

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КОРОНАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ COVID-19

PATHOPSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS WHO HAVE RECOVERED FROM CORONAVIRUS INFECTION COVID-19

У статті розглядається соматогенний вплив коронавірусної інфекції COVID-19 на нервову систему та психіку людини. Захворювання, спричинене коронавірусною інфекцією (COVID-19), що виникло локально в Китаї наприкінці 2019 року, швидко поширилося по всьому світу та набуло характеру пандемії. Аналіз клінічної картини показав складність впливу COVID-19 на організм людини, що проявляється індивідуальним перебігом та різним спектром скарг та симптомів у кожного хворого. Встановлено, що основною формою впливу соматичного захворювання на психіку людини є психологічна реакція особистості на сам факт захворювання та його наслідки. Коронавірусна інфекція здатна викликати не тільки важкі соматичні порушення, але і психологічний стрес, панічні атаки, тривожність, апатію, проблеми з пам'яттю та увагою. Емпірично вивчено психологічний портрет осіб, що хворіли та не хворіли на коронавірусну інфекцію COVID-19. Нами виявлено, що апатичний та неврастенічний типи реагування на хворобу притаманні особам, які перенесли COVID-19, натомість анозогнозичний тип частіше зустрічається серед тих, хто не мав цього захворювання. Патопсихологічні характеристики осіб: соматизація, нав'язливість, депресивність, тривожність, ворожість, фобія та психотизм частіше зустрічаються саме у осіб, що перенесли COVID-19. Загалом особам, які переохворіли коронавірусною інфекцією, притаманний вищий рівень страху. Досліджувані, що хворіли на COVID-19 показують вищі показники за шкалою "емоційна лабільність", це означає, що вони менш стійкі. Вони не можуть контролювати свої емоції та імпульсивні потяги, відчують себе безпомічними. Певною мірою, це пов'язано з їх підвищеною тривожністю, депресивністю та емоційною напругою. Також, нами виявлено статистично значимі взаємозв'язки між типами реагування на захворювання та патопсихологічними характеристиками афективної сфери у досліджуваних, що хворіли на COVID-19, та групи респондентів у яких не було діагностовано даної хвороби.

Ключові слова: патопсихологічні характеристики, коронавірусна інфекція, постковідний синдром, типи реагування на хворобу, афективна сфера, фобії.

The article considers the somatogenic effect of coronavirus infection COVID-19 on the nervous system and human psyche. The disease, caused by coronavirus infection (COVID-19), which originated locally in China in late 2019, spread rapidly around the world and became a pandemic. The analysis of the clinical picture showed the complexity of the effect of COVID-19 on the human body, which is manifested by the individual course and a different range of complaints and symptoms in each patient. It is established that the main form of influence of somatic disease on the human psyche is the psychological reaction of the individual to the fact of the disease and its consequences. Coronavirus infection can cause not only severe somatic disorders, but also psychological stress, panic attacks, anxiety, apathy, problems with memory and attention. The psychological portrait of people who were sick and not sick with coronavirus infection COVID-19 was empirically studied. We found that apathetic and neurasthenic types of disease response were characteristic of those who underwent COVID-19, whereas the anosognosic type was more common among those who did not have the disease. Pathopsychological characteristics of individuals: somatization, obsession, depression, anxiety, hostility, phobia and psychoticism are more common in people who have suffered from COVID-19. In general, people who have had a coronavirus infection have a higher level of fear. Group with COVID-19 showed higher scores on the "emotional lability" scale, which means that they are less stable. They can't control their emotions and impulsive urges, they feel helpless. To some extent, this is due to their increased anxiety, depression and emotional stress. We also found statistically significant relationships between the types of disease response and the pathopsychological characteristics of the affective sphere in group with COVID-19 and the group of respondents who were not diagnosed with the disease.

Key words: pathopsychological characteristics, coronavirus infection, postcovid syndrome, types of disease response, affective sphere, phobias.

УДК 159.972, 159.9.072.52
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.38.15>

Кухар І.Ю.
магістр психології

Проскурня А.С.
к.психол.н.,
асистент кафедри психодіагностики
та клінічної психології
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка

Вступ. Проблему психосоматики досліджували вчені різних епох такі, як Аристотель, Платон, Гіппократ, Гален, В.Я. Мудров, Є.І. Дядьковський, А.Г. Захарьїн, С.П. Боткін, І.М. Сеченов, І.Г. Малкіна-Пих, А.Б. Смулевич, А.Є. Лічко, О.Р. Лурія та інші. Їхні праці зробили вагомий внесок у розробку основних теоретичних положень проблеми впливу хвороби на психіку людини, а також психічних особливостей на виникнення та перебіг захворювання. Але на сьогоднішній день так і немає однознач-

ної думки щодо цього. У зв'язку з цим постає необхідність дослідити даний феномен.

