



УКРАЇНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

**Особливості когнітивно-поведінкової
психотерапії та сфери психічного здоров'я
під час пандемії Covid-19 у світі**

Група Львів-9

Катерина Нікода

Київ-2021

ЗМІСТ

ВСТУП: Актуальність та огляд проблеми	3
РОЗДІЛ 1: Огляд психологічного стану населення різних країн під час пандемії Ковід-19	4
1.1. Огляд психологічного стану населення України під час пандемії Ковід-19.....	4
1.2. Огляд психологічного стану населення закордоном під час пандемії Ковід-19.....	8
Висновки до 1 розділу	12
РОЗДІЛ 2: Аналіз доказових втручань і рекомендацій для працівників сфери психічного здоров'я під час пандемії Ковід-19	14
2.1. Загальні рекомендації для психологів, психотерапевтів під час пандемії Ковід-10	14
2.2. КППТ-протоколи для роботи з ковід-асоційованою тривогою та феномен посттравматичного зростання на фоні пандемії.....	17
Висновки до 2 розділу	23
РОЗДІЛ 3: Когнітивно-поведінковий підхід та телемедицина і контексті карантинних обмежень під час пандемії Ковід-19.....	25
Висновки до 3 розділу	32
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	35
Список використаних джерел.....	36

ВСТУП: АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ

Історично людство переживало періоди природних лих, війн, епідемій, але 2020 рік відзначився розповсюдженням нового типу вірусу, Covid-19 (далі - ковід), який 30 січня 2020 року був визнаний ВОЗ пандемією, що поставила нові виклики для фізичної, економічної та ментальної сфер життя всього людства. Вперше країни світу вимушені були зачинити свої кордони на в'їзд та виїзд. Під час локдауну людей прохали припинити традиційне спілкування, звичну трудову та навчальну діяльність, що мало величезний психологічний вплив на молоді та соціально активні групи.

На карантин були зачинені розважальні заклади, заклади харчування, спортзали, магазини (окрім продуктових та аптек), припинені вистави, концерти, виставки, а громадські заходи – заборонені. Люди стали обмеженими в контактах та пересуванні, зросло безробіття та психологічна напруженість. Пандемія висунула не тільки обмеження, але і нові вимоги, такі як носіння і часта заміна захисних масок, дезінфекція рук та предметів, соціальне дистанціювання, що спричинило збільшення випадків тривоги за здоров'я й соціальної тривоги. Сім'ям випало зіткнутись з втратами близьких людей через ковід, зокрема не тільки старих, а й молодих умовно здорових чоловіків і жінок. З'явилися випадки ускладненого пережиття втрати. На фоні цієї ситуації в період пост-ковідного синдрому в деяких одужалих почали спостерігатись депресії та пост-травматичний стресовий розлад.

У сукупності всі вищезазначені фактори призвели до зростання попиту на представників професій зі сфери психічного здоров'я. Локдаун змусив психологів, психіатрів та психотерапевтів виконувати свою роботу дистанційно, використовуючи мережу Інтернет та спеціальні програми для відео-зв'язку (Zoom, Skype). А з огляду на світову практику лікарів у пошуках доказових методів лікування нового захворювання, зріс в цілому інтерес до доказової медицини, в тому числі до доказової психології.

Відомо, що когнітивно-поведінкова психотерапія базується на наукових засадах та є рекомендованим видом терапії багатьох невротичних розладів, тому спеціалістам зі сфери психічного здоров'я варто приділити належну увагу розгляду особливостей КПТ під час пандемії Ковід-19 у світі.

РОЗДІЛ 1:

ОГЛЯД ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ НАСЕЛЕННЯ РІЗНИХ КРАЇН ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ КОВІД-19

На початку пандемії Ковід-19 ВОЗ висловило занепокоєння можливим погіршенням психологічного стану людей після карантинних обмежень. Відповідно до цього в 2020-2021 рр. почала з'являтися низка досліджень, присвячених цій темі. Головною особовістю більшості опитувань, експериментів та дослідів стало їх проведення онлайн і дистанційно з метою мінімізації особистих контактів та уникання скупчення досліджуваних людей в закритому приміщенні. Такі дослідження проводились по всьому світові, в тому числі в Україні.

