсь на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути.
 3. Я прокидаюсь на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.
17. 0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.
 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше.
 2. Я втомлююся від будь-якого заняття.
 3. Я чуюся настільки втомленим (втомленою), що не в стані будь-чим займатися.
18. 0. У мене нормальний апетит.
 1. У мене погіршився апетит.
 2. У мене майже відсутній апетит.
 3. У мене зовсім нема апетиту.
19. 0. Моя вага залишається незмінною.
 1. За останній час я схуд (схудла) більше ніж на 3 кг.
 2. За останній час я схуд (схудла) більше ніж на 5 кг.
 3. За останній час я схуд (схудла) більше ніж на 7 кг.

Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні
20. 0. Моє тілесне здоров'я є добрим.
 1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.).
 2. Я дуже занепокоєний (занепокоєна) наявними у мене фізичними симптомами.
 3. Я настільки занепокоєний (занепокоєна) станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.
21. 0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився.
 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж зазвичай.
 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився.
 3. Я повністю втратив (втратила) інтерес до статевого життя.

Шкала тривоги Спілбергера

Інструкція: уважно прочитайте кожне із наведених нижче тверджень та оцініть, наскільки описане у них відповідає вашому стану в актуальний момент часу, використовуючи для оцінки таку шкалу: «1 – ніколи», «2 – майже ніколи», «3 – часто», «4 – майже завжди».

1. Я спокійний (спокійна).
2. Мені нічого не загрожує.
3. Я знаходжуся у напруженні.
4. Я внутрішньо скутий (скута).
5. Я почуваю себе вільно.
6. Я засмучений (засмучена).

7. Мене хвилюють можливі невдачі.
8. Я почуваю душевний спокій.
9. Я стривожений (стривожена).
10. Я переживаю почуття внутрішнього задоволення.
11. Я впевнений (впевнена) у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я «заведений» («заведена»).
15. Я не почуваю скутості, напруги.
16. Я задоволений (задоволена).
17. Я занепокоєний (занепокоєна).
18. Я надто збуджений (збуджена) і мені не по собі.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно

Частина 2

Інструкція: тепер прочитайте ще один перелік тверджень та оцініть, наскільки те, про що йдеться у кожному із них, описує ваш звичний стан (тобто те, як ви почуваетесь зазвичай); для оцінки використовуйте шкалу: «1 – ніколи», «2 – майже ніколи», «3 – часто», «4 – майже завжди».

1. У мене буває піднесений настрій.
2. Я буваю дратівливим (дратівливою).
3. Я легко засмучуюсь.
4. Я хотів би (хотіла б) бути таким самим (такою ж) щасливою як інші (мати таке ж везіння).
5. Я важко переживаю неприємності і довго не можу про них забути.
6. Я почуваю приплив сил та бажання працювати.
7. Я спокійний (спокійна), холоднокровний (холоднокровна) і зібраний (зібрана).
8. Мене тривожать можливі труднощі.
9. Я надміру переймаюся через дрібниці.
10. Я буваю цілком щасливим (щасливою).
11. Я все приймаю близько до серця.
12. Мені бракую впевненості у собі.
13. Я почуваю себе беззахисним (беззахисною).
14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів.
15. У мене буває хандра.
16. Я буваю задоволеним (задоволеною).
17. Різноманітні дрібниці відволікають і хвилюють мене.
18. Буваю, що я почуваю себе невдахою.
19. Я врівноважена людина.
20. Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи.

Опитувальник агресивності Басса-Дарки

Інструкція: уважно прочитайте подані нижче висловлювання та оцініть, наскільки кожне із них відповідає вам, і вашій поведінці останнім часом. Оберіть варіант «так», якщо описане у твердженні – це про вас, або варіант «ні» – якщо зазначене для вас не властиво.

1. Часом я не здатен (не здатна) перебороти бажання заподіяти іншим шкоду.
2. Іноді пліткую про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюсь, але швидко заспокоююсь.
4. Якщо мене ласкаво не попросять, я не виконаю прохання.
5. Я не завжди отримую те, що мені належить.
6. Я знаю, що люди говорять про мене за мою спиною.

7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчути.
8. Коли мені доводилося обдурювати кого-небудь, я відчував нестерпні докори сумління.
9. Мені здається, що я не здатен (не здатна) вдарити людину.
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб розкидатися речами.
11. Я завжди поблажливий (поблажлива) до чужих недоліків.
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, у мене виникає бажання порушити його.
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.
14. Я тримаюся насторожі з людьми, які ставляться до мене дещо ліпше, ніж я очікував (очікувала).
15. Я часто не погоджуюся з людьми.
16. Іноді мене обтяжують думки, яких я соромлюсь.
17. Якщо хтось першим ударить мене, я не відповім йому.
18. Коли я дратуюся, я грюкаю дверима.
19. Я куди дратівливіший, ніж здається оточуючим.
20. Якщо хтось вдає із себе «начальника», я завжди роблю йому наперекір.
21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Я гадаю, що багато людей мене не люблять.
23. Я не зможу втриматися від суперечки, якщо люди не погоджуються зі мною.
24. Люди, які ухиляються від роботи, мусять почувати провину.
25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, напрошується на бійку.
26. Я не здатний (не здатна) на брутальні жарти.
27. Розлютовуюся, коли з мене насміхаються.
28. Коли люди вдають із себе «начальників», я роблю все, щоб вони не зазнавалися.
29. Майже кожен тиждень я бачу когось, хто мені не до вподоби.
30. Досить багато людей задрять мені.
31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене.
32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, які постійно знущаються з нас, варті того, щоб їх ставили на місце.
34. Я не буваю похмурим (похмурою) від злості.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я на те заслуговую, я не засмучуюсь.
36. Якщо хтось дратує мене, я не звертаю уваги.
37. Хоч я ніколи не показую цього, але мене іноді гризе заздрість.
38. Іноді мені здається, що з мене насміхаються.
39. Навіть якщо я гніваюся, то не вдаюся до лайки.
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи пробачили.
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хтось і вдарить мене.
42. Коли виходить не по-моєму, я іноді ображаюсь.
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів (ненавиділа).
45. Мій принцип: «Ніколи не довіряти чужинцям».
46. Якщо хтось дратує мене, я готовий (готова) висловити все, що я про нього думаю.
47. Я роблю багато такого, про що потім шкодую.
48. Якщо я роздратуюсь, я можу вдарити когось.
49. Із дитинства я ніколи не виявляв (не виявляла) спалахів гніву.
50. Часто почуваю себе, мов діжка з порохом, що ось-ось вибухне.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко ладнати.
52. Я розмірковую про те, які потаємні причини змушують людей робити приємне мені.
53. Коли на мене кричать, відповідаю тим самим.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Я відчуваю страх не рідше й не частіше за інших.