Крім того, у дослідженні психологічної поведінки осіб дорослого віку залишається відкритим питання психологічних наслідків коронавірусної інфекції COVID-19. Попередні дослідження COVID-19 зосереджувались в основному на проблемах психічного здоров'я серед населення, яке перебувало у самоізоляції, але все ще недостатньо відомо про психологічний (соматопсихічний) вплив

самого захворювання на психічні стани та властивості особистості. Тому можна припустити, що коронавірусна інфекція COVID-19, як і інші соматичні захворювання чинить певний вплив на психіку людини, перш за все, на афективну сферу особистості.

Останнім часом все більш цікавим для вчених стає патогенний вплив соматичного стану на психіку (порушення психічної діяльності в умовах соматичної хвороби). На сьогодні встановлено два основні види патогенного впливу соматичної хвороби на психіку людини: соматогенний та психогенний. Вони обидва представлені в єдності порушень психіки, проте можуть виступати у різних співвідношеннях залежно від захворювання.

В результаті нових досліджень вдалося встановити зв'язок між особливостями характеру, типами особистісного реагування та метаболізмом біологічно активних речовин. Варіантом таких зв'язків є дисоціація потреб, мотивів та цілей діяльності, що призводить до змін рівня тривожності. Ситуація психічної напруги спричиняє порушення метаболізму нейромедіаторів [3, с. 47-52].

Соматогенний вплив хвороби на психіку пов'язаний з безпосереднім впливом на центральну нервову систему соматичної шкоди (порушення гемодинаміки або інтоксикація) та інтенсивних больових відчуттів. Лакосіна Н.Д. стверджує: «будь-яка хвороба, навіть якщо вона не супроводжується руйнівними змінами мозкової діяльності, обов'язково видозмінює психіку хворого внаслідок появи нових форм, що відсутні до хвороби, реагування хворого на хворобу. Порушення в результаті соматичної хвороби, що розвивається, супроводжується зміною характеру нервової імпульсації, що надходить від таких систем (органів) в головний мозок, зміною вісцерально-церебральної (соматопсихічної) рівноваги. В результаті змінюються фізіологічні параметри діяльності, що і становить фізіологічний механізм відхилень у психічній діяльності» [3, с. 47-52].

На думку І.Д. Спіріної, «виникнення соматичної хвороби перш за все відбивається на стані емоційно-вольової сфери людини. В той самий час преморбідний стан емоційно-вольової сфери впливає на перебіг соматичної хвороби» [8, с. 71-73].

Соматичне захворювання чинить вплив на настрої, сприйняття навколишнього світу, поведінку, плани і психічний стан людини в цілому. Головними ознаками залучення нервової системи при соматичних захворюваннях є підвищена стомлюваність, дратівливість, головний біль, порушення сну. Соматопсихічний синдром – це комплекс симптомів, що характеризують розлади психіки і поведінки, зумовлений вторинною реакцією центральної та периферичної нервової системи у відповідь

на первинну дисфункцію соматичної системи.

Тому в клініці внутрішніх хвороб афективні розлади займають особливе місце. Вони досить поширені і відрізняються клінічною різноманітністю: 1) Депресивні стани або субдепресії, причинами яких можуть служити самі соматичні хвороби або інші психогенні чинники. 2) Гіпоманіакальні стани, але вони часто є проявами інтоксикації з наростаючою гіпоксією мозку або фазами психічних афективних розладів. 3) Гострі психотичні стани (психози), які виникають при важких соматичних захворюваннях на тлі виражених астеничних проявів (розлади свідомості у вигляді делірію або оглушеності). 4) Психотичні розлади виникають, частіше за все, при гострому розвитку хвороби. 5) При підгострому або хронічному перебігу захворювання частіше маніфестують невротичні розлади [6, с. 246-252].

Крім особливостей особистості хворих, на внутрішню картину хвороби і реакцію людини на хворобу в клініці внутрішніх хвороб найбільш значущий вплив мають такі чинники самої хвороби, як: труднощі у визначенні характеру патологічного процесу; локалізація патологічного процесу (серце, шлунок, пряма кишка); вираженість больового синдрому; порушення функції органу або системи; наявність інтоксикації; гострота початку захворювання; тривалість захворювання і його можлива хроніфікація; виліковність захворювання, тощо.

О.Р. Лурія зазначав, що внутрішня картина хвороби – це суб'єктивно-психологічна сторона хвороби. Тобто це вся сума відчуттів, переживань, уявлень, пов'язаних з захворюванням. Вона, характеризуючи цілісне ставлення до захворювання, тісно пов'язана з усвідомленням хворим своєї хвороби. Її емоційна та інтелектуальна сторони впливають на формування певного типу реагування на захворювання.

