

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,
остаточна версія

/Підпис студента/

КУЛИК Юлія Олегівна

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ
СЕРЕД ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19: СИСТЕМНИЙ
ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Ніздрень-Федорович Олександра Андріївна,
доцент кафедри клінічної психології УКУ,
кандидат психологічних наук

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2022

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Особливості проявів депресивних станів серед осіб, які перенесли
COVID-19: системний огляд літератури»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 20/М

спеціальності 053 «Психологія»

Кулик Ю. О.

Керівник: доцент кафедри клінічної

психології УКУ, кандидат психологічних наук

Ніздрень-Федорович О. А.

Рецензент:

Львів – 2022

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь **магістр**

Спеціальність **053 Психологія**

Освітня програма **Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії**

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

_____ року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ) СТУДЕНТУ

Кулик Юлії Олегівни

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи Особливості проявів депресивних станів серед осіб, які перенесли COVID-19: системний огляд літератури

керівник роботи Ніздрань – Федорович Олександра Андріївна, канд. психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології УКУ, затверджені Вченою Радою факультету від “18” квітня 2022р. № протоколу 9

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи

У структуру роботи входить вступ, I, II, III розділи, загальні висновки, список використаних джерел, додатки

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) проаналізувати теоретичний огляд літератури, щодо психічних розладів під час COVID-19; проаналізувати інформацію,

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Вибір і погодження теми	До 18 жовтня	Внесені корективи 06.05.2022
2	Обговорення методології та структури дослідження	18.10 - 9.11.2021	
3	Здача опису роботи та бібліографії	До 10.11.2021	
4	Опрацювання I розділу роботи	До 19.12.2021	
5	Представлення I розділу роботи	20.12.2021	
6	Опрацювання II розділу роботи	21.12.2021- 01.04.2022	
7	Представлення II розділу роботи	До 01.04.2022	
8	Опрацювання III розділу роботи	07.04 - 19.05. 2022	
9	Представлення III розділу роботи	До 19.05.2022	
10	Попередній захист магістерської роботи	20.05.2022	

Студент _____



(підпис)

Кулик Ю. О.

(прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____

Нізрань-Федорович О. А.

(підпис)

(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ I. Теоретичне вивчення розладів психічного здоров'я, депресивних станів, негативних автоматичних думок серед осіб, які перенесли COVID-19	10
1.1. Розлади психічного здоров'я серед осіб, які перенесли COVID-19.....	10
1.2. Прояви депресії у осіб, які перенесли COVID-19	12
1.3. Негативні автоматичні думки у пацієнтів із проявами депресії	15
Висновки до Розділу I	18
Розділ II. Теоретико-методологічний аналіз дослідження особливостей прояву депресивних станів серед осіб, які перенесли COVID-19	19
Висновки до Розділу II	23
РОЗДІЛ III. Результати аналізу відібраних досліджень	24
3.1 Результати аналізу досліджень	24
3.2. Перспектива дослідження	33
Висновки до Розділу III	34
ВИСНОВКИ	36
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	39
ДОДАТКИ	45

ВСТУП

Актуальність. Ще кілька років тому, ми не могли навіть подумати, що рівень депресивних та тривожних станів у людей по світу збільшиться до колосальної цифри. А причина цьому стала пандемія COVID-19. Вірус має прямий вплив на фізичне здоров'я мільйонів людей, і крім того, він становить загрозу для психічного здоров'я у всьому світі. Згідно даних ВООЗ люди, які перехворіли на COVID-19, мають підвищений ризик погіршення психічного здоров'я [25]. Також, дослідження, які були проведені на світових теренах, щодо психічного здоров'я при COVID-19 вказують, що найбільш поширеним розладом є депресія.

А. Бек, Д. Майєрс, Д. Хелл, П. Левінзон, вказують на те, що депресія зумовлює негативні зміни у когнітивній сфері особистості. Зокрема, депресивний настрій є причиною негативного мислення, песимістичного сприйняття світу і самосприйняття [22]. Відповідно через соціальну ізоляцію, уявну небезпеку, невизначеність, фізичний дискомфорт, побічні дії ліків, страх передачі вірусу іншим та негативні новини в соціальних мережах, дослідники стверджують, що пацієнти, які перенесли COVID-19 відчували пригнічений настрій, безсоння та негативні автоматичні думки, які призводили до прояву депресії та вплинули на функціонування людей та якість їх життя. Через що виникає актуальність виявити особливості депресивних станів серед осіб, які перенесли COVID-19.

Варто зазначити, що прояви депресивних станів під час COVID-19 можуть призвести до погіршення фізичних станів, які впливають на психічне здоров'я, призводять до суїцидальних думок та погіршують якість життя людей, які перенесли даний вірус.

Об'єктом дослідження виступають депресивні стани.

Предметом дослідження є прояви депресивних станів серед осіб, які перенесли COVID-19.

Мета: виявити особливості прояву депресивних станів серед осіб, які перенесли COVID-19.

Гіпотези дослідження:

- Особи, які перенесли COVID-19 мають більш виражені за тяжкістю депресивні стани.
- Зміст негативних автоматичних думок у людей, які перенесли COVID-19 може відрізнятись від людей, які не мали досвіду COVID-19.

Завдання:

1. проаналізувати теоретичний огляд літератури, щодо психічних розладів під час COVID-19;
2. проаналізувати інформацію, щодо поширеності депресивних станів у період пандемії;
3. дослідити особливості проявів депресії у осіб з COVID-19 за результатом системного огляду;
4. сформувати теоретичну модель, яка розкриває особливості депресивних станів в період пандемії;
5. на основі проаналізованого дослідження виокремити клінічну користь із аналізу досліджень та подальші перспективи.

Наукова новизна. Завдяки системному огляду можна буде проаналізувати особливості проявів депресивних станів під час пандемії та зрозуміти різницю змісту негативних автоматичних думок у осіб, які перенесли COVID-19 та осіб, які не мали симптомів даного вірусу.

Практична новизна. Даний системний огляд, може окреслити, що під час COVID-19 варто звертати увагу не лише на фізичні симптоми, але й на психічні, інколи, депресія або тривожні стани, можуть

посилювати фізичні симптоми, які вже присутні або додавати нові, такі, як задишка, болі у серці, кашель.

Структура роботи. Робота складатиметься з трьох розділів. У першому розділі буде проаналізовано психічні розлади, прояви депресивних розладів та негативні автоматичні думки у пацієнтів, які перенесли COVID-19. У другому розділі будуть розкриті методологічні підходи, а також етапи організації та проведення даного системного огляду літератури. У третьому розділі будуть висвітлені результати аналізу досліджень, практична користь та подальші перспективи дослідження.

РОЗДІЛ I. Теоретичне вивчення розладів психічного здоров'я, депресивних станів, негативних автоматичних думок серед осіб, які перенесли COVID-19

1.1. Розлади психічного здоров'я серед осіб, які перенесли COVID-19

ВООЗ визначає психічне здоров'я, як стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти [26].

Згідно даних ВООЗ люди, які перехворіли на COVID-19, мають підвищений ризик погіршення психічного здоров'я.

Коронавірусна хвороба (COVID-19) – це інфекційне захворювання, спричинене вірусом SARS-CoV-2 [7].

Під час пандемії люди бояться зараження вірусом, зниження фінансового становища, власної смерті та втрати членів сім'ї. Через такі чинники можна спостерігати у населення світу проблеми із психічним здоров'ям. Світові дослідження протягом 2020-2021 років показали, що людям із COVID-19 особливо притаманні симптоми тривоги, депресії і посттравматичного стресу, також, obsesивно-компульсивний розлад, соціальна фобія та когнітивні розлади: порушення пам'яті, концентрації уваги, порушення сприйняття інформації та її обробка. Соціальна ізоляція, низька фізична активність, зниження інтелектуальної стимуляції підвищують ризик розвитку когнітивних розладів та деменцію.

Депресія є поширеним психічним розладом, яким страждають понад 264 мільйони людей у всьому світі. Вона є результатом складної взаємодії соціальних, психологічних і біологічних факторів [14].

Будь-яка невизначена ситуація, під час COVID-19, може призвести до тривожної поведінки. Ізоляція та відсутність протоколів лікування на початку пандемії, викликало паніку і занепокоєння в світі. Так на початку пандемії, можна було спостерігати у людей обсесії та компульсії, які призводили до дискомфорту в житті кожного. Постійну дезінфекція рук, протирання поверхонь, прання одягу, одягнені одноразові рукавички та маски давали людям тимчасове заспокоєння та відсторонення від думок, щодо зараження вірусом. Саме тому, більшість досліджень стверджують, що COVID-19, може викликати обсесивно-компульсивний розлад.

Згідно з останніми доступними даними ЮНІСЕФ, у світі щонайменше 1 із 7 дітей постраждали від карантину, тоді як понад 1,6 млрд дітей тією чи іншою мірою втратили можливість навчатися. Порушення режиму навчання та відпочинку, а також турбота про сімейні доходи та здоров'я змушує багатьох молодих людей відчувати страх, гнів та тривогу за своє майбутнє. Діагностовані психічні розлади, під час пандемії COVID-19, включаючи СДУГ, тривогу, аутизм, біполярний розлад, поведінковий розлад, депресію, харчові розлади, інтелектуальну недостатність та шизофренію, можуть істотно завдати шкоди здоров'ю, освіті, життєдіяльності дітей та молоді [43].

Спалах COVID-19 спричиняє величезні психологічні проблеми та психіатричні захворювання. Існує гіпотеза, що пацієнти, уражені COVID-19, можуть відчувати психопатологічні симптоми через кілька причин: клінічні симптоми або прогресування захворювання, побічні ефекти ліків, уявлення про небезпеку, страх передавання вірусу іншим або соціальної ізоляції, невпевненість, фізичний дискомфорт та

переважний негативний вплив відображення новин у ЗМІ. Щоб впоратися зі стресовими факторами, люди можуть вдаватися до різних негативних способів подолання, в тому числі вживання алкоголю, наркотиків, тютюну або витрати більше часу на поведінку, яка може викликати звикання наприклад, онлайн-ігри [25, 38]. Однак, існують і якісні способи подолання стресових факторів, таких, як фізичні навантаження, які сприяють зниженню стресу, тривожних та депресивних станів.