56. Я можу пригадати випадки, коли я був настільки злим (злою), що хапався (хапалася) за першу-ліпшу річ.
57. Іноді я відчуваю, що готовий (готова) першим кинутись у бійку.
58. Іноді я відчуваю, що життя поводить мене зі мною несправедливо.
59. Раніше я думав (думала), що більшість людей говорить правду, але зараз я не вірю в це.
60. Я лаюся тільки через злість.
61. Коли я роблю щось неправильно, то відчуваю докори сумління.
62. Якщо для захисту своїх прав мені слід використати фізичну силу, я вдаюся до неї.
63. Іноді я виражаю свій гнів тим, що грюкаю кулаком по столу.
64. Я буваю грубим (грубою) з людьми, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, що хотіли б мені нашкодити.
66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо вона на це заслуговує.
67. Я часто думаю, що жив (жила) неправильно.
68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки.
69. Я не засмучуюсь через дрібниці.
70. Мені рідко спадає на думку, що люди намагаються розлютити чи скривдити мене.
71. Я часто тільки вдаюся до погроз, але не збираюся їх реалізувати.
72. Останнім часом я став (стала) занудою.
73. Під час суперечки я часто підвишую голос.
74. Здебільшого я намагаюся приховувати своє негативне ставлення до людей.
75. Я краще поступлюся своїми принципами, ніж сперечатимусь.

Тест самооцінки стресостійкості С. Коухена та Г. Вілліансона

Інструкція: Прочитайте питання та оберіть на кожне з них той варіант відповіді, який вам підходить найбільше

1. Наскільки часто неочікувані неприємності виводять вас із рівноваги?
ніколи – 0, майже ніколи – 1, інколи – 2, доволі часто – 3, дуже часто – 4
2. Наскільки часто вам здається, що найбільш важливі речі у вашому житті виходять з-під вашого контролю?
ніколи – 0, майже ніколи – 1, інколи – 2, доволі часто – 3, дуже часто – 4
3. Як часто ви відчуваєте себе «нервовим», пригніченим?
ніколи – 0, майже ніколи – 1, інколи – 2, доволі часто – 3, дуже часто – 4
4. Як часто ви відчуваєте впевненість у своїй здатності долати свої особисті проблеми
ніколи – 4, майже ніколи – 3, інколи – 2, доволі часто – 1, дуже часто – 0
5. Наскільки часто вам здається, що все відбувається саме так, як ви хотіли?
ніколи – 4, майже ніколи – 3, інколи – 2, доволі часто – 1, дуже часто – 0
6. Як часто ви здатні контролювати своє роздратування?
ніколи – 4, майже ніколи – 3, інколи – 2, доволі часто – 1, дуже часто – 0
7. Наскільки часто у вас виникає відчуття, що вам не впоратись з тим, чого від вас вимагають?
ніколи – 0, майже ніколи – 1, інколи – 2, доволі часто – 3, дуже часто – 4
8. Чи часто ви відчуваєте, що вас супроводжує успіх?
ніколи – 4, майже ніколи – 3, інколи – 2, доволі часто – 1, дуже часто – 0
9. Як часто ви злитесь через речі, яких ви не можете контролювати?
ніколи – 0, майже ніколи – 1, інколи – 2, доволі часто – 3, дуже часто – 4
10. Чи часто ви думаєте, що у вас назбиралось стільки труднощів, що їх неможливо подолати?
ніколи – 0, майже ніколи – 1, інколи – 2, доволі часто – 3, дуже часто – 4

Додаток В
Таблиця В.1

Зведена таблиця первинних емпіричних даних дослідження (первинне опитування)

№	час після одужання (тижні)	важкість стану	госпіталізація	чи були ускладнення	вік	стать	сім статус	Первинне опитування																					
								ініціатив самооц.	рішуч самооц.	самостійн самооц.	витримка самооц.	енергійн самооц.	уважн самооц.	Депрес	когн-ефект вияви депрес	соматичні вияви депрес	особ тривожн	ситуат тривожн	фіз агрес	непрям агрес	дратівал	негатив	образ	підозріл	верб агрес	почут пров	Індекс агрес	Індекс ворож	самооц. Стрес
1	2,0	легкий	0	0	31	чол	мають пару	6	5	5	6	3	5	12	6	6	32	33	7	6	2	4	8	8	4	6	8	6	24
2	3,0	легкий	0	0	29	жін	без пари	8	6	7	6	6	5	13	7	6	33	37	6	7	6	2	2	4	4	6	3	6	28
3	2,0	середньоважкий	0	1	33	жін	без пари	3	2	5	3	4	4	19	10	9	38	49	6	6	8	2	6	4	2	7	5	5	32
4	3,0	легкий	0	0	37	жін	без пари	8	5	7	5	5	3	14	5	9	34	39	4	2	5	4	5	6	2	5	6	3	0
5	3,0	легкий	0	0	38	жін	мають пару	7	5	5	5	2	4	20	9	11	29	37	3	2	5	4	7	6	4	2	7	3	22
6	3,0	середньоважкий	1	1	29	жін	мають пару	8	4	6	2	7	2	21	4	17	48	50	4	3	9	2	7	5	2	4	6	3	25
7	3,5	важкий	1	1	33	чол	без пари	7	3	7	5	5	4	47	31	16	32	45	3	4	8	3	6	7	6	7	4	4	24
8	2,5	середньоважкий	1	1	38	жін	мають пару	10	3	7	6	2	7	60	37	23	44	51	6	5	6	3	5	3	4	4	4	5	1
9	3,0	легкий	0	0	39	чол	без пари	7	4	7	6	2	2	10	6	4	33	45	7	2	6	4	3	2	5	4	3	5	29
10	3,5	легкий	0	0	42	жін	мають пару	8	7	7	5	4	3	8	5	3	38	47	6	4	5	4	3	5	5	7	4	5	30
11	2,0	середньоважкий	1	0	44	жін	без пари	8	2	6	4	2	2	29	11	18	49	55	5	7	8	2	3	3	4	2	3	5	13
12	2,0	легкий	0	0	41	чол	без пари	7	5	8	6	3	3	11	3	8	25	39	2	4	5	6	8	5	5	2	7	4	27
13	3,0	важкий	1	1	39	жін	мають пару	7	3	10	4	6	3	56	35	21	33	47	7	2	8	1	5	8	4	2	7	4	1
14	3,0	легкий	0	0	36	чол	без пари	8	4	6	6	2	6	10	3	7	22	45	5	3	1	3	2	4	2	7	3	3	27
15	3,0	легкий	0	0	33	жін	мають пару	7	4	6	5	2	3	12	6	6	24	44	6	5	5	2	8	2	5	6	5	5	24
16	2,5	середньоважкий	0	0	30	чол	без пари	7	3	9	3	3	3	27	11	16	30	59	4	3	5	3	7	1	2	2	4	3	30
17	3,5	легкий	0	0	29	жін	мають пару	7	7	9	6	3	3	15	7	8	27	46	2	3	2	5	9	7	2	3	8	2	30
18	2,0	середньоважкий	0	0	33	жін	без пари	7	4	9	6	3	3	32	12	20	33	55	2	3	3	5	2	7	1	2	5	2	19
19	3,0	важкий	1	0	32	жін	мають пару	7	4	6	6	6	4	59	36	23	32	49	3	5	8	2	7	8	4	2	8	4	10
20	3,0	легкий	0	0	37	чол	мають пару	6	6	8	8	6	7	14	7	7	33	39	1	2	5	5	10	6	6	2	8	3	22
21	3,5	середньоважкий	1	0	42	жін	без пари	10	5	7	8	4	3	33	21	12	32	57	3	2	4	3	8	7	4	2	8	3	23
22	2,0	легкий	0	0	44	жін	мають пару	6	6	8	6	6	3	20	7	13	32	38	3	4	5	2	2	4	3	2	3	3	20
23	2,5	важкий	1	1	48	жін	без пари	8	7	5	4	5	3	42	19	23	33	50	5	4	9	3	4	8	6	8	6	5	2
24	2,0	легкий	0	0	51	чол	мають пару	9	5	8	4	2	5	16	8	8	37	37	3	3	10	2	3	7	3	2	5	3	21
25	2,5	середньоважкий	1	0	37	жін	без пари	6	5	7	5	5	2	36	25	11	33	45	2	5	8	4	10	7	4	2	9	4	11
26	3,0	легкий	0	0	33	жін	мають пару	5	5	9	6	2	4	11	5	7	46	33	7	4	5	4	10	2	6	3	6	6	30
27	3,0	легкий	0	0	38	чол	без пари	7	6	8	8	2	4	12	8	4	44	49	4	2	6	7	4	7	3	2	6	3	2
28	3,0	середньоважкий	0	0	32	жін	мають пару	5	3	7	5	3	2	59	38	21	38	39	3	2	4	7	5	3	6	4	4	4	30
29	2,5	легкий	0	0	36	чол	без пари	8	6	6	4	3	4	10	3	7	38	48	5	2	9	6	6	7	4	3	7	4	25
30	3,0	середньоважкий	1	1	39	жін	без пари	8	4	5	2	7	3	19	9	10	33	38	3	5	6	7	6	6	3	6	6	4	29
31	2,5	легкий	0	0	44	чол	мають пару	7	7	8	4	5	7	9	3	6	34	47	4	5	3	2	2	7	4	2	5	4	2
32	3,0	легкий	0	0	42	жін	без пари	6	6	8	7	4	3	8	4	4	33	38	2	4	7	2	8	2	4	2	5	3	10
33	2,0	середньоважкий	1	1	48	чол	мають пару	6	5	8	2	3	2	27	16	11	28	33	3	5	7	4	4	6	2	6	5	3	11
34	4,5	легкий	0	0	43	жін	без пари	3	3	8	3	3	4	8	4	4	30	39	4	6	5	2	2	3	3	2	3	4	30
35	3,0	середньоважкий	1	1	42	жін	мають пару	7	4	9	2	2	5	38	17	21	27	39	2	1	8	2	6	8	2	4	7	2	16