1.1. Огляд психологічного стану населення України під час пандемії Ковід-19

В Україні психологічний стан населення мав свої особливості, які були пов'язані перш за все з пізнім запровадженням карантинних заходів в країні, початковою недоступністю джерел отримання достовірної інформації про вірус і його поширення, загалом непростим вихідним політичним й економічним станом країни та загальним занепадом медичної системи. Давайте розглянемо особливості по регіонах.

Досліджували масову свідомість українців в умовах пандемії психологи Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка Дроздов О.Ю. та Дроздова М.А. Вони провели інтернет-опитування серед 2424 респондентів від 18 до 84 років з основних регіонів України: півночі – Чернігів, Ніжин, Новгород-Сіверський; центру – Київ, Переяслав-Хмельницький, Вінниця, Житомир; заходу – Львів, Дрогобич, Луцьк, Івано-Франківськ; півдня – Одеса та Херсон; сходу – міст Дніпро, Запоріжжя, Харків та Старобільськ. І хоча, за їх словами «вибірка була швидше стихійною за характером», проте окремі тенденції можна було виділити. Виявилося, що жінки більшою мірою оцінювали небезпеку ковід, а чоловіки частіше вважали, що загроза перебільшена ЗМІ. Стосовно

емоційного стану, то серед жінок найвищий показник був по самооцінці страху, а серед чоловіків відповідно – роздратування [25].

Дані щодо гендерних відмінностей підтверджуються і в дослідженні, яким керували М. Г. Ткалич та Л. В. Мисів. За їх даними жінки демонструють вищий рівень всіх емоційних показників, на відміну від чоловіків. При цьому в останніх було зафіксовано зростання розладів сну та депресії, тоді як в жінок – зниження тривоги, пов'язане з кращою адаптацією до карантинних умов [22 с. 55].

Стосовно загальної динаміки психоемоційних станів українців під час карантину М. Г. Ткалич та Л. В. Мисів, провели дослідження на репрезентативній вибірці з більше ніж 5000 респондентами по всій Україні. Вони порівнювалися три хвили (І хвиля – 27-28.03.20, II хвиля – 3-4.04.20; III хвиля – 10-12.04.20). В результаті аналізу даних, стало помітне в третій хвилі незначне зростання депресії серед населення та падіння тривожності, також помітна паніка, втома та розлади сну, які залишались на однаковому (помірному) рівні в усі три хвили. Підвищення депресії та зниження тривожності автори пояснюють карантинними обмеженнями та відсутністю нових вражень, спілкування, а також психологічною адаптацією до явища пандемії. В дослідженні стало помітне зростання частоти розладів сну в українців 30-49 років та втоми в опитаних передпенсійного віку (50-59 років), проте тривога в останніх теж має тенденцію до зниження.

Окрему увагу автори приділили дослідженню факторів, які позитивно впливають на психоемоційні стани українців. Це стали – атмосфера в сім'ї, можливість працювати та інтернальний локус-контроль особистості [22].

Інша дослідницька група з Дембіцького С.С., Злобіної О.Г., Сидорова М.В.-С. та Мамонової Г.А., провели масштабне опитування для вияву стресових факторів при пандемії Ковід-19 із залученням 6973 респондентів різних статевих і вікових груп з основних обласних центрів України (крім м.Сімферополь, але включаючи мешканців Донецької та Луганської областей). До таких факторів вони віднесли: суб'єктивну ймовірність захворіти на ковід, частоту перевірки новин про пандемію, частоту захворювань респондентів за останні пів року, стосунки зі співмешканцями і складність постійного перебування вдома. Саме ці фактори, на думку авторів, спричиняють зміни психологічного дистресу опитаних [20]. Отримані дані, що біля 80% українців оцінюють для себе імовірність захворіти на COVID-19

як низьку або середню. При цьому більше половини переглядають новини про пандемію 1–2 рази на день, а 30% респондентів призвичаїлись перевіряти такі новини частіше 3-х разів на день. Стосовно статевих відмінностей, то виявилось, що майже кожна п'ята жінка та кожен четвертий чоловік характеризують складність постійного перебування вдома, як “дуже важко”.