Одну з найпоширеніших класифікацій типів ставлення до хвороби розробили О.Е. Лічко та Н.Я. Іванов. До неї відносяться 12 типів, які становлять собою 3 блоки: 1) Типи, у яких відсутня соціальна дезадаптація: гармонійний – правильна, твереза оцінка стану, небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою; ергопатичний – "відхід від хвороби в роботу", бажання зберегти працездатність; анозогнозичний – активне відкидання думки про хворобу; 2) Типи, що мають інтрапсихічну направленість: тривожний – безперервне занепокоєння і недовірливість, віра в прикмети і ритуали; іпохондричний – крайня зосередженість на суб'єктивних відчуттях і перебільшення їх значення, боязнь побічної дії ліків, процедур; неврастенічний – поведінка за типом "дратівливої слабкості". Нетерплячість і спалахи роздратування на оточуючих, потім – жаль аж до сліз і каюття; меланхолічний – невіра в оду-

жання, пригніченість хворобою, депресивний настрій; апатичний – повна байдужість до своєї долі, пасивне підпорядкування процедур і лікуванню; 3) Типи, які мають інтрапсихічну направленість: сенситивний – чутливість до міжособистісних відносин, побоювання, що оточуючі його уникають через хворобу, боязнь стати тягарем для близьких: егоцентричний – "відхід у хворобу" з виставлянням напоказ своїх страждань, вимога до себе особливого ставлення; параноїдальний – впевненість, що хвороба є результатом чийогось злого наміру, а ускладнення в лікуванні є результатом недбалості медичного персоналу; дисфоричний – домінує похмуро-озлоблений настрій, заздрість і ненависть до здорових людей, спалахи гніву. [8, с. 57-60].

Після кожного тяжкого інфекційного захворювання з боку нервової системи можуть виникнути неврологічні та психічні розлади. Коронавірус, не виняток. Захворювання, спричинене коронавірусною інфекцією (COVID-19), що виникло локально в Китаї наприкінці 2019 року, швидко поширилося по всьому світу та набуло характеру пандемії. Аналіз захворюваності та клінічної картини показав складність впливу COVID-19 на організм людини, що проявляється індивідуальним перебігом та різним спектром скарг та симптомів у кожного хворого. Нова інфекція маловивчена, але зараз вже можна судити про те, що це важке інфекційне вірусне захворювання, що вражає нервову систему. Насамперед, у людей спостерігається астенична симптоматика. У 80% перехворіли, спостерігається досить важка астенія, яка супроводжується як порушенням когнітивних функцій (пам'яті, уваги), а й психоемоційних. У людей розвиваються тривожні розлади, що характеризуються сильним почуттям тривоги та страху. Саме тому варто детальніше дослідити дану проблему.

Постковідний синдром – це ті симптоми та ознаки, які з'являються під час або після інфікування коронавірусною інфекцією COVID-19 та наявні більше 12 тижнів, до того ж, їх не можна пояснити якимось альтернативним діагнозом. Зазвичай він проявляється групами симптомів, що часто перекриваються, які можуть змінюватися з плином часу і впливати на будь-яку систему в організмі. Вже доведено, що до 20% людей, які перенесли коронавірусну інфекцію, страждають від довгострокових симптомів. При цьому він може виникнути незалежно від того, в якій формі протікав коронавірус: прихованій, легкій, середній, тяжкій чи критичній. Така симптоматика формується за допомогою двох компонентів: 1) психологічний, що передбачає вплив факту небезпечної для життя хвороби. Адже її наявність відбивається на психіці людей. 2) Ураження судин головного мозку. Оскільки інфекція вражає не лише судини

легень, але й мозку, порушується кровоплин. Разом вони сприяють появі тривожно-депресивних симптомів.

Також було проведено дослідження на 10 пацієнтах, що одужали від пневмонії COVID-19 без ускладнень, пройшли анкетування, приблизно через 1 місяць після виписки. З них 10 відсотків повідомили про депресію та ПТСР, в той час, як 50% мали депресію під час лікування. [15, с. 1-5].

Nemani K., Li C., Olfson M. та інші наводять дослідження оцінки взаємозв'язку між психічними розладами і смертністю серед дорослих з COVID-19. «Для аналізу було відібрано 7348 пацієнтів з позитивним результатом на коронавірус (SARS-CoV-2), з них 75 пацієнтів (1 %) мали в анамнезі розлад шизофренічного спектра, 564 (7,7 %) – афективну патологію і 360 (4,4 %) – тривожний розлад. В результаті проведеного ретроспективного аналізу було встановлено, що ризик смерті у пацієнтів з діагнозом шизофренічного спектра в 2,7 раза вище, ніж у населення загалом, а ризик смерті у пацієнтів з афективною патологією і тривожними розладами був статистично незначущим» [14, с. 380-386].

Результати емпіричного дослідження.

Головною метою роботи є виявлення патопсихологічних характеристик осіб, які перенесли коронавірусну інфекцію COVID-19. Методики дослідження: Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ЛОБІ), Симптоматичний опитувальник SCL-90-R, тест «Велика п'ятірка» (5PFQ), тест «Чого мы боимся» В. Леві (С-тест). Отримані результати аналізувалися за допомогою методів багатомірної статистики, зокрема – критерій Манна-Уїтні та коефіцієнт кореляції r-Спірмена.