Таблиця В.1 (продовження)

№	час після одужання (тижні)	важкість стану	госпіталізація	чи були ускладнення	вік	стать	сім статус	Первинне опитування																					
								ініціатив самоощ.	рішуч самоощ.	самостійн самоощ.	витримка самоощ.	енергійн самоощ.	уважн самоощ.	Депрес	когн-афект вияви депрес	соматичні вияви депрес	особ тривожн	ситуат тривожн	фіз агрес	непрям агрес	дратівл	негатив	образа	підозрл	верб агрес	почут пров	індекс агрес	індекс ворожн	самоощ. Стрес
36	3,0	середньоважкий	1	1	40	жін	мають пару	5	3	5	5	4	4	57	37	20	26	32	3	2	9	7	6	9	2	2	8	2	32
37	2,5	середньоважкий	1	0	36	чол	без пари	8	3	8	6	7	4	46	27	19	33	33	8	2	9	6	2	10	3	2	6	4	20
38	3,0	середньоважкий	1	0	37	жін	без пари	10	3	7	3	2	4	29	10	19	36	38	5	4	10	3	4	4	2	3	4	4	22
39	3,0	важкий	1	1	39	жін	мають пару	10	8	8	3	6	2	41	21	20	34	65	2	4	10	3	2	7	2	3	5	3	3
40	3,0	легкий	0	0	33	чол	без пари	7	3	10	3	3	3	9	7	2	29	44	6	3	3	5	6	5	4	2	6	4	19
41	2,5	середньоважкий	1	0	36	жін	без пари	7	7	8	3	3	3	27	9	18	23	37	4	5	7	6	6	2	4	2	4	4	19
42	4,0	середньоважкий	1	1	37	жін	мають пару	6	6	5	4	3	5	58	37	21	22	29	2	3	8	2	2	3	2	1	3	2	18
43	3,0	легкий	0	0	29	жін	мають пару	7	5	5	7	7	6	22	10	12	33	48	5	3	7	4	7	8	2	4	8	3	33
44	4,0	середньоважкий	1	1	33	жін	без пари	5	6	9	7	2	4	22	13	9	21	27	2	5	6	2	5	4	2	6	5	3	19
45	3,0	легкий	0	0	37	чол	мають пару	5	4	8	3	6	3	8	1	7	36	49	9	2	7	4	8	7	1	7	8	4	7
46	3,0	легкий	0	0	42	жін	без пари	4	4	6	6	3	3	9	3	6	33	50	3	6	7	9	8	6	5	5	7	5	28
47	2,0	середньоважкий	1	0	44	чол	мають пару	6	3	6	3	6	6	21	11	10	22	29	8	3	6	3	6	10	5	7	8	5	2
48	2,0	середньоважкий	1	0	49	жін	без пари	8	7	7	2	6	3	20	10	10	29	33	3	4	8	6	6	6	7	4	6	5	20
49	2,0	важкий	1	0	33	чол	мають пару	8	7	6	3	3	2	18	8	10	35	66	7	6	9	7	5	7	5	7	6	6	25
50	2,0	легкий	0	0	50	жін	мають пару	10	3	9	3	2	2	9	5	4	31	44	5	5	7	4	7	4	3	5	6	4	22
51	2,0	важкий	1	1	44	жін	без пари	4	3	9	3	3	4	39	19	20	30	68	1	2	8	5	6	6	6	2	6	3	18
52	3,0	середньоважкий	1	0	42	жін	мають пару	8	7	6	3	1	7	11	2	9	33	49	3	2	7	3	2	3	4	2	3	3	14
53	2,0	важкий	1	1	37	чол	без пари	5	3	6	4	4	3	61	39	22	32	59	3	4	5	2	2	4	3	2	3	3	18
54	3,0	легкий	0	0	44	жін	мають пару	9	9	6	3	6	2	8	2	6	33	38	5	4	2	3	10	7	6	8	9	5	19
55	3,0	легкий	0	0	38	жін	мають пару	9	3	7	3	3	2	9	7	2	29	41	3	3	4	2	9	5	3	2	7	3	21
56	2,0	середньоважкий	0	0	32	жін	мають пару	6	6	6	2	2	5	14	7	7	39	43	2	5	2	4	6	8	4	2	7	4	1
57	2,5	легкий	0	0	33	жін	мають пару	7	7	7	5	6	5	8	2	6	32	48	3	4	5	4	3	2	6	3	3	4	13
58	3,0	середньоважкий	0	0	30	жін	без пари	4	3	5	2	5	7	16	6	10	42	49	4	2	6	7	4	5	3	2	5	3	15
59	2,5	легкий	0	0	45	чол	мають пару	4	3	6	6	3	5	10	5	5	33	39	3	2	4	7	5	3	6	4	4	4	14
60	3,0	легкий	0	0	48	жін	мають пару	5	3	5	5	4	3	11	5	6	30	33	5	2	3	6	6	5	4	3	6	4	17
61	3,0	легкий	0	0	50	жін	без пари	3	4	4	5	7	4	12	5	7	47	38	6	5	7	7	9	7	3	6	8	5	14
62	2,0	легкий	0	0	44	жін	мають пару	9	3	8	6	4	3	13	7	6	49	39	4	5	7	2	2	6	4	2	4	4	16
63	3,0	важкий	1	1	48	жін	без пари	7	5	5	5	5	2	20	9	11	33	55	2	4	3	2	7	2	4	2	5	3	10
64	2,0	легкий	0	0	43	жін	без пари	3	3	8	5	3	5	21	10	11	22	44	3	5	7	4	10	6	2	6	8	3	1
65	2,5	середньоважкий	1	0	41	чол	мають пару	6	6	5	4	4	5	16	8	8	44	51	4	6	7	2	2	3	3	2	3	4	22
66	3,0	легкий	0	0	43	жін	без пари	7	4	5	2	7	6	9	8	1	29	45	2	1	5	2	6	4	2	4	5	2	23
67	3,5	важкий	1	1	44	жін	мають пару	5	3	9	4	3	3	18	9	9	46	66	3	2	5	7	6	4	2	2	5	2	0
68	3,0	легкий	0	0	49	жін	мають пару	8	6	6	2	3	3	9	5	4	31	47	8	2	4	6	2	8	3	2	5	4	32
69	3,0	середньоважкий	0	0	44	чол	мають пару	8	2	5	7	7	3	19	11	8	40	50	4	5	7	6	6	9	4	2	8	4	29
70	3,5	легкий	0	0	42	чол	мають пару	7	5	8	3	5	2	8	3	5	33	47	2	3	1	2	7	9	2	1	8	2	27