Ще одне дослідження емоційного стану українців доповнило вищезазначені результати. Так за даними онлайн-опитування, проведеного Анищенко Л.О., було охоплено 125 респондентів з північних регіонів України. До отриманих даних нею застосовувались контент аналіз, якісний аналіз, кількісний аналіз, обчислення відсотків та рангових співвідношень. Щодо емоцій українців в період пандемії були отримані такі дані: депресивні розлади (18%), тривога/напруга/стрес (34%), страх/паніка (8%), не помітили змін (49%), умовно нейтральні емоції вказали (11%) респондентів. Також дослідження показало, що в період ковід серед українців на 12,8% зросло споживання алкоголю. Дослідниця припускає, що це може бути варіантом подолання тривожних та тривожно-депресивних станів серед населення [25, с. 89]. За її словами, психологи і педагоги мають спрямовувати свої зусилля на надання психопрофілактичної та психогігієнічної допомоги людям, які під час епідемічної загрози можуть відчувати тривогу, паніку, виявляти деструкції.

Отже, як видно із зазначених досліджень, емоційний стан українців змінився від початку пандемії в сторону негативних емоцій в результаті згуртованої дії як негативних, так і позитивних факторів, пов'язаних з ковідом.

Окремим блоком хочеться додати, що традиційно на пострадянському просторі проводиться багато досліджень в сфері освіти. Тож давайте розглянемо психологічні особливості населення України в освіті, що зазнала суттєвих змін з приходом пандемії. Загалом змінився сам підхід до навчання, оскільки дитсадки, школи, університети та різноманітні навчальні курси вимушені були повністю переналаштуватися на онлайн-навчання, що поставило нові виклики і спричинило ряд негативних емоцій. Емоційний стан учасників освітнього процесу в Україні в цілому охарактеризувався емоціями тривоги, страху, агресії та роздратування. Спостерігались ознаки емоційного вигорання, астеничні реакції, симптоми негативного впливу стресу,

недостатність навичок в роботі з комп'ютером і складності в організації навчання онлайн.

Так в листопаді 2020 року вчені Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи провели всеукраїнське онлайн-опитування 3209-ти педагогічних працівників закладів загальної середньої освіти про наслідки пандемії Ковід-19 [24]. За результатами дослідження, про емоційне виснаження, зниження рівня рівноваги, переважно повідомили 58,7% педагогічних працівників. А 58,1% педагогів помітили зниження навчальної мотивації серед учнів. Також було зафіксовано в 51,1% педагогів порушення комунікації з батьками.

У дослідженні половина викладачів, а саме 53,2% повідомили про відсутність достатніх компетентностей для використання інформаційних комп'ютерних технологій (мається на увазі дистанційне викладання). Лише 15,7% опитаних відчували себе повністю компетентними. Про труднощі із залученням дітей до дистанційних занять наголосили 73% педагогів. А труднощі з розподілом часу на роботу, відпочинок, сімейні справи, власних дітей мали 60,7% викладачів. Все це відбувалось на фоні страху захворіти на ковід та заразити членів сім'ї у 78,2% опитаних.

Важливо зазначити, що Панок В.Г. підіймає в вищезазначеному дослідженні тему нового виду соціальної дискримінації, яка виникла під час пандемії, а саме ковід-дискримінація. Це коли з людьми чи дітьми, що перехворіли, інші бояться спілкуватися, їсти в одному приміщенні чи сидіти за одним столом, внаслідок чого одужалі потрапляють в психологічну ізоляцію. На жаль, такі випадки були відомі для 17,6% опитаних в дослідженні. Це нове соціальне явище, яке варто буде досліджувати глибше.

Щодо ставлення до майбутнього, то загалом оптимістично дивляться у майбутнє лише 20,6% опитаних, «обережних песимістів» виявилось —14%, а явних песимістів —32,4%. При чому 9,7% від усіх опитаних визначають себе як перебуваючих у депресивному стані. Таким чином, більше третини працівників сфери освіти потребують психологічної допомоги і ще приблизно стільки ж корегування свого ставлення до пандемії та професійної діяльності [24].

Отже, можна сказати, що в Україні від початку пандемії було проведено багато актуальних досліджень психологічного стану населення, в

основному вони проводилися в форматі інтернет-анкетувань. В узагальненому вигляді можна підсумувати, що в українців помітні негативні реакції різного типу на дистрес. Виявлено ряд як негативних та позитивних факторів у сприйнятті загрози ковіду та пережитті карантину. Також у дослідженнях виявились деякі гендерні відмінності між чоловіками та жінками стосовно сприйняття та переживання карантинних обмежень. В Україні традиційно особливо добре досліджувались психологічні зміни респондентів, пов'язаних зі сферою освіти: педагогів, викладачів, учнів та батьків. Вочевидь, тема цілком нова і попереду будуть нові дослідження цієї проблематики як в нашій країні, так і закордоном.