1.2. Прояви депресії у осіб, які перенесли COVID-19

Дослідження, які були проведені на світових теренах, щодо психічного здоров'я при COVID-19 вказують, що одним з поширених розладів є депресія.

В Україні протоколи лікування COVID-19 не включають моніторинг ситуації на рівні психічного здоров'я. Часто у людей, які перенесли захворювання, незалежно від ступеню важкості, виникають симптоми депресії, які тривалий час не дають їм функціонувати, як було до цього, а саме поганий сон, пригнічений настрій, низьке задоволення від життя, швидка втомлюваність та навіть думки про смерть. Важливо згадати про когнітивну складову, адже, депресія істотно на неї впливає, а саме погіршується увага, концентрація, швидкість обробки інформації та пам'ять.

Через соціальну ізоляцію, когнітивні порушення, які проявляються при COVID-19, призводить до втрати роботи, що в свою чергу повторно погіршує якість життя людей та, знову ж таки, призводить до прояву депресивних станів.

Депресивні симптоми та клінічно значуща депресія при COVID-19 можуть мати серйозні наслідки, оскільки це стосується якості життя. Дослідження, в яких повідомлялося про тих, хто пережив пандемію важкого гострого респіраторного синдрому (SARS) у 2003 році, вказують на наявність депресії протягом 12 місяців після виписки з лікарні. Таким чином, можна припустити, що депресія є значним порушенням й серед тих, хто переніс COVID-19. Справді, пандемія COVID-19 виявилася негативним впливом для показників психічного здоров'я серед населення в цілому. Наприклад, з початку пандемії повідомлялося про більш високий рівень симптомів депресії. Вищезазначені показники депресивних симптомів відрізняються в різних регіонах і потенційно були навіть вищими на початку пандемії через введення нових обмежувальних заходів громадського здоров'я [28].

Дослідники вказують, що довгі періоди соціальної ізоляції можуть мати глибокий негативний вплив на прояви депресії, включаючи пригнічений настрій, безсоння, втома, зниження концентрації та суїцидальні думки.

По-перше, COVID-19 виявився більш заразним та мав довший інкубаційний період, ніж вірус грипу, внаслідок чого багато людей не знають, чи є вони носієм коронавірусу, а також, бояться заразитися або заразити когось. По-друге, щоб придушити поширення COVID-19, населення дотримувалось соціальної дистанції, самоізоляції та навіть ізолювали міста. На жаль, такі наслідки, як самоізоляція, примусове перебування вдома, заборона виходити тощо, призвели осіб до стійкої депресії. По-третє, через очікування економічного спаду, викликаного пандемією, людям довелося зіткнутися з тим, що вони тривалий час отримують мінімальний дохід і навіть зазнають втрати роботи. Загалом, самоізоляція та важка економічна дилема, окрім поширення пандемії COVID-19, призвело більшість населення до прояву депресії [31].

Після спалаху COVID-19 дослідження в різних країнах, чітко, вказують на появу кризи психічного здоров'я з різким зростанням поширеності депресивної психопатології та суїцидальних тенденцій. Заходи соціальної ізоляції та карантину призвели до скорочення часу перебування на свіжому повітрі та, можливо, менше впливу сонячного світла, необхідного для підтримки концентрації вітаміну D. Деякі припускають, що ізоляція може призвести до сплеску дефіциту вітаміну D у всьому світі, який був пов'язаний з розвитком діабету 2 типу, погіршенням когнітивних функцій, злоякісними новоутвореннями, аутоімунними захворюваннями, серцево-судинними захворюваннями, остеопорозом і загальна смертність. Низькі рівні вітаміну D раніше пов'язували з ризиком розвитку симптомів депресії та депресії в усьому світі. Наявні дані свідчать про посередницьку роль вітаміну D у циклі сон-неспанья, оскільки нижчі концентрації вітаміну D корелювали з погіршенням якості сну та скороченою тривалістю сну [34]. Отже, дефіцит вітаміну D, який виникає через ізоляцію не лише може погіршити фізичні симптоми, але й психічні та, може, призвести до проявів депресії, безсоння та порушення когнітивних функцій.

Депресія може істотно впливати на когнітивну складову пацієнтів, погіршуючи когнітивні функції, зокрема увагу, здатність приймати рішення та складати плани, а також пам'ять, швидкість опрацювання інформації тощо. Когнітивні розлади є дуже поширеними і стійкими при депресії навіть після завершення лікування, при цьому підвищення когнітивних функцій часто відстає від поліпшення настрою [38].

1.3. Негативні автоматичні думки у пацієнтів із проявами депресії

Негативні автоматичні думки є ще однією важливою змінною депресії. Негативні автоматичні думки можна визначити як висловлювання індивіда про себе та внутрішні розмови з самим собою. Ці думки найчастіше впливають на поверхню при певних афективних розладах під час сприйняття ситуацій в результаті різних когнітивних викривлень. Причина, чому ці думки визначаються як негативні, полягає в тому, що вони викликають неприємні емоції, такі як смуток, провина та тривога. Негативні думки людини про себе та своє майбутнє роблять її когнітивно вразливою до депресії. Чим гірше депресія, тим вище інтенсивність автоматичних думок. Підвищення такого роду інтенсивності думок і зниження цілеспрямованих і логічних думок викликає наростання депресивної ситуації [24].

Цей термін використовують для опису потоку думок, який кожна людина може помітити, якщо зверне на нього увагу. Це негативно забарвлені оцінки чи інтерпретації, які особа надає тому, що відбувається навколо або всередині неї. Негативні автоматичні думки мають прямий вплив на настрій людини [39].

Негативні автоматичні думки впливають з глибин нашого розуму, коли ми опиняємось у стресовій ситуації. Особливо часто НАДи виникають, коли ми переживаємо пригнічення та тривогу. Важливо виявляти НАДи тому, що вони суттєво впливають на наше самопочуття. Негативні автоматичні думки ситуативні, упереджені, обмежені та примітивні. Вони часто можуть бути пов'язані з визначеним рівнем емоцій.

Згідно когнітивної моделі за А. Беком фактором схильності до депресії є наявність в особистості людини негативних «схем», які пов'язані з негативним досвідом з дитинства чи пережитими травматичними подіями – свого роду негативних переконань. При депресії, коли активована схема, людина починає сприймати ці думки як дійсність, а відповідно це породжує типові симптоми депресії – афективні, когнітивні, мотиваційні, поведінкові (пригнічений настрій, ангедонія, апатія, втрата енергії, порушення пам'яті, уваги, сну, апетиту, пасивність, зменшення активності) [40].

Наявність самих симптомів депресії вторинно піддається когнітивно-перцептивним помилкам і породжує нове коло негативних думок. Думки ж у свою чергу призводять до погіршення емоційного стану – а це до неадекватних поведінкових реакцій: уникнення соціальних контактів. Це в свою чергу породжує нові життєві проблеми і нове коло депресивного мислення. Таким чином, по мірі поглиблення депресії в людині починає усе більше домінувати негативне, песимістичне мислення і паралельно цьому відбувається погіршення емоційного стану та соціального функціонування. У такий спосіб формується злякисне «замкнене коло» депресії [40]. Отже, дана КПТ модель депресії, включаючи вище перераховані компоненти, буде виглядати наступним чином:

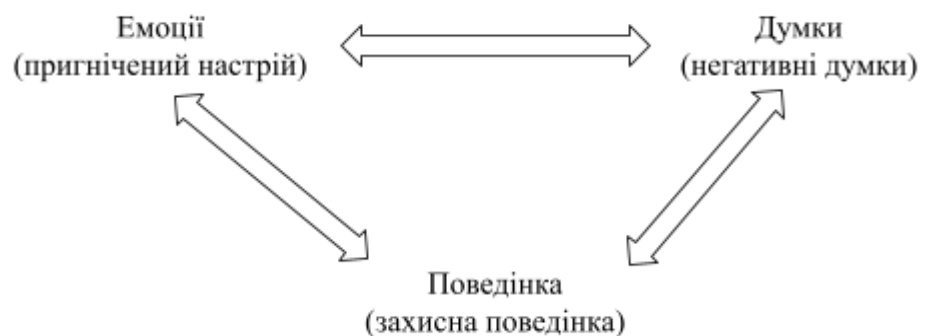


Рисунок 1.1. КПТ модель депресії

Згідно моделі КПТ депресії, було досліджено теоретичний матеріал, щодо депресивних настроїв, захисної поведінки на негативних думок. Люди під час пандемії, у яких присутні негативні автоматичні думки, мали високий рівень ймовірності розвитку депресії або симптомів депресії.

Деякі дослідники вказують, що негативний настрій знижується на початковій фазі соціального дистанціювання під час пандемії. Ймовірно, цей ефект відображав психологічні переваги короткої втечі з напруженого робочого місця та збільшення часу з родиною, однак, через деякий час соціального дистанціювання негативний настрій почав посилюватися. Тривале соціальне дистанціювання може створити стійкий негативний настрій, який призведе до виникнення негативних автоматичних думок [19].

Варто зазначити, що згідно попередніх досліджень люди з вищим рівнем негативних автоматичних думок корелюють із меншою здатністю впоратися з багатьма проблемами під час пандемії COVID-19 і навпаки. Негативні автоматичні думки є значним провісником навичок дезадаптивного подолання [5].

Отже, негативні автоматичні думки у людей, з проявами депресивних станів, які перенесли COVID-19, пов'язані із зниженням якості життя, підвищеним почуттям провини [9]. Деякі дослідження стверджують, що у людей з депресією під час COVID-19 посилюються та проявляються такі негативні автоматичні думки: “життя йде не так, як би хотілось”; “більше нічого не відбудеться добре”; “я просто хочу зникнути” [9].

Висновки до Розділу I

У першому розділі були описані загальні розлади у осіб, які перенесли COVID-19, а саме: депресія, тривога, obsесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад. Спалах COVID-19 спричиняє величезні психологічні проблеми та психіатричні захворювання. Через страх зараження себе або рідних люди використовують захисну поведінку – ізоляцію, що призводить до депресивних станів, пригніченого настрою, негативних автоматичних думок, а відповідно до зміни буденності та життя загалом.