Таблиця В.2

Зведена таблиця первинних емпіричних даних дослідження (повторне опитування)

№	Повторне опитування																					
	ініціатив самоощ.	рішуч самоощ.	самостійн самоощ.	витримка самоощ.	енергійн самоощ.	уважн самоощ.	Депрес	когн-афект вияви Депрес	соматичні вияви Депрес	особ тривожн	ситуат тривожн	фіз агрес	неграм агрес	Дратівл	негатив	образа	підозріл	верб агрес	почут пров	Індекс агрес	Індекс ворож	самоощ. Стрес
1	6	8	8	8	9	9	7	2	4	31	29	6	6	2	4	5	4	4	6	5	5	18
2	9	6	7	6	10	9	8	4	4	34	32	6	4	2	2	2	4	3	6	4	3	23
3	3	6	9	3	6	4	15	7	8	36	29	6	4	4	2	3	3	2	4	4	3	24
4	8	5	9	8	5	10	9	4	5	34	28	5	2	5	4	5	3	2	5	3	4	0
5	9	5	5	8	2	4	11	6	5	28	27	3	1	5	4	6	6	4	2	3	6	21
6	8	8	9	10	10	8	12	2	10	42	28	4	3	4	2	7	5	2	4	3	6	18
7	6	7	7	7	8	4	27	19	8	33	39	4	3	5	2	4	4	5	6	4	4	19
8	6	6	7	9	2	9	18	9	9	45	30	6	5	2	3	2	3	4	3	5	3	1
9	7	8	10	9	6	9	6	3	3	32	30	7	2	4	3	3	2	5	3	5	3	23
10	8	7	7	10	7	9	6	4	2	38	29	6	4	5	4	3	4	3	7	4	4	23
11	8	5	6	4	2	10	11	6	5	40	32	3	7	3	2	3	3	2	3	4	3	3
12	7	5	8	6	3	3	6	2	4	25	28	3	2	3	6	6	5	5	2	3	6	19
13	8	3	10	4	6	3	19	14	5	32	38	7	2	6	1	4	5	4	2	4	5	1
14	9	4	7	8	7	9	5	2	3	22	31	5	3	1	2	2	4	2	6	3	3	21
15	9	8	6	8	7	7	8	4	4	24	32	6	5	2	2	4	2	5	6	5	3	20
16	7	7	9	3	9	7	14	7	7	24	33	4	3	5	3	3	1	2	2	3	2	24
17	9	7	9	6	6	3	13	6	7	36	33	2	3	2	4	8	6	2	3	2	7	26
18	7	4	10	9	3	8	17	8	9	28	35	2	3	2	4	2	4	1	1	2	3	6
19	7	8	6	6	6	4	19	10	9	33	37	3	5	7	2	3	7	4	2	4	5	7
20	6	9	9	9	9	8	10	5	5	30	30	1	2	3	5	7	4	3	2	2	6	18
21	10	5	10	9	7	8	15	8	7	24	33	3	2	1	3	2	7	4	2	3	5	17
22	5	6	9	10	9	8	10	3	7	29	29	4	2	5	2	2	4	3	1	3	3	16
23	8	7	5	4	5	3	18	5	13	34	33	6	4	4	3	4	5	6	7	5	5	1
24	9	5	8	4	9	8	6	3	3	38	28	3	3	8	1	3	5	3	2	3	4	16
25	4	7	7	10	5	9	13	3	10	26	39	2	5	6	4	8	4	4	2	4	6	2
26	5	9	10	9	9	8	8	4	4	44	33	7	4	5	4	7	2	4	3	5	5	22
27	7	6	8	9	10	4	8	4	2	40	28	5	2	5	7	4	5	3	2	3	5	1
28	5	4	10	10	9	10	18	10	8	32	30	2	2	4	7	4	3	6	4	3	4	24
29	7	6	6	8	3	4	4	1	3	33	27	5	1	4	4	6	7	4	2	3	7	19
30	8	7	5	9	7	6	7	2	5	29	21	3	5	3	3	3	5	3	6	4	4	25
31	7	10	8	4	5	10	5	2	3	32	22	4	5	3	2	2	5	4	2	4	4	1
32	5	6	7	7	6	3	4	2	2	30	25	2	4	3	2	3	2	4	1	3	3	6
33	5	8	8	7	3	4	10	5	5	23	25	3	4	7	4	3	6	2	6	3	5	7
34	3	4	8	6	3	4	2	1	1	27	29	5	6	5	2	2	2	3	1	5	2	23
35	7	9	10	6	10	5	14	7	7	21	20	2	1	6	2	6	5	2	3	2	6	9