У дослідженні взяло участь 100 представників раннього дорослого віку (з них 50 осіб, які перенесли коронавірусну інфекцію з різними ступенями тяжкості, та 50 осіб, що не хворіли). Серед досліджуваних 78 жінок та 22 чоловіків. Вибірка була обрана тому, що саме в цьому віці вже завершений активний розвиток та становлення всіх психічних процесів, вони повністю сформовані, а отже можна чітко відслідкувати вплив на них коронавірусної інфекції COVID-19. Крім того, клінічно доведено, що представники дорослого віку важче переносять дане захворювання, в порівнянні з підлітками та юнаками.

Для того, щоб обрати методи математично-статичної обробки даних (критерії порівняння та кореляції) було перевірено усі змінні (шкали) на рівність розподілу за допомогою непараметричного критерію Калмагорова-Смірнова. Оскільки було виявлено, що не усі шкали мають рівномірність розподілу (за деякими змінними показник менший 0,05), то було вирішено обрати непараметричний критерій Манна-Уїтні для порівняння двох груп.

За методикою «Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту» (ЛОБІ), статистично значимі відмінності ($p < 0,05$) виявлено за 3 показниками, які наведено в таблиці 1.

Отримані результати вказують на те, що існують значимі відмінності за такими типами реагування на хворобу, як: апатичний, неврастенічний та анозогнозичний. Варто детальніше розглянути кожен з них. Виявлено відмінності між представниками раннього дорослого віку, які перенесли COVID-19, та тими, хто не хворів на нього, за показником «апатичний тип» ($p = 0,004$). Як виявилось, цей тип реагування на хворобу більше притаманний особам, які перехворіли на коронавірусну інфекцію. Ймовірно, апатія у них є проявом підвищеної депресивності та тривожності, які також виявлені.

Якщо розглядати відмінності за показником «неврастенічний тип» ($p = 0,026$), то бачимо, що даний тип реагування на хворобу теж переважає у осіб, що перенесли COVID-19. Це можна пояснити підвищеною ворожістю та тривожністю.

Відмінності за показником «анозогнозичний тип» ($p = 0,018$) показують, що він переважає саме у осіб, що не хворіли на COVID-19. Швидше за все, таке активне відкидання думок про хворобу та її можливі наслідки пов'язано зі страхом зіткнутися з нею, недостатньою про-

інформованістю та незрозумінням її можливого впливу на організм.

Натомість за методикою «Симптоматичний опитувальник SCL-90-R», статистично значимі відмінності ($p < 0,05$) виявлено за 8 показниками, які наведено в таблиці 2.

Як бачимо, існують значимі відмінності між групами за такими показниками, як: соматизація, нав'язливість, депресивність, тривожність, ворожість, фобія та психотизм. Було виявлено відмінності за показником «соматизація», тобто ($p = 0,011$). Як виявилось, цей симптоматичний прояв більше притаманний людям, які вже перехворіли на COVID-19. Це можна пояснити тим, що через перенесене захворювання вони відчули більший дистрес, пов'язаний з відчуттями тілесної дисфункції (соматопсихологічний вплив).

Якщо розглядати відмінності за показником «нав'язливість» ($p = 0,026$), то бачимо, що він теж переважає у осіб, які хворіли на коронавірусну інфекцію. Можна припустити, що через перенесене захворювання у них з'явився страх захворіти чимось знову, який супроводжується певними obsesіями і компульсіями (нав'язливими думками та діями).

Відмінності за показником «депресивність» ($p = 0,001$) показують, що він вагомо переважає саме у осіб, що хворіли на COVID-19. Це може бути пов'язано з погіршенням якості життя,

Таблиця 1

Значення за критерієм Манна-Уїтні (за методикою «ЛОБІ»)

Досліджувані шкали	Група (хворіли / не хворіли на COVID-19)	Середнє значення	Сума значень
Апатичний тип	Хворіли	58,20	2910,00
	Не хворіли	42,80	2140,00
Неврастенічний тип	Хворіли	56,78	2839,00
	Не хворіли	44,22	2211,00
Анозогнозичний тип	Хворіли	43,71	2185,50
	Не хворіли	57,29	2864,50

Таблиця 2

Значення за критерієм Манна-Уїтні (за опитувальником SCL-90-R)

Досліджувані Шкали	Група (хворіли/не хворіли на COVID-19)	Середнє значення	Сума значень
Соматизація	Хворіли	57,84	2892,00
	Не хворіли	43,16	2158,00
Нав'язливість	Хворіли	56,93	2846,50
	Не хворіли	44,07	2203,50
Депресивність	Хворіли	59,80	2990,00
	Не хворіли	41,20	2060,00
Тривожність	Хворіли	58,36	2918,00
	Не хворіли	42,64	2132,00
Ворожість	Хворіли	56,88	2844,00
	Не хворіли	44,12	2206,00
Фобія	Хворіли	59,74	2987,00
	Не хворіли	41,26	2063,00
Психотизм	Хворіли	57,35	2867,50
	Не хворіли	43,65	2182,50

соматичними відчуттями, страхом та неусвідомленням можливих наслідків перенесеного захворювання.