У даному розділі доцільно було згадано про негативні автоматичні думки, які роблять людину когнітивно вразливою до депресії, що згодом, це призводить до захисної поведінки, наприклад уникнення соціальних контактів (ізоляція), що було дуже поширеним під час пандемії. Тобто, згідно, когнітивної моделі депресії Арона Бека, думки призводять до погіршення емоційного стану – а це до неадекватних поведінкових реакцій. Таким чином, коли людина заглиблюється в депресію, тоді починає домінувати негативне мислення і відповідно відбувається погіршення емоційного стану та соціального функціонування [40].

Щоб підсумувати та структурувати все вищесказане, було створено теоретичну модель дослідження, яка описує особливості прояву депресивних станів та вплив COVID-19.

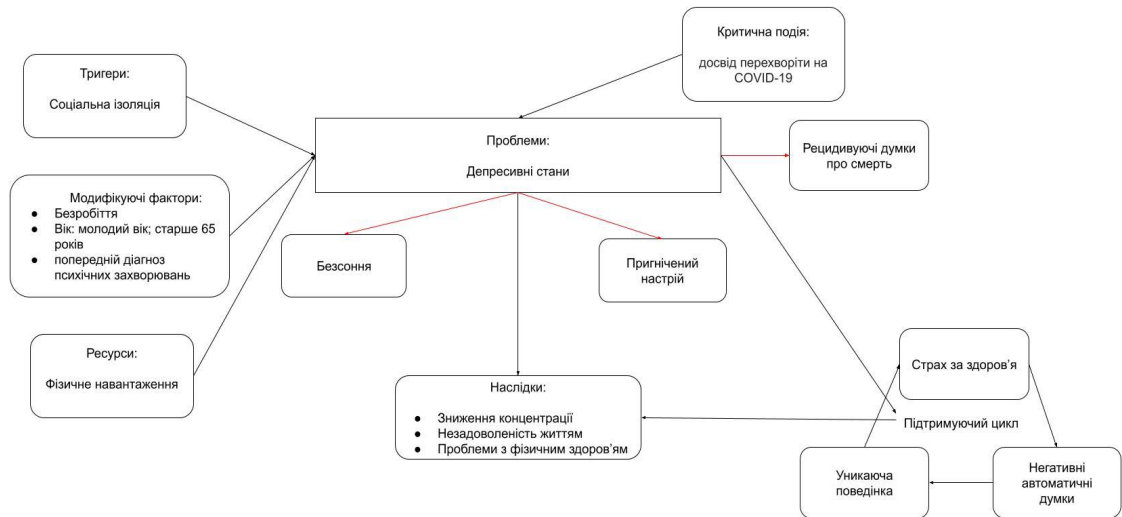


Рисунок 1.2. Теоретична модель дослідження

Розділ II. Теоретико-методологічний аналіз дослідження особливостей прояву депресивних станів серед осіб, які перенесли COVID-19

У даному системному огляді, була низка етапів для організації проведення дослідження, які представленні у рисунку 2.1.

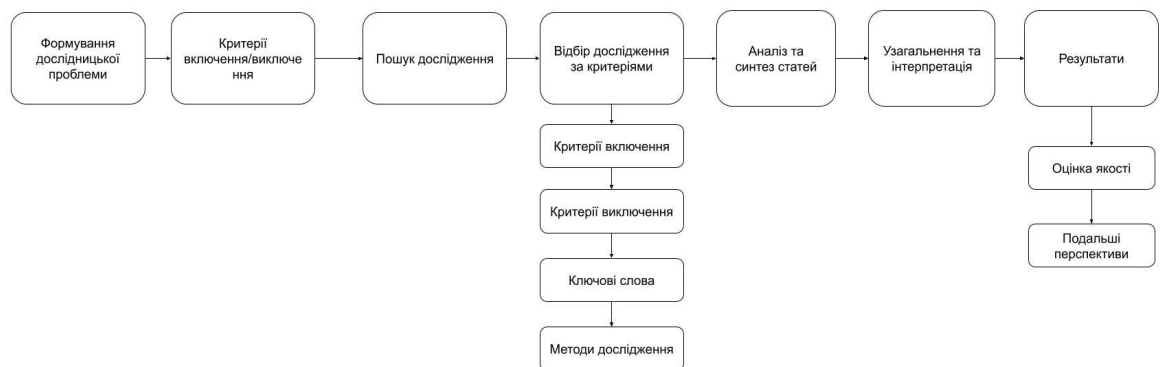


Рисунок 2.1. Етапи проведення дослідження

Формулювання гіпотези та завдань.

Гіпотеза дослідження, яка перевірялась: особам, які перенесли COVID-19 були більше притаманні депресивні стани під час пандемії, включаючи пригнічений настрій, негативні автоматичні думки та унікаючу поведінку.

У відповідності до поставленої гіпотез, завдання полягали у дослідженні депресивних станів у пацієнтів, які перенесли COVID-19, дослідити прояви депресії через модель КПТ за допомогою проведення системного огляду.

Критерії включення, які включають:

1. Питання дослідження

2. Учасників дослідження: пацієнти, які перенесли COVID-19 та пацієнти без COVID-19.
3. Пацієнтів з депресивними ознаками відповідно до критеріїв DSM-5 або ICD-10/ ICD-11.
4. Дослідження, які стосувались проявів депресивних станів при COVID-19.
5. Часові рамки: дослідження опубліковані впродовж останніх 3 років (з 2019 року).

Критерії виключення:

1. Дослідження, які не містять повний доступ до тексту.
2. Мета-аналізи, кейсові дослідження та інші системні огляди.
3. Дослідження, які не включають COVID-19 та депресивних станів.
4. Дослідження, які проводяться в даний момент

Пошук досліджень по темі системного огляду. Пошук здійснювався у таких пошукових системах, як: Oxford Academic, APA PsycNet, PubMed, Academia.edu, Google Scholar, ScienceDirect. Ключовими словами пошуку були: COVID-19, депресія або синонім депресивні стани. Депресивні стани, ми концептуалізували через основні аспекти, які є в патогенезі депресивного стану, а саме: негативні автоматичні думки, тривалий пригнічений настрій та захисна поведінка у вигляді зменшення соціальних контактів, яке пов'язане з депресивними думками.

У наведених пошукових базах було знайдено 85 статей, після вилучення досліджень, які повторювалися чи не підходили за своєю структурою, залишилась 21 стаття. Етапи відбору досліджень для подальшого аналізу представлені в рисунку 2.2.

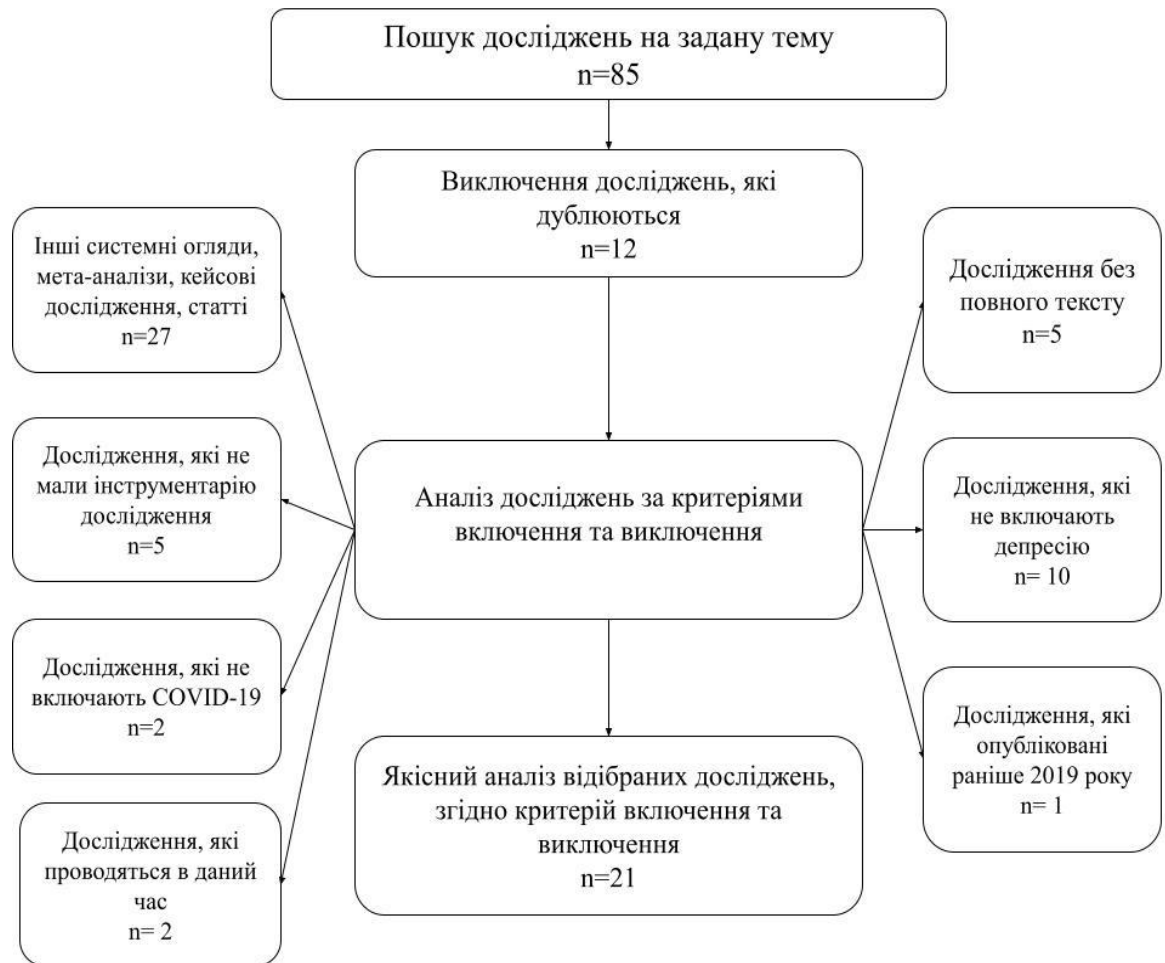


Рисунок 2.2. Етапи відбору досліджень для проведення аналізу.

Критичний аналіз відібраних досліджень. В ході аналізу відібраних досліджень було проаналізовано вступ, метод, мету, гіпотези, учасників, хід дослідження та висновок.

Було звернено увагу на наступні критерії: характеристики учасників (вік, стать, сімейний стан, освіта, зайнятість, економічно соціальний статус), умови проведення (місце, наявність контрольної групи), наявність або відсутність коморбідностей та інших порушень, наявність або відсутність пригніченого настрою, негативних автоматичних думок та захисної поведінки.