Таблиця В.2 (продовження)

№	Повторне опитування																					
	ініціатив самоощ.	рішуч самоощ.	самостійн самоощ.	витримка самоощ.	енергійн самоощ.	уважн самоощ.	Депрес	когн-ефект вияви Депрес	соматичні вияви Депрес	особ тривожн	ситуат тривожн	фіз агрес	непрям агрес	Дратівл	негатив	образа	підозріл	верб агрес	почут пров	індекс агрес	індекс ворож	самоощ. Стрес
36	5	9	5	5	4	4	17	10	7	22	28	3	2	7	7	5	3	2	2	2	4	20
37	7	3	8	5	7	4	15	7	8	33	22	5	2	7	2	2	5	3	3	3	4	9
38	10	5	9	6	9	4	7	3	4	35	21	5	4	5	3	2	3	2	3	4	3	17
39	10	8	6	8	8	7	15	8	7	33	39	2	4	9	3	2	7	2	3	3	5	2
40	6	3	10	6	7	9	5	4	1	24	31	6	3	3	4	4	3	4	1	4	4	13
41	7	9	9	7	3	7	11	4	7	23	22	4	2	6	6	6	2	4	3	3	4	18
42	6	10	5	7	9	7	18	9	9	22	21	2	3	4	2	2	3	2	1	2	3	23
43	7	10	6	9	7	9	11	5	6	30	30	5	3	3	4	3	3	2	4	3	3	29
44	6	6	9	7	9	4	8	3	5	21	21	2	5	3	2	2	4	2	5	3	3	12
45	3	4	8	10	8	9	3	0	3	29	30	7	2	6	4	7	3	3	7	4	5	2
46	4	7	6	7	3	3	2	0	2	30	33	3	3	3	3	4	4	5	3	4	4	19
47	7	5	9	3	7	6	10	4	6	22	22	2	2	3	3	6	7	4	7	3	7	1
48	8	8	7	2	6	7	7	3	4	28	22	3	4	5	4	6	5	7	6	5	6	12
49	8	8	6	3	3	7	10	4	6	34	40	7	5	7	4	5	6	4	7	5	6	18
50	10	3	10	8	8	8	4	2	2	30	30	5	5	4	4	6	4	3	5	4	5	17
51	5	7	9	3	3	4	17	7	10	31	43	2	2	3	5	3	6	6	3	3	5	9
52	8	8	6	7	4	8	6	3	3	31	33	3	2	2	3	2	2	4	2	3	2	6
53	5	3	6	8	9	8	19	7	12	33	29	3	4	3	2	2	4	3	2	3	3	8
54	9	10	6	8	5	10	3	0	3	27	32	4	4	2	3	8	2	6	5	5	5	10
55	8	3	7	5	3	2	6	5	1	25	35	3	3	3	2	2	4	3	2	3	3	19
56	7	6	5	2	8	9	7	4	3	38	32	1	2	1	4	5	7	4	2	2	6	1
57	6	8	7	5	9	7	7	2	5	27	30	2	4	5	4	3	3	4	3	3	3	9
58	5	7	5	7	9	7	8	5	3	38	33	4	2	2	3	4	3	2	2	3	4	10
59	3	3	6	6	10	8	8	4	4	24	29	2	2	3	7	4	3	6	4	3	4	9
60	5	6	4	5	4	10	8	4	4	28	33	5	2	2	3	6	4	4	2	4	5	12
61	3	6	4	5	9	4	8	4	4	32	35	6	3	5	7	8	2	3	6	4	5	10
62	9	3	7	9	4	3	7	4	3	37	36	4	5	6	2	1	6	4	2	4	4	7
63	8	6	7	7	9	2	9	3	6	35	30	4	4	3	2	7	1	4	2	4	4	8
64	5	8	6	9	6	9	13	6	7	20	30	2	3	7	4	8	3	2	6	2	6	1
65	6	8	5	9	10	5	7	4	3	39	34	4	4	4	2	1	2	3	1	4	2	10
66	7	4	5	6	9	9	5	5	0	28	32	2	1	3	2	5	4	2	3	2	5	6
67	5	3	9	6	9	9	8	4	4	46	33	3	3	3	3	4	4	2	3	3	4	1
68	8	9	8	8	3	10	5	2	3	28	33	8	2	4	3	2	1	3	2	4	2	11
69	9	8	4	8	7	6	5	3	2	39	31	4	3	3	6	6	4	4	1	4	5	16
70	8	10	8	6	5	2	4	2	2	26	38	2	3	1	2	7	2	1	1	2	5	18

Додаток Г

Таблиця Г.1

Результати описової статистики за даними первинного опитування

Variable	Descriptive Statistics (первинне опитування)					
	Mean	Valid N	Median	Mode	Std.Dev.	Variance
депрес	22,35714	70	17,00000	multiple	15,72963	247,4213
когн-афект вияви депрес	11,65714	70	8,00000	multiple	10,36841	107,5039
соматичні вияви депрес	10,71429	70	9,00000	6,000000	6,24185	38,9607
особ тривожн	32,38571	70	33,00000	33,00000	6,68178	44,6462
ситуат тривожн	45,48571	70	45,00000	39,00000	9,06937	82,2534
фіз агрес	4,05714	70	4,00000	3,000000	1,87961	3,5329
непряг агрес	3,67143	70	4,00000	2,000000	1,50093	2,2528
дратівл	6,97143	70	6,00000	5,000000	2,24558	5,0427
негатив	3,45714	70	4,00000	2,000000	1,89152	3,5778
образа	5,47143	70	6,00000	6,000000	2,46554	6,0789
підозріл	6,47143	70	6,00000	7,000000	2,22451	4,9484
верб агрес	3,61429	70	4,00000	4,000000	1,44757	2,0954
почут пров	3,58571	70	3,00000	2,000000	1,98175	3,9273
індекс агрес	5,47143	70	5,50000	multiple	1,75674	3,0861
індекс ворож	3,78095	70	3,66667	4,333333	1,01341	1,0270
самооц стрес	18,47143	70	20,00000	30,00000	9,68148	93,7311
ініціатив (самооц.)	6,77143	70	7,00000	7,000000	1,76250	3,1064
рішуч (самооц.)	4,61429	70	4,00000	3,000000	1,63559	2,6752
самостійн (самооц.)	6,91429	70	7,00000	8,000000	1,47189	2,1665
витримка (самооц.)	4,47143	70	4,50000	3,000000	1,67437	2,8035
енергійн (самооц.)	4,00000	70	3,50000	3,000000	1,70251	2,8986
уважн (самооц.)	3,75714	70	3,00000	3,000000	1,43896	2,0706