Крім того, було виявлено певну різницю між групами за показником «тривожність» ($p=0,007$). Як бачимо, він теж більш поширений серед людей, які вже хворіли на коронавірусну інфекцію. Ймовірно, це пов'язано з нервовою напругою через соматичні відчуття (біль, підвищена температура), відчуттям небезпеки через нерозуміння можливих наслідків захворювання та страхом відсутності можливості повернутись до колишнього стану здоров'я та стилю життя.

Показник «ворожість» теж переважає у осіб, що перенесли COVID-19 ($p=0,026$). Можливо, ці думки, почуття та дії, які є проявами афективного стану злості (роздратування, гнів, агресія), виникають спочатку внаслідок неможливості повноцінного спілкування через захворювання, а потім підкріплюються відчуттями того, що інші (особливо ті, хто не переніс дану хворобу) не розуміють людину.

Якщо розглядати відмінності за показником «фобія» ($p=0,001$), то бачимо, що він також переважає у осіб, які хворіли на коронавірусну інфекцію. Можна припустити, що через перенесене захворювання у них з'явився страх перенести цю або іншу хворобу знову, страх того, що певні симптоми постковідного синдрому не пройдуть або залишаться ще надовго.

За тестом «Велика п'ятірка» (5PFQ) статистично значимі відмінності виявлено тільки за шкалою «емоційна стійкість – нестійкість», що представлено в таблиці 3.

Відмінності за показником «емоційна стійкість-емоційна нестійкість» ($p=0,002$) показують, що вищі показники саме у осіб, що хворіли на COVID-19, а це означає, що вони менш

стійкі. Вони не можуть контролювати свої емоції та імпульсивні потяги, відчувають себе безпомічними. Певною мірою, це пов'язано з їх підвищеною тривожністю, депресивністю та емоційною напругою.

За тестом «Чого ми боїмося» В. Леві (С-тест) також виявлені статистично значимі відмінності, які наведені в таблиці 4.

Так, бачимо такі результати: виявлено статистично значимі відмінності за показником «рівень страху» ($p=0,003$). Тобто у людей, які перехворіли на COVID-19, рівень страху значно вищий. Це може бути страх перенести цю або іншу хворобу знову, страх непоправних наслідків, тощо. Показник «танатофобії» ($p=0,005$) теж вищий у людей, які перенесли коронавірусну інфекцію. Після одужання вони починають переживати за себе, бояться смерті, болю та інших захворювань, більше цінують власне здоров'я.

За показником «страх просторів» теж виявлено статистично значимі відмінності ($p=0,002$). Так, люди, які перенесли дане захворювання частіше бояться замкнених (ймовірно, через примусову ізоляцію в лікарняній палаті чи вдома) або відкритих просторів (страх через те, що відвілки тут бувають, або страх знову заразитись якимось захворюванням). Окрім того, виявленні відмінності за фортунофобіями ($p=0,010$). Так, особи, які перенесли COVID-19 мають сильніший страх перед долею. Ймовірно, після тяжко перенесеного захворювання, вони бояться знову захворіти або інших складнощів, які погіршують якість їхнього життя.

За допомогою коефіцієнту кореляції r-Спірмена було отримано та проаналізовано результати за чотирма методиками на рівні кожної з груп. На рівні **осіб, які перенесли COVID-19** було виявлено велику кіль-

Таблиця 3

Значення за критерієм Манна-Уїтні (за тестом «5PFQ»)

Досліджувані Шкали	Група (хворіли/ не хворіли на COVID-19)	Середнє значення	Сума значень
Емоційна стійкість-нестійкість	Хворіли	59,60	2980,00
	Не хворіли	41,40	2070,00

Таблиця 4

Значення за критерієм Манна-Уїтні (за С-тестом)

Досліджувані Шкали	Група (хворіли/не хворіли на COVID-19)	Середнє значення	Сума значень
Рівень страху	Хворіли	59,00	2950,00
	Не хворіли	42,00	2100,00
Танатофобії	Хворіли	58,65	2932,50
	Не хворіли	42,35	2117,50
Страх просторів (закритих/відкритих)	Хворіли	59,34	2967,00
	Не хворіли	41,66	2083,00
Фортунофобії	Хворіли	57,97	2898,50
	Не хворіли	43,03	2151,50

кість середніх ($0,3 < r < 0,6$) та декілька слабких ($r > 0,3$) статистично значимих зв'язків між типами реагування на хворобу та симптоматичними проявами.