У аналізі досліджень зверталась особлива увага на використання методів для оцінки депресивних станів, негативних автоматичних думок та коморбідних розладів. У висновку оцінювались вплив COVID-19 на прояви депресивних станів; коморбідні стани та їх взаємозв'язок із проявами депресії. Звісно, аналізувались і перспективи подальшого дослідження.

На даному етапі магістерської роботи при відборі статей було кілька викликів. По-перше, статті, які були виключені не містили аналізу хоча б контрольної групи осіб, які перенесли COVID-19. По-друге, були статті, які включали необхідні змінні такі, як COVID-19, безсоння, негативні автоматичні думки, однак не містили аналізу депресивних станів. Найбільшим викликом було те, що велика кількість статей були саме мета-аналіз та кейсові дослідження, які відповідали практичній частині даної роботи. Ще одне обмеження було в дослідженнях, які проводяться на даний момент, вони були найактуальніші та досліджували предмет депресивних станів у осіб, які перенесли COVID-19, однак, через те, що результати, які подавались на даний момент не є підтвержені контрольними групами, їх не було включено.

Висновки до Розділу II

У даному розділі були розглянуті етапи, методи та особливості проведення даного системного огляду літератури. Здійснювалось формулювання гіпотез та завдань для подальшого аналізу досліджень.

Описано критерії включення та виключення, представлено етапи відбору досліджень для проведення аналізу. Також, було описано бази, за якими здійснювався пошук, перераховано кількість знайдених досліджень.

РОЗДІЛ III. Результати аналізу відібраних досліджень

3.1 Результати аналізу досліджень

У даному підрозділі представлений аналіз досліджень, які були відібрані для системного огляду літератури на попередньому етапі (Див. Додаток А. Аналіз досліджень для системного огляду літератури).

З 21 відібраного матеріалу, всі дослідження включали депресивні стани та COVID-19. Більше половини досліджень складала саме крос-секційні – 17, також, було 2 – когортних дослідження, і лише 1 описове та 1 дослідження було проведено за допомогою змішаного методу. Дослідження були проведені в країнах Азії, Африки США та Європи, а саме: Китай – 6 досліджень, по 1 дослідженні – В'єтнам, Ірландія, Франція, Німеччина, 2 дослідження – країни Африки, Туреччина – 2, США – 2 дослідження та 2 дослідження, які проводились у 52 країнах світу за допомогою онлайн опитування. Загальний обсяг вибірки досліджень становив 41363, кількість учасників коливалась від 58 до 15704.

У відібраних дослідженнях було декілька способів оцінити потрібні змінні. Для оцінки депресії було використано 9 клінічних самозвітніх шкал депресії (N=18); симптомна шкала депресії (N=1). Для оцінки тривоги було використано 3 клінічних самозвітніх шкал (N=10); 1 не клінічна самозвітня шкала (N=3). Для оцінки негативних автоматичних думок використали 1 власно розроблену анкету; 2 опитувальники НАДів (N=3) (Див. Додаток В. Діагностичний інструментарій дослідження).

1. Вплив соціально демографічних факторів на прояви депресії

Вибірка даних досліджень включала працівників сфери охорони здоров'я (оперуючих лікарів, лікарів-консультантів та лікарів-інтернів), пацієнтів лікарень, будинків престарілих, студентів та школярів. Вікова категорія учасників досліджень становила від 6 до 87 років.

Беручи до уваги демографічні дані, які збирались у кожному з досліджень, можна побачити, що у 8 дослідженнях, в результаті, вказано, що поширеність значущих симптомів депресії в загальній вибірці загалом була вищою серед жінок та людей молодого віку (18-35 років) та у людей із COVID-19, віком від 60 років. Поширеність депресії була значною мірою пов'язана з сімейним станом та професією, оскільки була значна різниця в рівнях депресії між одруженими та самотніми респондентами, а також між студентами та іншими [1].

У одному з досліджень, було проведено порівняння депресії в людей, які перенесли COVID-19 у різних країнах. Результати показали значні розбіжності в зареєстрованій поширеності в чотирьох країнах, у Того 11,18% респондентів мали депресію, у Гаїті 30,86%, у Конго 27,02% і у Руанді 20,66%, ($\chi^2= 23,0$, $p <,0001$) [30]. На основі цих даних, можна сказати, що в залежності від країни та її менталітету, впливу ЗМІ та влади, рівень прояву депресії може коливатись.

Ще одним важливим фактором, який впливав на прояви депресії була втрата роботи, а відповідно фінансового доходу. У дослідженнях було виявлено, що чим вищий дохід, тим нижчий рівень прояву депресивних станів та навпаки, чим нижчий дохід, тим вищий рівень депресивних станів.

Люди з вищою освітою мали вищі шанси на депресію в порівнянні з людьми без вищої освіти ($p=0,001$). У порівнянні з людьми, які мали низький соціальний статус, мали меншу фізичну активність та людьми із

середнім або високим соціальним статусом, які мали більше фізичної активності, відповідно, мали менші шанси на депресію [29].

Згідно побудованої теоретичної моделі, отримані дані, щодо соціально демографічних даних підтверджують, що молоді та старші люди є більш вразливі, через, що піддаються більшому ризику прояву депресії під час COVID-19. Однак, виведені дані, показують, що виникає новий аспект, який не було включено, а саме рівень освіченості. Люди, які мають вищу освіту, інформаційно грамотні та під час пандемії аналізували та фільтрували інформацію, яку подавали ЗМІ та влада, були менш вразливі та мали менший ризик виникнення депресивних станів під час COVID-19.

2. Досвід переживання COVID-19 змінив аспекти пов'язані з поширеністю або ступенем депресивних станів

Існують дослідження, які порівнювали вибірку із людей, які перенесли COVID-19 та людей, які не мали проявів даного вірусу. Дослідники окреслили, що порівняно із контрольними групами, які не мали симптомів вірусу, у пацієнтів з COVID-19 був вищий рівень депресії. Значна частина пацієнтів повідомила про симптоми депресії – 60,2%, коли в учасників контрольної групи, які не хворіли на COVID-19 спостерігалися симптоми депресії у 31,1%, що було значно нижчим коефіцієнтом ($\chi^2 = 17,61$, $P < 0,001$) та свідчило про те, що особи, які перенесли COVID-19, більш вразливі до проявів депресивних станів [20].

У дослідженнях, де була контрольна група, або група порівняння, у результатах було показано, що до перенесеного COVID-19 не було, або були низькі прояви депресивних станів, або ж у осіб, які не мали симптомів COVID-19 була відсутня депресія чи лиш проявлялась одиничними симптомами.

У двох дослідженнях було порівняно психічний стан та маркери запалення пацієнтів, які під час госпіталізації мали позитивний результат на COVID-19 з симптомами депресії та осіб, які не мали депресивних симптомів. Протягом проведення дослідження, а саме 14 днів, у пацієнтів без депресивних симптомів відзначали значне поліпшення рівня С-реактивного білка, тоді як у пацієнтів з депресивними симптомами статистичних змін не виявлено, він був досить високим. Саме тому, дослідники визначили позитивний зв'язок між особливостями депресії та рівнем С-реактивного білка [20].

Соціальна ізоляція та самотність пов'язані з негативними психічними та фізичними проблемами, такими як депресія та тривога. Також, визначено, що літні люди, які перебували на самоізоляції під час перенесення COVID-19, мали підвищені потреби у покращенні здоров'я, догляді, прибиранні, економічній та харчовій потребі, що, теж, спричинило підвищення їх рівня тривоги та депресії [32].

Отже, порівняння двох груп дало нам розуміння того, що ознаки депресивних станів проявлялись сильніше саме під час та після COVID-19, а у людей, які не мали будь-яких симптомів даного вірусу були поодинокі або взагалі відсутні депресивні стани. Згідно даних, які описані вище важливо виокремити саме зв'язок маркерів запалення та депресивних станів, адже, чим більший рівень запалення в організмі, тим вищі прояви депресивних станів. Завдяки даному зв'язку можна виокремити гіпотезу для подальших досліджень, що ступінь важкості депресії під час пандемії залежить від рівня важкості перенесеного COVID-19.

3. Депресивні стани

COVID-19 ізолював людей на довгий час та зробив різкі зміни в їхньому повсякденному житті та опіці, яку вони отримують, а таким чином, призвів до підвищеного рівня депресії. У більшій половині

досліджень доведено, що близько 80% учасників, в яких виявили депресивні стани мають поганий сон, не відчують задоволення від життя, мають стійке відчуття смутку та дратівливість [18].

Більшість досліджень детально не описує самі симптоми депресивних станів, а подають загально, що у людей, які перенесли COVID-19 присутня депресія та має вищий рівень, аніж, люди, які не мали жодних симптомів COVID-19. Однак, були виділені наступні симптоми депресії, які найчастіше вказували у дослідженнях, а саме: пригнічений настрій, поганий сон, зменшення задоволення від життя, зниження концентрації, рецидивуючі думки про смерть. Пригнічений настрій проявляється протягом дня, впродовж самого COVID-19 та навіть після одужання. Поганий сон присутній не лише у людей, які перенесли COVID-19, але й у людей без жодних симптомів, а все тому, що люди відчували тривогу, щодо можливого зараження, чи не є вони переносниками вірусу та чи не заразять вони рідних, які є в групі ризику. Зменшення задоволення від життя люди відчували одразу, як тільки почали говорити про ймовірність поширення даного вірусу, однак, даний симптом посилювався, коли людина отримувала позитивний тест на COVID-19 та вказували, що життя вже не буде таким, як раніше та немає вже сенсу думати про майбутнє. Рецидивуючі думки про смерть проявлялись у малої кількості людей, в більшості, які перенесли COVID-19 у важкій формі.

Люди, які не мали жодних симптомів COVID-19, вказували, що через вимушену ізоляцію із симптомів депресії у них були лише прояви пригніченого настрою, однак, часто вони знаходили ресурси, який допомагав позбавлятися даного симптому; також, згадували про безсоння, яке було через тривогу. Декілька досліджень вказувало, що саме регулярна фізична активність є важливим довгостроковим і

безпосереднім фактором зменшення симптомів тривоги та депресії під час епідемії [1].