Додаток Д

Результати кластерного аналізу (за даними первинного опитування)

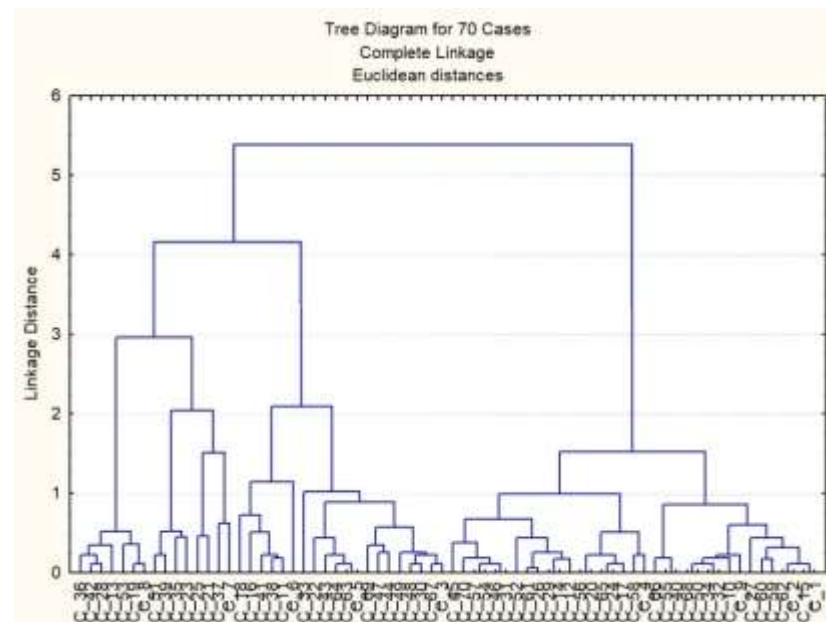


Рис. Д.1. Дерево кластеризації

Таблиця Д.1

Результати описової статистики за емпіричними даними у кластері 1

Variable	Descriptive Statistics for Cluster 1 (первинне опитування) Cluster contains 40 cases		
	Mean	Standard Deviation	Variance
депрес	1,481886	0,742679	0,551572
когн-афект вияви депрес	1,404755	0,989423	0,978958
соматичні вияви депрес	1,398650	0,544606	0,296596

Таблиця Д.2

Результати описової статистики за емпіричними даними у кластері 2

Variable	Descriptive Statistics for Cluster 2 (первинне опитування) Cluster contains 30 cases		
	Mean	Standard Deviation	Variance
депрес	-0,512961	0,354601	0,125742
когн-афект вияви депрес	-0,486262	0,298435	0,089063
соматичні вияви депрес	-0,484148	0,569780	0,324650

Додаток Е

**Результати порівняльного аналізу емпіричних даних у виокремлених
кластерах, t-критерій Стьюдента при $p < 0,05$**

Таблиця Е.1

**Результати порівняння емпіричних даних первинного опитування у
виокремлених кластерах**

Variable	T-tests; Grouping: кластер (первинне опитування)										
	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2	F-ratio Variances	p Variances
час після одужання (тижні)	2,76667	2,91250	-1,07859	68	0,284581	40	30	0,50401	0,59794	1,407479	0,341611
важкість стану	2,10000	1,30000	5,45192	68	0,000001	40	30	0,75886	0,46410	2,673645	0,004452
госпіталізація	0,53333	0,30000	2,00000	68	0,039496	40	30	0,50742	0,46410	1,195402	0,596200
чи були ускладнення	0,26667	0,15000	1,12958	68	0,073683	40	30	0,49013	0,36162	1,837052	0,076617
вік	37,93333	40,00000	-1,44580	68	0,152827	40	30	6,07955	5,79567	1,100363	0,770724
сім статус	1,30000	1,45000	-1,27242	68	0,207558	40	30	0,46609	0,50383	1,168498	0,669552
депрес	28,90000	17,45000	3,21078	68	0,002022	40	30	17,22538	12,62872	1,860454	0,070740
когн-афект вияви депрес	15,53333	8,75000	2,84457	68	0,005870	40	30	11,85758	8,08845	2,149124	0,026298
соматичні вияви депрес	13,36667	8,72500	3,29098	68	0,001585	40	30	6,41917	5,36841	1,429769	0,295221
особ тривожн	37,83333	30,05000	5,88067	68	0,000000	40	30	6,06336	5,00231	1,469219	0,260417
ситуат тривожн	51,36667	39,32500	7,27956	68	0,000000	40	30	7,89798	5,95017	1,761872	0,098912
фіз агрес	4,13333	4,00000	0,29175	68	0,771364	40	30	1,83328	1,93484	1,113859	0,771277
непрям агрес	3,80000	3,57500	0,61789	68	0,538714	40	30	1,51771	1,50021	1,023463	0,933458
дратівл	6,60000	5,50000	2,07626	68	0,041652	40	30	2,04434	2,29827	1,263857	0,516542
негатив	3,96667	3,95000	0,03622	68	0,971215	40	30	1,95613	1,86671	1,098094	0,775265
образа	5,33333	5,57500	-0,40336	68	0,687947	40	30	2,18669	2,67838	1,500273	0,258902
підозріл	5,76667	5,25000	0,96112	68	0,339897	40	30	2,11209	2,30662	1,192694	0,627775
верб агрес	3,56667	3,65000	-0,23672	68	0,813587	40	30	1,43078	1,47718	1,065909	0,868681
почут пров	5,50000	2,05000	2,31133	68	0,007565	40	30	2,09680	1,91552	1,198222	0,591501
індекс агрес	5,55000	5,41250	0,32196	68	0,748473	40	30	1,64710	1,85323	1,265957	0,513519
індекс ворож	3,83333	3,74167	0,37217	68	0,710926	40	30	0,94179	1,07414	1,300800	0,465472
самооц стрес	22,10000	11,30000	3,64508	68	0,000105	40	30	8,51484	10,81554	1,613403	0,162726
ініціатив (самооц.)	4,76667	7,87500	-3,01943	68	0,000985	40	30	1,90613	1,67160	1,300298	0,439808
рішуч (самооц.)	4,30000	4,85000	-1,40200	68	0,165464	40	30	1,68462	1,57789	1,139849	0,694449
самостійн (самооц.)	6,70000	7,07500	-1,05574	68	0,294822	40	30	1,55696	1,40306	1,231408	0,538271
витримка (самооц.)	4,53333	4,42500	0,26608	68	0,790985	40	30	1,67607	1,69293	1,020230	0,967910
енергійн (самооц.)	3,75000	4,33333	-1,42931	68	0,157494	40	30	1,62594	1,73575	1,139632	0,722029
уважн (самооц.)	2,30000	5,25000	-3,30130	68	0,000198	40	30	1,38340	1,46672	1,124093	0,751454