Прямий зв'язок середньої сили ($r = 0,328$, $p = 0,05$) між гармонійним типом реагування на хворобу та нав'язливістю. Прямі зв'язки середньої сили між тривожним типом реагування на хворобу та соматизацією ($r = 0,402$, $p = 0,01$), нав'язливістю ($r = 0,403$, $p = 0,01$) та депресивністю ($r = 0,330$, $p = 0,05$). Прямі зв'язки середньої сили між іпохондричним типом реагування на хворобу та соматизацією ($r = 0,470$, $p = 0,01$), тривожністю ($r = 0,377$, $p = 0,01$) і фобією ($r = 0,303$, $p = 0,05$), а також слабкий прямий зв'язок з нав'язливістю ($r = 0,291$, $p = 0,05$). Прямі зв'язки середньої сили між апатичним типом реагування на хворобу та соматизацією ($r = 0,587$, $p = 0,01$), нав'язливістю ($r = 0,556$, $p = 0,01$), сенситивністю ($r = 0,455$, $p = 0,01$), депресивністю ($r = 0,565$, $p = 0,01$), тривожністю ($r = 0,538$, $p = 0,01$), ворожістю ($r = 0,379$, $p = 0,01$), фобією ($r = 0,372$, $p = 0,05$), параноюльністю ($r = 0,367$, $p = 0,01$) і психотизмом ($r = 0,469$, $p = 0,01$). Прямі зв'язки середньої сили між неврастенічним типом реагування на хворобу та соматизацією ($r = 0,327$, $p = 0,05$), нав'язливістю ($r = 0,416$, $p = 0,01$), сенситивністю ($r = 0,399$, $p = 0,01$) і депресивністю ($r = 0,312$, $p = 0,01$). Прямий слабкий зв'язок між обсесивно-фобічним типом реагування на хворобу та фобією ($r = 0,295$, $p = 0,05$).

Обернений зв'язок середньої сили між ейфорійним типом реагування на хворобу та тривожністю ($r = -0,336$, $p = 0,05$) і фобією ($r = -0,320$, $p = 0,05$). Обернений слабкий зв'язок між анозогнозичним типом реагування на хворобу та тривожністю ($r = -0,284$, $p = 0,05$). Прямий середній зв'язок між ергопатичним типом реагування на хворобу та нав'язливістю ($r = 0,316$, $p = 0,05$), а також прямий слабкий зв'язок з параноюльністю ($r = 0,280$, $p = 0,05$). Не виявлено взаємозв'язків між меланхолійним, сенситивним, егоцентричним та параноюльним типами реагування на хворобу та симптоматичними проявами.

Між типами реагування на хворобу та особистісними факторами було виявлено декілька взаємозв'язків. Прямий зв'язок середньої сили між тривожним типом реагування на хворобу та емоційною стійкістю-нестійкістю ($r = 0,323$, $p = 0,05$). Слабкий обернений зв'язок між неврастенічним типом та фактором «імпульсивність-самоконтроль» ($r = -0,289$, $p = 0,05$). 3) Прямий зв'язок середньої сили між обсесивно-фобічним типом реагування на хворобу та «емоційною стійкістю-нестійкістю» ($r = 0,323$, $p = 0,05$). Між іншими типами реагування на хворобу та особистісними факторами взаємозв'язків не виявлено.

Крім того, були виявлені взаємозв'язки між

типами реагування на хворобу та рівнем страху та видами фобій. Прямий зв'язок середньої сили між іпохондричним типом та рівнем страху ($r = 0,333$, $p = 0,05$), агресофобіями ($r = 0,553$, $p = 0,01$) і фортунофобіями ($r = 0,306$, $p = 0,05$). Прямі зв'язки середньої сили між апатичним типом та рівнем страху ($r = 0,439$, $p = 0,01$), танатофобіями ($r = 0,322$, $p = 0,05$), страхом просторів ($r = 0,335$, $p = 0,05$), соціофобіями ($r = 0,303$, $p = 0,05$), агресофобіями ($r = 0,491$, $p = 0,01$) і фортунофобіями ($r = 0,357$, $p = 0,05$). Обернений зв'язок середньої сили між ейфорійним типом реагування та страхом просторів ($r = -0,328$, $p = 0,05$). Обернені зв'язки між анозогнозичним типом реагування та рівнем страху ($r = -0,374$, $p = 0,01$) і страхом просторів ($r = -0,402$, $p = 0,01$), а також слабкий обернений зв'язок з танатофобіями ($r = -0,282$, $p = 0,05$). Прямий зв'язок середньої сили між ергопатичним типом та агресофобіями ($r = 0,388$, $p = 0,01$).