Ці дані свідчать про те, що у більшості людей, які перенесли COVID-19 проявлялись однакові депресивні симптоми, однак різними ступенями сили, звісно, варто враховувати й індивідуальні властивості особистості. Варто зазначити, що після перенесеного COVID-19 виникають когнітивні порушення, які знижують якість рівня життя. Отже, даний аналіз підштовхує до того, що під час перенесення даного вірусу потрібно робити альянс між пацієнтом, лікарем-терапевтом та клінічним психологом або психіатром для своєчасного виявлення симптомів депресії, ефективного лікування та підтримуючої терапії.

Залишається ще відкритим питання, щодо рецидивуючих думок про смерть у людей, які перенесли COVID-19 у важкій формі. Так, як дана тема не є до кінця розкрита, отримані дані наштовхують на те, що варто дослідити, який зміст цих думок, що призводить до їх виникнення та чи не є вони побічною дією ліків, які використовують для лікування важкої форми COVID-19.

4. Коморбідні стани

Супутніми порушеннями або коморбідними розладами найчастіше були: тривога (81%), стрес (15%), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР – 15%) та obsесивно-компульсивний розлад (ОКР – 9,5%), соціальна фобія (1%), біполярний розлад (0,5%) та розлад харчової поведінки (РХП - 1%), тривога за здоров'я (1%), синдром дефіциту уваги (0,5%).

Якісний аналіз досліджень показав, що основними факторами, пов'язаними зі сприйняттям пацієнтом депресії та стресу від діагнозу COVID-19, були несподіваність захворювання, втрата контролю (невпевненість) і відчуття безсилля, а також, посттравматичні симптоми.

Останнє включало уникнення стресових переживань, звинувачення інших та сильне негативне почуття страху, провини та безпорадності.

Окрім депресії, у пацієнтів, які перенесли COVID-19 спостерігався високий рівень тривожних розладів, які проявлялась високим або помірним рівнем тривоги за власне здоров'я, за здоров'я сім'ї або рідних, щодо фінансового становища, щодо лікування, яке надавалось та щодо розвитку супутніх психічних захворювань. Також, через страх заразитись, пацієнти надмірно все контролювали (свої дії та дії рідних), мали компульсивні дії, а саме, часто мили руки, дезінфікували поверхні та носили засоби індивідуального захисту [21]. У літніх людей, які перебували на домашньому карантині, підвищений рівень тривоги підвищив рівень депресії.

Близько 5% респондентів мили руки з милом після дотику до предметів, прикривали рот під час кашлю або чхання, і носили маски незалежно від наявності чи відсутності симптомів які спершу розцінювались, як запобіжні заходи, а згодом переросли у компульсії [21].

У декількох дослідженнях було вказано й про такі супутні захворювання, як цукровий діабет, гіпертонія.

Важливо вказати, що більшість порушень психічного здоров'я розвивались під час перенесення хвороби або ізоляції, що було окреслено в теоретичній моделі та є підтвердженим. У даній магістерській роботі дослідження коморбідних станів не були завданням, однак, були внесені до аналізу статей, тому, окрім високого рівня розвитку ОКР та тривоги під час даної пандемії цікавим фактом стало те, що багато досліджуваних вказували, що було притаманне посилене звинувачення інших, яке, теж, мало негативний вплив на даних осіб.

Отримані дані, щодо коморбідних станів можуть допомогти глибше вивчити симптоми, що присутні в людей, які перенесли

COVID-19 та як діяти, щоб розвиток даних станів у майбутньому мінімізувався та не призводив до погіршення фізичного та психічного стану.

5. *Особливості пригніченого настрою, негативних автоматичних думок та захисної поведінки*

Згідно КПТ, модель депресії зосереджується на негативних думках про себе, інших людей та світ загалом, тому було включено 4 дослідження, у яких вказано на нав'язливі та негативні автоматичні думки, які походять через пригнічений настрій та призводять до важких проявів депресії, які погіршують фізичний стан та, відповідно, до супутніх захворювань. Результати досліджень показали збільшення нав'язливих думок та роздумів під час самоізоляції порівняно з фазою до карантину. Дані думки мають негативно забарвлений характер та стосуються здоров'я, подальшого життя та інших людей. У одному з досліджень, було вказано, що перебуваючи на ізоляції, пацієнти були впевнені, що заражать своїх рідних, наприклад: “я ненавиджу себе, тому, що заражу свою сім'ю”; також, вказували, що їх “життя буде похмуре після COVID-19” [27].

Варто згадати про соціальну ізоляцію, яка вплинула на психічне здоров'я людей та, теж, вплинула на прояви нав'язливих, автоматичних думок. Однак, близько 5% осіб ізоляцію використовували, як захисну поведінку, через НАДи, щодо свого здоров'я та рідних, що, в свою чергу, призводило до проявів депресії та суїцидальних думок.

Більшість досліджень показало, що особи, які перебували на ізоляції з рідними, спершу, мали позитивні відчуття та думки, адже, до цього через роботу вони не приділяли часу сім'ї, однак, через певний проміжок часу спільного перебування, більшість респондентів вказало на те, що перебування зі сім'єю є запуском пригніченого настрою, дратівливості, тривожності та негативних автоматичних думок.

Дослідники вказували, що люди, які переносили COVID-19 були змушені перебувати на ізоляції, що призводило до пригніченого настрою, безсоння та виснаження, а це в свою чергу призводило до негативних автоматичних думок, які погіршували якість життя. Звісно, були дослідження у яких респонденти без симптомів COVID-19 вказували про негативні автоматичні думки, щодо того, що можуть заразитись, через це вони йшли на вимушену ізоляцію та мали пригнічений настрій, через думки, щодо зараження, однак, вони були легшими через те, що була захисна поведінка та можливість використовувати засоби індивідуального захисту. Тобто, можна сказати, що люди, які перенесли COVID-19 чи ті, які не мали симптомів даного вірусу говорять про замкнене коло, яке складається з соціальної ізоляції, пригніченого настрою та негативних автоматичних думок, однак, воно починається, в залежності від групи дослідження, із різних компонентів та відзначається різниця між рівнем перенесення депресивних станів.

Дані змінні, насправді, є важливими, однак, найменш дослідженими. По-перше, складно вказати, які негативні автоматичні думки були в людей до та під час пандемії COVID-19. У дослідженнях із контрольними групами, найбільше вказується про НАДи, щодо себе та навколишнього світу, однак, через малу кількість досліджень, важко сказати чи вони не до кінця вивчені, чи все ж, таки саме ці види є найбільш притаманні особам, які перенесли COVID-19. По-друге, захисна поведінка в дослідженнях вказана, як соціальна ізоляція та ритуали, які зменшують рівень тривоги та прояви негативних автоматичних думок, однак, згідно теоретичної моделі та аналізу досліджень, дана поведінка може, і навпаки, породжувати цикл, який призводить до депресивних станів.

3.2. Перспектива дослідження

Проаналізувавши дані дослідження, я спостерігала, що лише 4 дослідження оцінили будь-які прояви негативних автоматичних думок, які насправді є дуже важливими при COVID-19, а особливо депресивних станах. Гадаю, щоб досягти саме ефективного лікування даного вірусу та зробити правильні протоколи лікування, потрібно враховувати й психічне здоров'я, яке дуже страждає, однак, лише через припущення та без наукових даних, буде складно побачити, з якими когніціями потрібно працювати клінічному психологу в першу чергу. Саме тому, вважаю, що в подальшому для підтвердження гіпотези, яку було досліджено у даному системному огляді, доцільним в майбутньому є проведення дослідження метою якого було б дослідити особливості негативних автоматичних думок у пацієнтів із проявами депресії, які перенесли COVID-19. Рівень депресії в учасників можна буде оцінити за допомогою опитувальника PHQ-9; прояви негативних автоматичних думок за допомогою Автоматичного опитувальника думок (ATQ-30), який оцінює негативні думки, які пов'язані з депресією серед дорослих, та бланку тестування думок. Вибірка може бути розділена на 4 групи: особи, які хворіли на COVID-19 у легкій формі; особи, які хворіли на COVID-19 у середній формі; особи, які хворіли на COVID-19 у важкій формі; особи, які не хворіли на COVID-19 (контрольна група); де кожна форма COVID-19 підтверджувалась лікарями. Для того, аби дізнатись, як рівень важкості перенесеного COVID-19 у пацієнтів з депресією впливає на особливості проявів НАДів та чи є ці ж думки у людей під час пандемії, які не хворіли на даний вірус потрібно задіяти контрольну групу, щоб побачити процес створення негативних автоматичних думок у людей із депресивними станами без COVID-19 та порівняти

особливості процесу створення із пацієнтами, які перенесли COVID-19. Для порівняння даних груп одночасно, щоб визначити, чи існує між ними зв'язок можна використати багатofакторний дисперсійний аналіз.

Проведення даного дослідження ще не є повністю сформоване, однак, через вище проаналізовані дослідження, з'являється мотивація завершити всі кроки та розпочати збір даних, які згодом можна буде проаналізувати та дослідити зв'язок, який може дійсно допомогти клінічним психологам у роботі з пацієнтами, які перенесли COVID-19 та мають депресивні стани.

Висновки до Розділу III

У даному розділі було проаналізовано 21 обране дослідження. У кожному дослідженні увага була приділена вибірці, інструментам оцінювання, також, виділено результати кожного з досліджень.

Згідно теоретичної моделі дослідження, модифікуючими факторами нашої проблеми, а саме депресивних станів, був молодий вік та старше 65 років, у даному розділі аналізом досліджень було підтверджено, що люди даного віку дійсно піддаються більшому ризику виникнення депресії під час COVID-19. Однак, було виявлено аспект, який не входив до теоретичної моделі, рівень освіченості, тобто, чим вищий рівень освіти, тим нижчий рівень прояву депресивних станів.

Завдяки аналізу досліджень було виокремлено гіпотезу для нового дослідження, а саме зв'язок важкості депресії під час пандемії та рівня важкості перенесеного COVID-19, що також є актуальним та в майбутньому може розширити теоретичну модель, яка була нами побудована.

Аналіз досліджень вказав на те, що пригнічений настрій, поганий сон, зменшення задоволення від життя, зниження концентрації, рецидивуючі думки про смерть є симптомами депресії у людей, які перенесли COVID-19, це свідчить про те, що отримані результати змінюють нашу теоретичну модель, де дані аспекти є розділені на дві групи: симптоми та наслідки.