Таблиця Е.2

Результати порівняння емпіричних даних первинного і повторного опитування у кластері 1

Variable	T-tests; Grouping: група (первинне + повторне – кластер1) Group 1: перв. опит. Group 2: повт. опит.										
	Mean перв. опит.	Mean повт. опит.	t-value	df	p	Valid N перв. опит.	Valid N повт. опит.	Std.Dev. перв. опит.	Std.Dev. повт. опит.	F-ratio Variances	p Variances
депрес	28,9000	12,2667	5,0207	78	0,000005	40	40	17,2253	5,705009	9,11643	0,000000
когн-афект вияви депрес	15,5333	5,9667	4,2034	78	0,000092	40	40	11,8575	3,846031	9,50532	0,000000
соматичні вияви депрес	13,3667	6,2333	5,4685	78	0,000001	40	40	6,41917	3,136914	4,18747	0,000236
особ тривожн	37,8333	36,4667	0,2547	78	0,82793	40	40	6,0633	5,488127	1,22061	0,59490
ситуат тривожн	51,3667	33,1667	6,17137	78	0,000000	40	40	7,8979	4,152966	3,61672	0,000886
фіз агрес	4,1333	4,1333	-0,0000	78	1,00000	40	40	1,8332	1,696514	1,16773	0,679071
непрям агрес	3,8000	3,3667	1,1778	78	0,24368	40	40	1,51771	1,325697	1,310661	0,47085
дратівл	6,6000	4,1667	4,8239	78	0,000011	40	40	2,0443	1,858500	1,20998	0,61114
негатив	3,9667	3,4667	1,0801	78	0,284564	40	40	1,9561	1,613164	1,47040	0,304867
образа	5,3333	4,7000	0,0471	78	0,31630	40	40	2,1866	1,982684	1,216374	0,601344
підозріл	5,7667	4,6667	1,9745	78	0,074271	40	40	2,1120	1,77983	1,40820	0,36198
верб агрес	3,5667	3,4000	0,4718	78	0,63883	40	40	1,4307	1,302517	1,20664	0,616324
почут пров	5,5000	3,2667	3,4486	78	0,000655	40	40	2,0968	1,928611	1,18201	0,655501
індекс агрес	5,5500	4,6333	1,7212	78	0,089087	40	40	1,6471	0,808717	4,148067	0,000257
індекс ворож	3,8333	3,1333	1,0599	78	0,29354	40	40	0,9417	1,231297	1,709287	0,15482
самооц. стрес	22,1000	19,1569	0,0123	78	0,223457	40	40	8,51484	7,87654	1,90876	0,83456
ініціатив (самооц.)	4,7667	5,6333	-1,2686	78	0,078917	40	40	1,9061	1,93842	1,03416	0,928541
рішуч (самооц.)	4,3000	5,1000	-1,9683	78	0,08201	40	40	1,6846	1,826057	1,17497	0,66704
самостійн (самооц.)	6,7000	7,1000	-0,9075	78	0,36786	40	40	1,5569	1,844844	1,40398	0,36618
витримка (самооц.)	4,5333	5,6667	-1,2859	78	0,06950	40	40	1,67607	2,61933	2,44230	0,018971
енергійн (самооц.)	3,7500	6,7000	-4,2723	78	0,00007	40	40	1,62594	2,561654	2,482174	0,016972
уважн (самооц.)	2,3000	6,4333	-5,6212	78	0,000001	40	40	1,3834	2,500804	3,26786	0,002097

Таблиця Е.3

Результати порівняння емпіричних даних первинного і повторного опитування у кластері 2

Variable	T-tests; Grouping: група (первинне + повторне – кластер2) Group 1: перв. опит. Group 2: повт. опит.										
	Mean перв. опит.	Mean повт. опит.	t-value	df	p	Valid N перв. опит.	Valid N повт. опит.	Std.Dev. перв. опит.	Std.Dev. повт. опит.	F-ratio Variances	p Variances
депрес	17,4500	7,9500	4,5549	58	0,00001	30	30	12,6287	3,80923	10,9911	0,00000
когн-афект вияви депрес	8,7500	3,7250	3,7975	58	0,00028	30	30	8,0884	2,14819	14,1769	0,00000
соматичні вияви депрес	8,7250	4,2000	4,9676	58	0,000004	30	30	5,3684	2,09027	6,5961	0,00000
особ тривожн	30,0500	28,0750	1,7276	58	0,08800	30	30	5,0023	5,22021	1,0890	0,79136
ситуат тривожн	39,3250	28,2500	9,2376	58	0,00000	30	30	5,95017	4,69997	1,6027	0,14514
фіз агрес	4,0000	3,7500	0,6082	58	0,54476	30	30	1,93484	1,73574	1,2425	0,50087
непрям агрес	3,5750	3,1250	1,4133	58	0,16154	30	30	1,5002	1,3433	1,2472	0,49348
дратівл	5,5000	4,9000	0,4703	58	0,84998	30	30	2,2982	1,79457	1,6401	0,12666
негатив	3,9500	3,2750	1,8145	58	0,07344	30	30	1,8667	1,43200	1,6992	0,10193
образа	5,5750	4,7500	1,4429	58	0,06827	30	30	2,6783	2,03794	1,7272	0,09191
підозріл	5,2500	3,6750	3,6895	58	0,00041	30	30	2,3066	1,40306	2,7027	0,00248
верб агрес	3,6500	3,4000	0,7938	58	0,42967	30	30	1,4771	1,33589	1,2227	0,53309
почут пров	2,0500	2,3750	-0,6532	58	0,51552	30	30	1,9155	1,84929	1,0729	0,82717
індекс агрес	5,4125	4,4250	1,9904	58	0,07607	30	30	1,8532	0,98417	3,5458	0,00014
індекс ворож	3,7416	3,9750	-0,8748	58	0,38434	30	30	1,0741	1,30064	1,4662	0,23653
самооц. стрес	11,3000	4,7890	5,2345	58	0,00001	30	30	10,8155	3,8765	2,1345	0,01679
ініціатив (самооц.)	7,8750	7,9000	-0,3209	58	0,74907	30	30	1,6716	1,8088	1,1709	0,6246
рішуч (самооц.)	4,8500	6,5000	-4,1308	58	0,0000	30	30	1,5778	2,2594	2,0504	0,0274
самостійн (самооц.)	7,0750	7,5250	-1,3006	58	0,19724	30	30	1,4030	1,67924	1,4324	0,26613
витримка (самооц.)	4,4250	6,5000	-5,7587	58	0,0000	30	30	1,6929	1,7621	1,0834	0,8036
енергійн (самооц.)	4,3333	6,3750	-5,5036	58	0,0000	30	30	1,7357	2,4670	2,0202	0,0307
уважн (самооц.)	5,2500	5,9625	0,7191	58	0,88664	30	30	1,4667	2,5689	3,0676	0,0006