1.2. Огляд психологічного стану населення закордоном під час пандемії Ковід-19

Як відомо, вперше спалах коронавірусу нового типу відбувся в Китайському місті Ухань, саме тут робились найперші дослідження як фізичного, так і психічного стану населення в умовах епідемії, яка потім перекинулася й охопила весь світ. Тож давайте почнемо розгляд саме з цієї країни.

Опитування, проведене у перші дні від початку епідемії Ковід-19 на материковому Китаї, показало, що 53,8% респондентів оцінили психологічний стан, пов'язаний зі спалахом, як помірний або важкий, 16,5% повідомили про помірні та важкі симптоми депресії, 28,8% звітували про симптоми занепокоєння помірною та сильною рівню, а 8,1% розповіли про помірний та сильний рівень стресу [7].

Загалом серед зарубіжних джерел інформації розповсюджені не тільки національні дослідження психологічного стану населення в часи пандемії Ковід-19, а й представлені численні аналізи-порівняння, як поміж різними країнами, так і між двома спалахами вірусів. В цьому контексті співставляються психологічні реакції на епідемію SARS-CoV-1 у 2002-2004 роках та реакції на Ковід-19 (примітка: нинішня епідемія пов'язана зі схожим збудником SARS-CoV-2 і належить до тієї самої групи коронавірусів).

Так англійські вчені Jonathan. P. Rogers та Thomas. A. Pollak проаналізували 1963 дослідження та 87 препринтів з Китаю, Південної Кореї,

Канади, Саудівської Аравії, Франції, Японії, Сінгапуру, Великобританії та США. Мета-аналіз показав, що на етапі після хвороби поширеність посттравматичного стресового розладу становила 32,2% (121 з 402 випадків з чотирьох досліджень), депресії становила - 14,9% (77 із 517 випадків із п'яти досліджень), а тривожних розладів - 14,8% (42 з 284 випадків із трьох досліджень). Повідомлялось і про часті випадки безсоння, відчуття втоми, роздратованість [11].

За дослідженнями, які провів John R. Peteet, існує висока кореляція між депресією, суїцидами та безробіттям. Як вже зазначалося, пандемія призвела до введення суворих обмежувальних заходів по різних країнах, що мали суттєвий вплив на світову економіку, зокрема на збільшення рівня безробіття у світі. Спираючись на оцінки втрати місць роботи з причини Ковід-19 змодельовані Міжнародною організацією праці, виявилось, що за оптимістичним сценарієм безробіття зросло б до 5,088%, що пов'язане зі збільшенням кількості самогубств на 2135. За найгіршим сценарієм, безробіття у всьому світі зростатиме з 4,936% до 5,644%, що було б пов'язано зі збільшенням кількості самогубств приблизно на 9570 на рік [10].

Згідно з даними онлайн-опитування проведеного експертом з досліджень охорони здоров'я і фармацевтики у Великобританії та Європі на ім'я Conor Stewart, 51% респондентів повідомили, що їх психічні проблеми погіршились після спалаху Ковід-19. Більше того, 57% респондентів зазначили, що відчули зниження свого настрою через пандемію. Дослідження було здійсненого в: Хорватії, Чехії, Фінляндії, Франції, Німеччині, Греції, Угорщині, Італії, Нідерландах, Португалії, Румунії, Іспанії та Великобританії, тобто охопило велику частину країн ЄС [4].