Якісний аналіз досліджень, підтвердив підтримуючий цикл у теоретичній моделі, де через страх за здоров'я у людини проявляються негативні автоматичні думки, звідси походить уникаюча поведінка. Звісно, можна, побачити, що деякі відсотки вибірки, спершу вказували на тригер: вимушена соціальна ізоляція, звідки виникали негативні автоматичні думки, а згодом страх за здоров'я.

Отже, у даному розділі було проведено аналіз досліджень, які доповнили теоретичну модель дослідження, модифікуючими факторами, збільшили обсяг депресивних станів, однак, змінили наслідки депресивних станів під час COVID-19, а саме збільшується ризик розвитку когнітивних порушень, які погіршують якість життя. Деякі категорії аналізу, залишили відкриті питання, які варто дослідити в майбутніх дослідженнях.

ВИСНОВКИ

Завдяки системному огляду літератури вдалось зрозуміти, що COVID-19 впливає на прояви депресії, що в свою чергу впливає на психічне здоров'я людей загалом, соціальне життя людини, на якість та задоволеність життям.

Відповідно до завдання, даної магістерської роботи, можна сказати, що дослідження, які були проведені на світових теренах, щодо психічного здоров'я при COVID-19 вказують, що найбільш поширеним розладом є депресія. Однак, якщо говорити про психічне здоров'я загалом, тоді, варто згадати, що при COVID-19 у людей підвищена тривога, проявляються симптоми ОКР, стресу, інсомнії.

Одне із завдань системного огляду було дослідити особливості проявів депресії у осіб з COVID-19, тому, результати аналізу досліджень, вказують на те, що під час пандемії COVID-19, найпоширенішими були депресивні стани, які включали в себе безсоння, пригнічений настрій, рецидивуючі думки, незадоволеність від життя, зниження концентрації.

Згідно поставленого завдання, було сформовано теоретичну модель, яка розкриває особливості депресивних станів в період пандемії, однак, отримані результати доповнюють її модифікуючими факторами, де не було враховано рівня освіченості; наслідками, а саме, порушення когнітивної сфери, які погіршують якість життя. Однак, завдяки теоретичній моделі дослідження та результатим аналізу, можна підтвердити, що депресивні стани у осіб, які перенесли COVID-19 підтримувались циклами, які й призводили до негативних наслідків. Ресурсами у людей при COVID-19 дійсно були фізичні навантаження, які допомагали справлятися із депресивними проявами та переключати увагу на іншу діяльність. Важливо підкреслити, що тригерами під час

пандемії була соціальна ізоляція, однак, результати аналізу дозволили глибше пізнати та описати даний аспект, а саме, показали, що тривалий час перебування з сім'єю, також, призводить до тривоги, дратівливості, пригніченого настрою та негативних автоматичних думок.

Були враховані та описані коморбідні стани, які можуть посилювати депресію, так, наприклад, у людей старшого віку, які перенесли COVID-19 тривога посилювала депресивні стани, які призводили до погіршення психічного та фізичного здоров'я, де тригер соціальна ізоляція запускав увесь процес прояву депресивних станів.

Завдяки даному системному огляду, було поставлено кілька відкритих запитань для майбутніх досліджень, щодо рецидивуючих думок про смерть, їх походження, зв'язок із пандемією та глибше розкриття негативних автоматичних думок про себе, інших та світ, які можуть погіршувати фізичний стан осіб, які переносять COVID-19. Однак, й було описано клінічну користь даного аналізу досліджень, яка полягає, по-перше, важливо звертати увагу на лише на фізичні прояви, а й на психічні, які можуть бути, як коморбідностями, так і побічними діями лікування, однак, їх варто лікувати паралельно із самим вірусом, щоб досягти високого ефекту лікування; по-друге, в створенні альянсу між пацієнтом, терапевтом та клінічним психологом, психіатром. Також, було вказано на подальші перспективи досліджень для розширення даної проблеми, яка є доволі новою.

Отже, можна зробити висновок, що депресія корелює із вірусом COVID-19. Тому, завдяки аналізу даних досліджень, можна сказати, що гіпотеза про те, що особи, які перенесли COVID-19 мають більш виражені за тяжкістю депресивні стани, під час пандемії підтверджується. Однак, гіпотезу, що зміст негативних автоматичних думок у людей, які перенесли COVID-19 може відрізнитись від людей, які не мали досвіду COVID-19 наразі неможливо підтвердити через те,

що проведено дуже мало досліджень саме, щодо даного об'єкту та з контрольними групами, де можна порівняти зміст НАДів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Anxiety and depression during the COVID-19 pandemic in Kuwait: the importance of physical activity - Middle East Current Psychiatry. *SpringerOpen*.
URL: <https://mecp.springeropen.com/articles/10.1186/s43045-020-00065-6>.
2. Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. Hyland P., Shevlin M., McBride O., Murphy J., Karatzias T., Benta R. P., Martinez A., Vallieres F. 2020.
URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.13219>
3. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. Mario Gennaro Mazza, Rebecca De Lorenzo, Caterina Conte, Sara Poletti, Benedetta Vai, Irene Bollettini, Elisa Maria Teresa Melloni. 2020.
URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120316068?via%3Dihub>
4. A randomized trial in the investigation of anxiety and depression in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Home - Annals of Palliative Medicine*.
URL: <https://apm.amegroups.com/article/view/63520/html>.
5. A study of the relationship between negative and positive automatic thoughts and coping skills and students' life satisfaction among undergraduate students in Malaysia. A research project. Joshua Mok Lun Hua. Malaysia. 2021.
URL: http://eprints.utar.edu.my/4034/1/fyp_GC_2021_MJLH_-_1807150.pdf
6. Bottesi G. Health anxiety predicts the perceived dangerousness of COVID-19 over and above intrusive illness-related thoughts, contamination symptoms, and state and trait negative affect. *Academia.edu - Share research*.

URL:https://www.academia.edu/58492671/Health_Anxiety_Predicts_the_Perceived_Dangerousness_of_COVID_19_over_and_above_Intrusive_Illness_Related_Thoughts_Contamination_Symptoms_and_State_and_Trait_Negative_Affect.

7. Coronavirus. *WHO | World Health Organization*.

URL: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.

8. COVID-19 related depression and anxiety among quarantined respondents. *Taylor & Francis*.

URL:<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08870446.2020.1782410>.

9. COVID-19-related psychological manifestations during lockdown among India's working population: an online survey. Deepak Malik, Sunil Kumar, Yogita Sharma V. N. Yadav.

URL:https://www.researchgate.net/profile/Deepak-Malik-8/publication/353195749_COVID-19-related_psychological_manifestations_during_lockdown_among_India's_working_population_an_online_survey/links/610d06421e95fe241ab3c355/COVID-19-related-psychological-manifestations-during-lockdown-among-Indias-working-population-an-online-survey.pdf

10. Dahlan R. H. COVID 19–depression and neurosurgeons. *Academia.edu - Share research*.

URL:https://www.academia.edu/72171240/COVID_19_Depression_and_Neurosurgeons.

11. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. Rümeyza Yeni Elbay, Ayşe Kurtulmuş, Selim Arpacıoğlu, Emrah Karadere. 2020.

URL:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120312038>

12. Depression and anxiety during the COVID-19 pandemic in an Urban, Low-Income Public University Sample. Rudenstine S., McNeal K., Schulder T., Ettman C. K., Hernandez M. 2020.

URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jts.22600>

13. Depression, suicidal thoughts, and burnout among physicians during the COVID-19 pandemic: a survey-based cross-sectional study - academic psychiatry. *SpringerLink*.

URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40596-021-01490-3>.

14. Depression. *WHO | World Health Organization*.

URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

15. Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste. Filip Caby, Andrea Caby. Teile 1. 2017.

16. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *PubMed Central (PMC)*.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152913/>.

17. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. Cindy H.Liu PhD, Zhang E., Hyun S. PhD. 2020.

URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120311185?via%3Dihub>

18. High depression and anxiety in people with Alzheimer's disease living in retirement homes during the covid-19 crisis. *PubMed Central (PMC)*.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7357507/>.

19. How does social distancing during COVID-19 affect negative moods and memory? Weiwei Zhang, Fei Gao, Julien Gross, L. J. Shrum, Harlene Hayne. 2020.

20. Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: a mixed-method study. *PubMed Central (PMC)*.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7235603/>.

21. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *MDPI*.

URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729/htm>.

22. Identifying Negative Automatic Thought Patterns. Stress & Development Lab.

URL: <https://sdlab.fas.harvard.edu/cognitive-reappraisal/identifying-negative-automatic-thought-patterns>.

23. Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany / B. Alexander et al. *OUP Academic*.

URL: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/42/4/672/5869903?login=false>.

24. Investigating the relationship between depression, negative automatic thoughts, life satisfaction and symptom interpretation in Turkish young adults. 2017

25. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic | Rivista di Psichiatria. *Rivista di Psichiatria*.

URL: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3382/articoli/33569/>.

26. Mental health. *WHO | World Health Organization*.

URL: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_3.

27. Mood-congruent negative thinking styles and cognitive vulnerability in depressed COVID-19 survivors: A comparison with major depressive disorder. Francesco Benedetti, Mariagrazia Palladini, Greta D'Orsi, Roberto Furlan, Fabio Ciceri. 2021-2022.

28. Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review. Olivier Renaud-Charest, Leanna M.W.Lui, Sherry Eskander, Felicia Ceban, Roger Ho, Joshua D.Di Vincenzo, Joshua D. Rosenblat, Yena Lee, Mehala Subramaniapillai, Roger S. McIntyre. 2021.

URL:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239562100594X?via%3Dihub>

29. People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. *MDPI*.

URL: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/4/965/htm>.

30. Prevalence and correlates of depression during the COVID-19 pandemic and the major role of stigmatization in low- and middle-income countries: A multinational cross-sectional study. Jude Mary Cénat, Pari-Gole Noorishad, Cyrille Kossigan Kokou-Kpolou, Rose Darly Dalexis. 2021

URL:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121000111>

31. Sleeplessness in COVID-19 pandemic: Lockdown and anxiety. Gaowen Kong, Dongmin Kong, Lu Shi. India. 2022.

32. The effect of anxiety levels of elderly people in quarantine on depression during covid-19 pandemic. *Taylor & Francis*.