Додаток 3

Результати кореляційного аналізу емпіричних даних первинного
опитування, лінійна кореляція за Пірсоном при $p < 0,05$

Таблиця 3.1

Результати кореляційного аналізу емпіричних даних у кластері 1

Variable	кластер=1 Correlations (первинне опитування) Marked correlations are significant at $p < ,05000$ N=40 (Casewise deletion of missing data)		
	депрес	когн-афект вияви депрес	соматичні вияви депрес
час після одужання (тижні)	0,18	0,26	0,01
важкість стану	0,60	0,54	0,63
госпіталізація	0,53	0,48	0,53
чи були ускладнення	0,43	0,37	0,48
вік	-0,13	-0,11	-0,14
сім статус	-0,20	-0,15	-0,26
особ тривожн	0,41	0,21	0,20
ситуат тривожн	0,40	0,38	0,39
фіз агрес	-0,25	-0,24	-0,24
непрям агрес	-0,03	-0,02	-0,05
дратівл	0,60	0,54	0,60
негатив	-0,34	-0,29	0,15
образа	0,10	0,05	0,16
підозріл	0,05	-0,02	0,10
верб агрес	0,34	0,39	0,18
почут пров	-0,12	0,31	-0,10
індекс агрес	-0,10	-0,05	-0,17
індекс ворож	-0,01	0,03	-0,09
самооц стрес	0,19	0,36	0,02
ініціатив (самооц.)	-0,37	-0,11	0,17
рішуч (самооц.)	-0,25	-0,24	-0,22
самостійн (самооц.)	-0,23	-0,21	0,22
витримка (самооц.)	-0,12	0,21	-0,09
енергійн (самооц.)	-0,01	-0,03	-0,43
уважн (самооц.)	-0,04	-0,01	-0,41

Таблиця 3.2

Результати кореляційного аналізу емпіричних даних у кластері 2

Variable	кластер=2 Correlations (первинне опитування) Marked correlations are significant at $p < ,05000$ N=30 (Casewise deletion of missing data)		
	депрес	когн-афект вияви депрес	соматичні вияви депрес
час після одужання (тижні)	0,10	0,15	-0,01
важкість стану	0,72	0,64	0,74
госпіталізація	0,72	0,64	0,74
чи були ускладнення	0,65	0,67	0,52
вік	-0,08	-0,07	-0,08
сім статус	0,10	0,12	0,05
особ тривожн	0,57	0,19	0,51
ситуат тривожн	0,12	0,20	0,01
фіз агрес	-0,09	-0,07	-0,11
непрям агрес	-0,20	-0,23	-0,14
дратівл	0,26	0,15	0,16
негатив	0,09	0,08	0,09
образа	-0,20	-0,18	-0,20
підозріл	0,28	0,29	0,23
верб агрес	-0,14	-0,14	-0,03
почут пров	-0,18	-0,18	-0,15
індекс агрес	0,03	0,05	-0,00
індекс ворож	0,33	0,32	0,28
самооц стрес	0,40	0,42	0,19
ініціатив (самооц.)	-0,47	-0,12	-0,30
рішуч (самооц.)	-0,14	-0,20	-0,01
самостійн (самооц.)	-0,12	-0,16	-0,04
витримка (самооц.)	-0,07	-0,05	-0,08
енергійн (самооц.)	0,03	0,06	-0,03
уважн (самооц.)	-0,31	0,07	-0,41

Додаток И
Таблиця И.1

**Результати порівняння емпіричних даних первинного і повторного
опитування у загальній досліджуваній групі, t-критерій Стьюдента при
 $p < 0,05$**

Variable	T-tests: Grouping: група (первинне + повторне) Group 1: перв. опит. Group 2: повт. опит.										
	Mean перв. опит.	Mean повт. опит.	t-value	df	p	Valid N перв. опит.	Valid N повт. опит.	Std.Dev. перв. опит.	Std.Dev. повт. опит.	F-ratio Variances	p Variances
депрес	22,35714	12,80000	6,34774	138	0,000000	70	70	15,72963	5,148800	9,33308	0,000000
когн-афект вияви депрес	11,65714	7,68571	3,37909	138	0,000000	70	70	10,36841	3,173910	10,67174	0,000000
соматичні вияви депрес	10,71429	5,07143	6,91651	138	0,000000	70	70	6,24185	2,762699	5,10457	0,000000
особ тривожн	32,38571	30,81429	0,36351	138	0,819497	70	70	6,68178	6,181536	1,16840	0,519744
ситуат тривожн	45,48571	31,35714	8,37492	138	0,000046	70	70	9,06937	5,073477	3,19553	0,000003
фіз агрес	4,05714	3,91429	0,46946	138	0,639483	70	70	1,87961	1,717285	1,19798	0,455054
непрям агрес	3,67143	3,22857	1,84664	138	0,066941	70	70	1,50093	1,331572	1,27055	0,322300
дратівл	6,97143	4,01429	5,67269	138	0,000000	70	70	2,24558	1,813739	1,53288	0,078230
негатив	3,45714	3,35714	0,07732	138	0,962593	70	70	1,89152	1,503963	1,58178	0,058832
образа	5,47143	4,15714	3,46048	138	0,000718	70	70	2,46554	2,004601	1,51275	0,087835
підозріл	6,47143	3,92857	4,71996	138	0,000006	70	70	2,22451	1,590929	1,95509	0,005974
верб агрес	3,61429	3,40000	0,91764	138	0,360410	70	70	1,44757	1,312151	1,21705	0,416654
почут пров	3,58571	3,32857	0,78946	138	0,431196	70	70	1,98175	1,870607	1,12236	0,632960
індекс агрес	5,47143	3,51429	8,27122	138	0,000000	70	70	1,75674	0,912758	3,70427	0,000000
індекс ворож	3,78095	4,04286	-1,35206	138	0,178568	70	70	1,01341	1,264747	1,55752	0,067810
самооц стрес	18,47143	9,81429	3,74626	138	0,000263	70	70	9,681480	8,117422	1,422483	0,145775
ініціатив (самооц.)	6,77143	6,78571	-0,04669	138	0,962826	70	70	1,76250	1,856386	1,10937	0,667610
рішуч (самооц.)	4,61429	6,41429	-5,67701	138	0,000000	70	70	1,63559	2,088567	1,63060	0,044062
самостійн (самооц.)	6,91429	7,34286	-1,56707	138	0,119388	70	70	1,47189	1,751899	1,41667	0,150494
витримка (самооц.)	4,47143	6,78571	-7,08583	138	0,000000	70	70	1,67437	2,159528	1,66347	0,036186
енергійн (самооц.)	4,00000	6,51429	-6,96459	138	0,000000	70	70	1,70251	2,494881	2,14743	0,001774
уважн (самооц.)	3,75714	6,54286	-8,02339	138	0,000000	70	70	1,43896	2,523431	3,07529	0,000006