В отриманих результатах на рівні вибірки **осіб, що не хворіли на COVID-19** було виявлено велику кількість середніх ($0,3 < r < 0,6$) та декілька слабких ($r > 0,3$) статистично значимих взаємозв'язків між типами реагування на хворобу та симптоматичними проявами. Слабкий прямий зв'язок ($r = 0,280$, $p = 0,05$) між гармонійним типом реагування на хворобу та соматизацією. Прямі зв'язки середньої сили між тривожним типом реагування на хворобу та сенситивністю ($r = 0,316$, $p = 0,05$), депресивністю ($r = 0,360$, $p = 0,05$), параноюльністю ($r = 0,354$, $p = 0,05$) та психотизмом ($r = 0,347$, $p = 0,05$). Прямі зв'язки середньої сили між іпохондричним типом реагування на хворобу та тривожністю ($r = 0,353$, $p = 0,05$), параноюльністю ($r = 0,365$, $p = 0,01$), психотизмом ($r = 0,316$, $p = 0,05$), а також слабкий прямий зв'язок із сенситивністю ($r = 0,280$, $p = 0,05$). Слабкий прямий зв'язок між апатичним типом реагування на хворобу та соматизацією ($r = 0,297$, $p = 0,05$). Прямий зв'язок середньої сили між неврастенічним типом та соматизацією ($r = 0,407$, $p = 0,01$). Прямі зв'язки середньої сили між обсесивно-фобічним типом та сенситивністю ($r = 0,332$, $p = 0,05$), депресивністю ($r = 0,414$, $p = 0,01$), тривожністю ($r = 0,326$, $p = 0,05$), параноюльністю ($r = 0,366$, $p = 0,01$) і психотизмом ($r = 0,348$, $p = 0,05$). Прямий зв'язок середньої сили між сенситивним типом та соматизацією ($r = 0,362$, $p = 0,01$). Слабкий прямий зв'язок між егоцентричним типом та соматизацією ($r = 0,279$, $p = 0,05$), а також прямі середні зв'язки з фобією ($r = 0,391$, $p = 0,01$) і психотизмом ($r = 0,329$, $p = 0,05$). Обернений зв'язок середньої сили між ейфорійним типом та соматизацією ($r = -0,317$, $p = 0,05$). Прямі зв'язки середньої сили між ергопатичним типом реагування на хворобу та соматизацією ($r = 0,334$, $p = 0,05$), тривожністю ($r = 0,352$,

$p = 0,05$) і ворожістю ($r = 0,307, p = 0,05$). Слабкий прямий зв'язок між параноїдальним типом та психотизмом ($r = 0,292, p = 0,05$), а також прямий середній зв'язок з паранояльністю ($r = 0,322, p = 0,05$).

Між типами реагування на хворобу та особистісними факторами було виявлено декілька взаємозв'язків. Прямий зв'язок середньої сили між тривожним типом реагування на хворобу та емоційною стійкістю-нестійкістю ($r = 0,406, p = 0,01$). А це означає, що чим вища емоційна нестійкість, тим яскравіше буде проявлятися тривожний тип реагування, і навпаки. Середній прямий зв'язок між обсессивно-фобічним типом та емоційною стійкістю-нестійкістю ($r = 0,304, p = 0,5$). Обернений зв'язок середньої сили між сенситивним типом та фактором «екстраверсія-інтроверсія» ($r = -0,339, p = 0,5$). Прямий зв'язок середньої сили між ейфорійним типом та змінною «імпульсивність-самоконтроль» ($r = 0,453, p = 0,01$). Між іншими типами реагування на хворобу та особистісними факторами взаємозв'язків не виявлено.

Крім того, були виявлені взаємозв'язки між типами реагування на хворобу та рівнем страху та видами фобій. Прямі зв'язки середньої сили між тривожним типом та рівнем страху ($r = 0,436, p = 0,01$), танатофобіями ($r = 0,338, p = 0,05$), соціофобіями ($r = 0,407, p = 0,01$), агресофобіями ($r = 0,350, p = 0,05$) і фортунофобіями ($r = 0,411, p = 0,01$). Прямий зв'язок середньої сили між апатичним типом та соціофобіями ($r = 0,345, p = 0,05$). Прямі зв'язки середньої сили між обсессивно-фобічним типом та рівнем страху ($r = 0,330, p = 0,05$), соціофобіями ($r = 0,300, p = 0,05$), агресофобіями ($r = 0,287, p = 0,05$) і фортунофобіями ($r = 0,414, p = 0,01$). Прямі зв'язки середньої сили між сенситивним типом та рівнем страху ($r = 0,306, p = 0,05$), соціофобіями ($r = 0,352, p = 0,05$), агресофобіями ($r = 0,343, p = 0,05$) і фортунофобіями ($r = 0,291, p = 0,05$). 5) Обернений зв'язок середньої сили між ейфорійним типом реагування та фортунофобіями ($r = -0,325, p = 0,05$).