URL:<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19371918.2020.1868372>.

33. The moderating effects of positive and negative automatic thoughts on the relationship between positive emotions and resilience. Michael W. Judd. 2016

34. Vitamin D, depressive symptoms, and covid-19 pandemic. *Frontiers*.

URL:<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2021.670879/full>.

35. Selina Vogt. Depression verstehen. 2020. nymphenburger in der Franckh-Kosmos Verlags-GmbH&Co.KG.

36. Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. Perna Varma, Moira Junge, Hailey Meaklim, Melinda L.Jackson. 2021.

URL:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584620305522>

37. Дімітропулос В., Гініге. А., Хойл. Ф. МКХ-10-АМ. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд, Австралійська модифікація. Табличний перелік. Десяте видання. 2017.
38. Козловська А. COVID-19 та депресія: що нового у сфері сучасної психофармакології. 2020.
URL:<https://brintellix.com.ua/wp-content/uploads/2021/08/COVID-19-and-depression.pdf-Adobe-Acrobat.pdf>
39. Одінцова А.М., Одінцова В.М. Феномен перфекціонізму особистості в руслі когнітивно-поведінкової терапії // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. Херсон, 2015. Вип. 2.Т. 1. С. 61- 64.
40. Радул І. Г. Депресивність як психологічний феномен. Вип.11. К.-Ніжин: ПП Лисенко. 2018. С. 163-172.
41. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. НейроNews. Львів. 2008. Вип. 6.
42. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. 112 с.
43. ЮНІСЕФ: Негативний вплив COVID-19 на психічне здоров'я дітей та молоді – це лише вершина айсберга. *UNICEF*.
URL:<https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/impact-covid-19-poor-mental-health-children-and-young-people-tip-iceberg>.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А. Аналіз досліджень для системного огляду літератури

№	Authors/ Years	Study design/ study	N	Age	Protect ive behavi or	Characteri stics of depressed mood	Comor bid conditi ons and disorde rs	Gener al health disord ers	Assessm ent method	Results
1	Cuiyan Wang, Riyu Pan, Xiaoyang Wan, Yilin Tan, Linkang Xu, Cyrus S. and Roger C., 2020	cross-se ctional	1210	21+	Compulsi ons	oppression, insomnia, loss of life satisfaction	Anxiety, stress	COVID- 19	Impact of Event Scale-Rev ised (IES-R); DASS	53,8% респондентів оцінили психологічний вплив спалаху як помірний або важкий; 16,5% повідомили про помірні та важкі симптоми депресії; 28,8% повідомили про помірні та важкі симптоми тривоги; і 8,1% повідомили про рівень стресу від середнього до сильного.
2	Hoang C. Nguyen, Minh H. Nguyen, Binh N. Do, Cuong Q., Thao T. P. Nguyen, Khue M. Pham, Linh V. Pham, Khanh V., Trang T. Duong, Tien V., Thai H. Duong., 2020	cross-se ctional	3947	18-85	Isolation	Not indicated	Not indicated	COVID- 19/ without COVID- 19	PHQ-9; HRQoL; HLS-SF1 2; IPAQ	У двовимірному аналізі ймовірність депресії була значно вищою у людей із S-COVID-19-S, віком від 60 років і з супутніми захворюваннями (p < 0,05). Імовірність депресії була значно нижчою у людей з вищою освітою, яким було дуже або досить легко платити за ліки, із середнім або високим соціальним статусом, які харчувалися здоровіше, мали більше фізичної активності та мали вищу грамотність, щодо здоров'я порівняно з іншими
3	P.Hyland, M.Shevlin, O. McBride, J.Murphy, T.Karatzias, R.P.Benta, A.Martinez, F.Vallieres, 2020	cross-se ctional	1041	18-34	Not indicated	Not indicated	Anxiety	COVID- 19	GAD-7; PHQ-9	У 20 % були симптоми ГТР, 22,8% вказали про наявність депресії і 27,7% віднесли до категорії пацієнтів, які мали прояви або ГТР, або депресії. Жінки мали вищі показники ГТР 22,4% проти 17,5%, депресії 26,3% проти 18,9% і ГТР або депресії 32,8% проти 22,1%.
	Qian Guo, Yuchen Zheng, Jijun Wang,	mixed- method	206	18+	Isolation, blaming others	oppression, life dissatisfactio n, bad mood	PTSD, stress, anxiety	COVID- 19/ without COVID-	PHQ-9, PSS-10	Протягом проведення дослідження у пацієнтів без депресивних симптомів відзначали

4	Guanjun Li, 2020							19		значне поліпшення рівня С-реактивного білка ($t = 3,76$, $P = 0,001$), тоді як у пацієнтів з депресивними симптомами статистичних змін не виявлено, він був досить високим ($t = 1,36$, $P = 0,179$). Більше того, зміна рівня С-реактивного білка від вихідного рівня зворотно корелювала із загальним показником PHQ-9 ($R = -0,31$, $P = 0,002$) на момент опитування, що вказує на те, що покращення рівня С-реактивного білка могло призвести до менших симптомів депресії на час опитування. Тенденційний зв'язок між зміною рівня С-реактивного білка та загальним балом PHQ-9 також спостерігався серед пацієнтів із депресивними симптомами.
5	Yeen Huang, Ning Zhao, 2020	cross-sectional	7236	6-80	avoidance of reminders of current conditions	insomnia, oppression, NAT	GAD	COVID-19/ without COVID-19	GAD-7; CES-D (The Center for Epidemiology Scale for Depression); PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index)	Результати дослідження показали збільшення нав'язливих думок та роздумів під час самоізоляції порівняно з фазою до карантину. Більше того, когнітивний дискомфорт, когнітивні збої, нав'язливі думки та роздуми були негативно пов'язані з усвідомленістю пов'язаною з COVID-19.
6	Mario Gennaro Mazza, Rebecca De Lorenzo, Caterina Conte, Sara Poletti, Benedetta Vai, Irene Bollettini, Elisa Maria Teresa Melloni, 2020	prospective cohort study	402	18-87	Compulsions	Not indicated	PTSD, anxiety, OCD, insomnia	COVID-19	BDI-13, STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory form Y), Medical Outcomes Study Sleep Scale, Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale (WHIIRS), Obsessive-Compulsive Inventory	Дослідники вказали, що у тих хто пережив COVID-19, спостерігається висока поширеність виникнення психіатричних наслідків. У тих, хто вижив, спостерігається висока частота прояву посттравматичних стресових розладів, великої депресії та тривоги.

7	Salman Sharif, Faridah Amin, Mehak Hafiz, Edward Benze, Nikolay Peev, Rully Hanafi Dahlan, Yavor Enchev, Paulo Pereira, Sandeep Vaishya, 2020	cross-sectional	375	18+	search for social support	irritability, vulnerability, bad mood, oppression, suicidal thoughts	Anxiety, insomnia	COVID-19/without COVID-19	SRQ -20 (Self-Reporting Questionnaire 20)	Тривога та депресія були менш імовірними серед тих, хто мав незначні (n=4; 10%) і помірні занепокоєння (n=3; 4.7%) за здоров'я своїх сімей порівняно з учасниками, які були тотально занепокоєнні, щодо здоров'я сім'ї під час поточної ситуації з COVID-19 (n=45; 16.6%).
8	Claudio Sica, Corrado Caudek, Silvia Cerea, Ilaria Colpizzi, Maria Caruso, Paolo Giuliani, Gioia Bottesi, 2021	cross-sectional	742	18+	excessive control, compulsions	emotional sensitivity, depressed mood, insomnia, NAT	Anxiety, OCD	COVID-19	Perceived Dangerousness of Infection Questionnaire (PDIQ), Health Anxiety Questionnaire (HAQ), The Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts (QUIT), The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), DASS-21	Хоча тимчасові нав'язливі думки про хворобу та її наслідки можуть виникнути у будь-якої людини під час пандемії, надмірна заклопотаність і занепокоєння про своє здоров'я — які характерні для тривоги щодо здоров'я та відображені в балах анкети тривоги за здоров'я — виявляються більш релевантними для сприйняття небезпеки COVID-19.
9	Francesco Benedetti, Mariagrazia Palladini, Greta D'Orsi, Roberto Furlan, Fabio Ciceri, 2021-2022	prospective cohort study	729	18-60	Not indicated	negative thinking, negative mood, NAT	Not indicated	COVID-19/without COVID-19	Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS), Cognition Questionnaire (CQ)	Депресивний когнітивний стиль при оцінці гіпотетичних подій (оцінки опитувальника когніції) у пацієнтів із депресією після COVID-19, продемонстрував проміжні рівні тяжкості за всіма параметрами між пацієнтами без депресії після COVID та пацієнтами із Великим депресивним розладом ($p < 0,05$). Загальний бал когнітивного опитувальника суттєво вплинув на тяжкість

										симптоматики депресії за оцінкою ZSDS ($\chi^2 = 84,60$, $p < 0,0001$), при цьому пацієнти, які пережили COVID, і пацієнти з ВДР розподілялися по одному градієнту прогресуючої тяжкості, що призвело до значного групового ефекту (гірші бали у пацієнтів з ВДР $\chi^2 = 172,76$, $p < 0,0001$).
10	Fang Tang, Jing Liang, Hai Zhang, Qiqiang He, Peigang Wang, 2021	cross-sectional	1160	18-49	Not indicated	exhaustion, irritability, insomnia, and indecisiveness, loneliness	Anxiety	COVID-19	Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D-20), Goldberg Depression, GAD-7	Лише 26,47% (95% CI: 23.93–29.00) респондентів повідомили про симптоми депресії, а респонденти, які перебували на карантині в незаражених районах [55.25% (95% CI:48.40–61.95)] повідомили про значно вищий рівень депресії, ніж ті, які перебували на карантині в уражених районах [36.05% (95%CI:28.87–43.22)] та тих, хто не перебуває на карантині [16.12% (95% CI:13.53–18.72)] ($\chi^2=143,610$, $p < 0,001$).
11	Purna Varma, Moira Lunge, Hailey Meaklim, Melinda L.Jackson, 2021	cross-sectional	1653	18+	Not indicated	Insomnia	Anxiety, stress, BAD, PTSD, ADHD	COVID-19	PHQ-9, State Trait Anxiety Inventory (STAI), Perceived Stress Scale (PSS), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	У вибірці спостерігалися високі показники стресу: у 70% респондентів виявили помірний рівень стресу. Помірний або вищий рівень депресії відзначено у 39% респондентів. Переважна більшість респондентів під час дослідження перебували в режимі самоізоляції- 89%, а 61% працювали вдома. У цій вибірці у 18% осіб було діагностовано психічний розлад до пандемії COVID-19. Поширеними діагнозами були тривога та депресія, за якими слідували синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, біполярний розлад та посттравматичний стресовий розлад.
	Hilal Yildirim, Kevser İşik, Rukuye Aylaz, 2021	descriptive study	556	65-74	Social isolation	insomnia, loss of life satisfaction and social contacts, loneliness	Anxiety, Hypochondria	COVID-19	Geriatric Depression Scale, Trait Anxiety Inventory	Найвищий та найнижчий вплив тривожності на депресію спостерігався у літніх людей 65–74 років ($\beta = .720$, $p < .001$) та 75–84 років ($\beta = .606$, $p < .001$) відповідно. Що стосується змінної сімейного стану, то 45,4%