Варто згадати, що Італія була першою європейською країною, яка сильно постраждала від пандемії та вимушена була найпершою запровадити національний карантин. Одне із анкетувань, проведених серед студентів університету Università Cattolica del Sacro Cuore в Італії, з обсягом вибірки з 501 респондентів, показало, що з них 35,33% були класифіковані як тривожні, а 72,93% як депресивні. Більше 70% страждали від неможливості фізично зустрітися з друзями та партнерами. Майже 40% згаданих студентів мали страхи про те, чи буде пандемія під контролем, та більше 60% зазначили, що бояться збільшення кількості позитивних випадків та зростання смертей. Понад 60% студентів страждали від неможливості

відвідувати університет, тоді як 21% навпаки заявили, що стурбовані поверненням до університету. Також виявлено, що 39,72% студентів бояться за своє майбутнє на фоні пандемії ковіду. Більшість випадків підвищеної тривоги дослідники пов'язували з респондентами жіночої статі [12]. Зауважимо, що ця тенденція виразно перегукується з результатами досліджень, проведених в Україні.

В іншому італійському дослідженні [17] Доктор Rodolfo Rossi, науковий співробітник Римського університету, заявив, що результати підтвердили його очікування: «...збільшення поширеності тривоги, депресії та безсоння». Так виявлено, що 37% респондентів мали посттравматичні симптоми стресу, 17% - депресивні симптоми, 20% - сильну тривогу, 7% - безсоння та 21% - відчуття стресу.

На сайті Об'єднаних націй, крім Італії, описані також результати досліджень впливу пандемії на ментальне здоров'я у респондентів з Англії, Бельгії та Франції. Розглянемо їх детальніше.

Так за даними Управління національної статистики, понад 25 мільйонів людей у Великобританії відчували високий рівень тривоги наприкінці березня, коли було оголошено про карантинні обмеження. Опитування показало, що підвищений рівень тривоги в основному пов'язаний із занепокоєнням щодо особистого благополуччя (8,5 млн.), безпеки на роботі (6,2 млн.) та впливу Ковід-19 на фінанси (5,3 млн. опитаних). Бельгійський інститут охорони здоров'я Sciensano також зібрав досвід 44 000 респондентів. У звіті робиться висновок, що депресивні розлади різко зросли з 10% у 2018 році до нинішніх 16%. Поширеність депресії у молодих жінок зросла втричі (30%), а у молодих чоловіків – в чотири рази (29%). На тому ж сайті, у французькому дослідженні було проаналізоване опитування 2000 співробітників, щоб з'ясувати вплив дистанційної роботи на психічне здоров'я. Встановлено, що 18% працівників, що працюють дистанційно, виявляли симптоми сильної тривоги, депресії та інших психічних розладів. Цей показник був навіть вищим для осіб, які перебувають у шлюбі (20%) або з дитиною (22%). Дослідження також виявило, що переважно жінки повідомили, що на їхнє психічне здоров'я негативно вплинуло дистанціювання. Вважається, що це може бути пов'язано з безліччю ролей, які жінки повинні виконувати як у побутовій, так і в професійній якості під час пандемії [17].

Тепер перейдемо до досліджень в США.

Американська мережа соціальних експертів Societal Experts Action Network (SEAN) проводила масштабне дослідження серед населення, у результаті якого були одержані дані, що 7 із 10 американців описують спалах ковіду як джерело стресу. При цьому 57% опитаних повідомляли про занепокоєння, нервозність або напругу, а 38%, що почувають пригнічення, депресивність чи безнадію. На жаль, 56%, заявляють, що хвилювання або стрес, пов'язані з пандемією, спричинили проблеми для здоров'я та добробуту, такі як труднощі зі сном, харчуванням, часті головні болі, збільшення вживання алкоголю або загострення хронічних проблем зі здоров'ям [6].

В іншому американському дослідженні проведеному на репрезентативній вибірці центром Pew Research Center's American Trends Panel (АТР), яке складалось з трьох опитувань і охопило 31 797 респондентів, були помічені наступні тренди. Виявлено, що психологічний дистрес особливо поширений серед молодих дорослих у віці від 18 до 29 років (32%), зокрема в жінок, в осіб з низькими доходами (31%) та тих, хто має інвалідність (36%). Саме молоді дорослі американці схильні повідомляти про тривожність, депресію чи самотність порівняно з іншими віковими групами. Наприклад, 45% осіб молодше 30 років описують “нервозність, занепокоєння чи переживання” принаймні “зрідка або помірно” протягом останніх семи днів, а серед тих, кому 30 і старше, про це повідомили лише 28%. Опитування Центру досліджень Pew зафіксували істотний негативний вплив пандемії на фінансовий стан багатьох американців. Більше 4 з 10 дорослих людей сказали, що вони або хтось із членів їх сім'ї втратив роботу чи зарплату через карантин, і значна частина безробітних вказала на емоційні наслідки, які спричинила ця втрата [16].