Висновки. Теоретично досліджено соматогенний вплив хвороби на психіку, який пов'язаний з безпосереднім впливом на центральну нервову систему соматичної шкоди та самих інтенсивних больових відчуттів. Основною формою впливу соматичного захворювання на психіку людини є психологічна реакція особистості на сам факт захворювання та його наслідки. Крім того, доведено, що соматопсихічний вплив безпосередньо пов'язаний з внутрішньою картиною хвороби, що є сумою відчуттів, переживань, уявлень, пов'язаних з захворюванням, а також типами реагування на хворобу. Також доведено, що коронавірусна інфекція COVID-19, спричинена коронавірусом тяж-

кого гострого респіраторного синдрому 2 (SARS-CoV-2), теж викликає не тільки важкі соматичні порушення, але і психологічний стрес (психоемоційне перенапруження). Серед психологічних симптомів виокремлюють такі: апатія, проблеми з пам'яттю, сонливість, втома, неможливість зосередитись, панічні атаки, тривожність, безсоння.

Дослідження підтвердило авторську гіпотезу щодо соматопсихічного впливу коронавірусної інфекції на психіку людини. Адже було виявлено відмінності афективної сфери у осіб, які перенесли коронавірусну інфекцію COVID-19, та осіб, які не хворіли. Так, наприклад, апатичний та неврастенічний типи реагування на хворобу притаманні особам, які перенесли COVID-19, натомість анозогнозичний тип частіше зустрічається серед тих, хто не мав цього захворювання. Якщо говорити про симптоматичні прояви, то було встановлено, що соматизація, нав'язливість, депресивність, тривожність, ворожість, фобія та психотизм частіше зустрічаються саме у осіб, що вже перенесли COVID-19. Окрім того, вони більш емоційно нестійкі. До того ж, були встановлено, що особам, які переохворіли коронавірусною інфекцією, притаманний вищий рівень страху загалом, а також танатофобії (страх смерті, болю, хвороб), страх просторів (закритих, відкритих) та фортунофобії. Було встановлено взаємозв'язок між типами реагування на хворобу та психічними явищами афективної сфери у осіб, які перенесли коронавірусну інфекцію COVID-19, та осіб, які не хворіли.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Дианова Н.Ф. COVID-19: реакции психики и организма / Н.Ф. Дианова, А. Н. Баранов. // *Международный журнал гуманитарных и естественных наук*. 2021. 29–31 с.
2. Карвасарський Б. Д. Клиническая психология. Учебник для вузов, 4-е изд. Издательский дом" Питер, 2011. 864 с.
3. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учебник / Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. – Изд. 3-е. М.: Медпресс-информ, 2007. 416 с.
4. Марута Н.А., Федченко В.Ю. Психопатологічні наслідки COVID-19: можливості запобігання та лікування // *Український вісник психоневрології*. Том 29, випуск 2 (107), 2021. 76-82 с.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д. Менделевич. – Изд. 6-е. – М.: МЕДпресс информ, 2008. 432 с.
6. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія : Навчальний посібник / Укл. Ю.П. Никоненко. – Київ: КНТ, 2016. 369 с.
7. Собенников В.С., Белялов Ф.И. Психосоматика. Иркутск: Издательство ИГУ, 2008. 170 с.
8. Спіріна І.Д. Медична психологія: підруч. для студентів ВНЗ ВНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / Дніпропетровськ: Ліра, 2012. 219 с.

9. Ткаченко О.В. Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я (огляд літератури) // *Український вісник психоневрології*. Том 29, № 1 (106). 2021. 55-59 с.
10. Трисветова Е. Л. Постковидний синдром: клінічні ознаки, реабілітація. *Кардіологія в Білорусі*, 13.2. 2021. 268-279 с.
11. Хилько М. Е. Возрастная психология : учебное пособие для вузов / М. Е. Хилько, М. С. Ткачева. – Изд. 2-е., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2017. 201 с.
12. Шакирова А.Т., Койбагарова А.А., Осмоналиев М.К., Ахмедов М.Т., Ибраимова А.Д. Влияние COVID-19 на психологическое состояние людей. *Евразийский союз ученых*. 10-3 (79). 2020. 50-52 с.
13. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review / J. Xiong [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 277. P. 55-64.
14. Nemani K., Li C., Olfson M., Blessing E. M., Razavian N., Chen J., Goff D. C. Association of psychiatric disorders with mortality among patients with COVID-19. *JAMA psychiatry*, 78(4). 2021. P. 380-386.
15. Park HY, Jung J, Park HY, et al. Psychological Consequences of Survivors of COVID-19 Pneumonia 1 Month after Discharge. *J Korean Med Sci*. 2020;35(47):e409.
16. Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., ... & Xu, J. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of affective disorders*, 274. 2020. P. 1-7.
17. Usher K., Durkin J., Bhullar N. The COVID-19 pandemic and mental health impacts // *International Journal of Mental Health Nursing*. № 3. 2020. Vol. 29. P. 315-318
18. Wang C., Pan R., Wan X. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China // *Int J Environ Res Public Health*. 2020. P. 17