12										мали впливу тривоги на депресію одружені літні люди, 60,9% – самотні літні люди, а 49,2% – люди похилого віку, чиї партнери померли; найвищий та найнижчий вплив тривоги на депресію спостерігався серед самотніх людей похилого віку ($\beta = .780$, $p < .001$) та одружених людей похилого віку ($\beta = .674$, $p < .001$).
13	Rümeysa Yeni Elbay, Ayşe Kurtulmuş, Selim Arpacioğlu, Emrah Karadere, 2020	cross-sectional	442	18+	Not indicated	Not indicated	Anxiety, stress	COVID-19	Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)	з усіх учасників 286 (64,7%) мали симптоми депресії, 224 (51,6%) тривоги та 182 (41,2%) стресу. Що стосується підшкали депресії, то 17,6% вибірки мали легкі симптоми депресії, 27,4% – помірні, 9,5% – тяжкі, а 10,2% – надзвичайно тяжкі депресивні симптоми. Для субшкали тривожності 16,3% вибірки мали легкі симптоми тривоги, 13,1% – помірні, 10,6% – тяжкі, а 11,5% – надзвичайно тяжкі симптоми тривоги. Щодо підшкали стресу, 10,2% вибірки мали легкі симптоми стресу, 15,6% – помірні, 10,4% – тяжкі, а 5,0% – надзвичайно важкі симптоми тривоги.
14	Khaled E. Alsharji, 2020	cross-sectional	1284	18+	Not indicated	Suicidal thoughts, bad mood, excitation	Anxiety	COVID-19/without COVID-19	GAD-7, PHQ-9	у даному дослідженні, 40,42% респондентів не мають депресії, або ж набрані бали були на граничній межі; вважалося, що 59,6% страждають на депресію. Існувала значна різниця в поширеності депресії між фізично активними та фізично неактивними людьми; також була значна різниця в поширеності депресії за статтю ($p < 0,001$), а поширеність депресії була значно вищою серед студентів ($p < 0,003$).
	Jude Mary Cénat, Pari-Gole Noorishad, Cyrille Kossigan Kokou-Kpolou, Rose	cross-sectional	1267	18+	Isolation	Bad mood, bad sleep	Anxiety	COVID-19	depression subscale of the Hopkins Symptom Checklist (HSCL), Exposure	Загальна поширеність симптомів депресії становила 24,3% (95% CI: 22.08-26.79%) зі значними відмінностями в різних країнах. В об'єднаних даних молодший вік, стать (жінки), високий

15	DarbyDalexis, 2021								to Infectious Disease Questionnaire, Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	рівень впливу та стигматизації, пов'язані з COVID-19, а також стійкість були пов'язані з депресією. На рівні країни були значні відмінності. Стигматизація (але не вплив COVID-19 і стійкість) була сильним провісником серед чотирьох країн.
16	Sasha Rudenstine, Kat McNeal, Talia Schulder, Catherine K. Ettman, Michelle Hernandez, 2020	cross-sectional	1821	18-77	Isolation	Bad mood, guilt, poor concentration, insomnia	Anxiety, stress	COVID-19	PHQ-9, GAD-7	Загалом 12,0%, 15,3%, 23,0% і 30,7% вибірки відповідали критеріям важкого, помірно важкого, середнього та легкого рівнів симптомів депресії відповідно. У даному дослідженні, жінки частіше, ніж чоловіки, відповідали клінічній межі для депресії (51,6% проти 45,2%), $\chi^2(2, N = 1816) = 19,2, p < 0,001$.
17	Alexander Bäuerle, Martin Teufel, Venja Musche, Benjamin Weismüller, Hannah Kohler, Madeleine Hetkamp, Nora Dörric, Adam Schweda, Eva-Maria Skoda, 2020	cross-sectional	15704	18-75	Not indicated	Bad mood, insomnia, unsatisfaction	Anxiety, stress	COVID-19	PHQ-2, (GAD-7), Distress Thermometer (DT).	Значно посилені симптоми були поширені в усіх вимірах: генералізована тривога (44,9%), депресія (14,3%), психологічний дистрес (65,2%) і страх, пов'язаний з COVID-19 (59%). Жінки та молоді люди повідомили про підвищене психічне навантаження. Довіра до дій уряду проти COVID-19 та суб'єктивний рівень інформації щодо COVID-19 негативно пов'язані з тягарем психічного здоров'я. Проте суб'єктивний рівень інформації щодо COVID-19 позитивно пов'язаний із підвищеним страхом, пов'язаним із COVID-19.
18	Cindy H.Liu PhD, Emily Zhang, Sunah Hyun PhD, 2020	cross-sectional	898	18-30	Not indicated	Bad mood, low resilience, decreased interest, loneliness	Anxiety, PTSD	COVID-19	PHQ-8, GAD-7, PCL-C (The PTSD Checklist—Civilian Version)	Високий рівень самотності, високий рівень занепокоєння, пов'язаного з COVID-19, і низька толерантність до дистресу були значною мірою пов'язані з клінічними рівнями депресії, тривоги та симптомів посттравматичного стресового розладу.
	Mohamad	cross-se	58	71,79	Isolation	Not indicated	Anxiety	COVID-	Hospital	Учасники повідомили про

19	El Haj, Emin Altintas, Guillaume Chapelet, Dimitrios Kapogiannis, Karim Gallouj, 2020	ctional						19/witho ut COVID- 19	Anxiety and Depressio n Scale	вищу депресію під час кризи Covid-19(M = 14,21, SD = 3,17), ніж раніше (M = 12,34, SD = 4,10), (p = 0,005, d Коена = 0,80).
20	Feng Zhou, Rong-Rong Wang, Han-Ping Huang, Chun-Ling Du, Chao-Min Wu, Xue-Mei Qian, Wei-Li Li, Ju-Li Wang, Lv-Yan Jiang, Hui-Jia Jiang, Wen-Jie Yu, Ke-Bin Cheng, 2021	cross-se ctional	65	21-79	Not indicated	restlessness, irritability, loss of interest or no longer finding pleasure in activities or hobbies, persistent feelings of sadness	Anxiety	COVID- 19	Chinese-v ersion Zung self-rating anxiety scale, self-rating depression scale (SDS)	Вищі рівні депресії та тривожності під час, ніж до кризи Covid-19, як повідомили учасники, можуть відображати різкі зміни в їхньому повсякденному житті в будинках престарілих під час кризи.
21	Samer Al-Humadi, Brian Bronson, Samantha Muhlrad, Megan Paulus, Houlin Hong, Ricardo Cáceda, 2021	cross-se ctional	565	18+	search for support among patients / colleague s	Suicidal Thoughts, bad mood, loss of interest or no longer finding pleasure in activities, insomnia, burnout	Anxiety	COVID- 19/witho ut COVID- 19	PHQ-9, PHQ-9 score	225 суб'єктів заповнили опитування (частота відповідей 16,3%) з показниками 6,2% депресії, 6,6% суїцидальних думок і 19,6% вигорання. Орієнтовний клінічний діагноз депресії був позитивно пов'язаний з наявністю в анамнезі діагнозу або лікування депресії або тривоги. Наявність суїцидальних думок було позитивно пов'язано з наявністю в анамнезі діагнозу чи лікування депресії чи тривоги

Нотатки. Аббревіатури: PTSD - Posttraumatic Stress Disorder, GAD - Generalized Anxiety Disorder, OCD - Obsessive Compulsive Disorder, ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder, BAD - Bipolar Affective Disorder.

ДОДАТОК В. Діагностичний інструментарій досліджень

Оцінка депресії/ депресивних станів	Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items (N=3)
	Beck Depression Inventory (N=1)
	The Patient Health Questionnaire -9 (N=7)
	The Patient Health Questionnaire-2 (N=1)
	Self-Reporting Questionnaire-20 (N=1)
	Centre for Epidemiology Scale for Depression (N=2)
	Zung Self-Rating Depression Scale (N=1)
	Geriatric Depression Scale (N=1)
	Self-Rating Depression Scale (N=1)
	Hopkins Symptom Checklist (N=1)
	Hospital Anxiety and Depression Scale (N=1)
Сприйняття небезпеки COVID-19	Impact of Event Scale-revidierte Form (N=1)
	Health literacy questionnaire (N=1)
	The Perceived Dangerousness of Infection Questionnaire (N=1)
	Exposure to Infectious Disease Questionnaire (N=1)
НАДи	The Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts (N=1)
	Cognition Questionnaire (N=2)

Якість життя пов'язана зі здоров'ям	Health-related quality of life (N=1)
Тривога/ тривожні стани	General Anxiety Disorder-7 (N=6)
	State-Trait Anxiety Inventory (N=3)
	The Health Anxiety Questionnaire (N=1)
	Self-rating Anxiety Scale (N=1)
Якість сну	Pittsburgh Sleep Quality Index (N=2)
Оцінка сприйняття соціальної підтримки, самотності, стійкості та дистресу	Multidimensional Scale of Perceived Social Support (N=1)
	Brief Resilient Coping Scale (N=1)
	Connor-Davidson Resilience Scale (N=2)
	Distress Thermometer (N=1)
	Distress Tolerance Scale (N=1)
	The UCLA Loneliness Scale (N=1)