Ми розглянули в основному психологічний вплив на людей, що потрапили в кризу при пандемії, проте це не було пов'язано з їх захворюванням безпосередньо на ковід. Але з плином пандемії почали з'являтися люди, чий психічний розлад маніфестував одразу після одужання від ковіду. Тому варто розглянути нове явище – синдром пост-ковіду, коли пацієнт продовжує страждати на різноманітні симптоми після одужання. Деякі дослідники помітили, що багато із симптомів пост-ковіду мають неврологічний та психіатричний характер, тобто пов'язані з мозковими

порушеннями. У великому дослідженні, проведеному в Оксфорді, яке охопило 236 379 випадків таких порушень після одужання, було виявлено, що перехворілі мають ризик отримати психіатричний чи неврологічний діагноз. Цей ризик для пацієнтів протягом шести місяців становить 33,62%, з них 12,84% отримають такий діагноз вперше в житті. Частота виникнення неврологічних або психіатричних порушень була тим вища, чим важчим був перебіг ковіду [13]. Такі дані говорять про те, що спеціалістам зі сфери психічного здоров'я варто враховувати видужання від ковіду, як можливий провокуючий фактор до початку розвитку психічних розладів.

З огляду на приведені вище дослідження, можна зробити висновок, що зарубіжні опитування, досліди та анкетування проводились також переважно в онлайн-форматі. Вони характеризуються відносно великими вибірками. Також багато порівняльних, крос-культурних досліджень поміж різними країнами. В усіх дослідженнях виразно виявляється тенденція до підвищення рівня дистресу серед населення, визначається роль безробіття, дистанціювання та статево-вікових факторів, помічено суттєве зростання кількості психічних розладів та суїцидальності, виявлений зв'язок з психічними розладами та одужанням від ковіду.

ВИСНОВКИ ДО 1 РОЗДІЛУ

Отже, нами було проаналізовано як зарубіжні, так і національні дослідження змін психологічного стану населення під впливом пандемії Ковід-19. Крім України, були розглянуті такі країни як Китай, Південна Корея, Канада, Саудівська Аравія, Франція, Японія, Сінгапур, Великобританія, Хорватія, Чехія, Фінляндія, Німеччина, Греція, Бельгія, Угорщина, Італія, Нідерланди, Португалія, Румунія, Іспанія та США.

На жаль, в усіх країнах спостерігається тенденція до посилення емоційного напруження, збільшення випадків психічних розладів (зокрема депресії, тривожних розладів), в поодиноких випадках діагностується ПТСР. Негативну роль в психічному здоров'ї відіграють і такі симптоми, пов'язані з карантинном, як розлади сну, втома, виснаження, розгубленість. Зокрема в Україні в одному з досліджень помічено збільшення споживання алкоголю.

Виразно виділяється тенденція більшої глибини негативних та тривожних емоційних реакцій на пандемію і карантинні обмеження з боку жінок. Це підтверджується дослідженнями як в Україні, так і в Італії, Франції, США. Проте, наприклад, в Бельгії поширеність депресії у чоловіків зросла в чотири рази проти зростання в три рази у жінок.

Крім статевих, загалом у світі помітні і вікові особливості, де більш молоді групи населення виявились вразливішими до емоційного дистресу і проявляють вищі показники по розладах, ніж старші вікові групи.

Вагомий внесок до змін психічного здоров'я вносить також зростання безробіття та перехід на дистанційні форми праці й навчання. Так в українських та італійських дослідженнях учасників навчального процесу ми бачимо зростання занепокоєння, зміну мотивації до навчання, втому, тривогу стосовно майбутнього. Безробіття, пов'язане зі скороченнями у результаті карантину, погано впливає на сім'ї, а також призводить до більшої кількості суїцидів, особливо в англійських країнах.

Окремим пунктом розглянуто явище пост-ковіду, коли деякі перехворілі після одужання отримують підвищений ризик мати психіатричний чи неврологічний діагноз протягом найближчих шести місяців.

З огляду на вищесказане стає очевидною необхідність кваліфікованої та науково обґрунтованої психологічної допомоги населенню, не тільки в роботі над подоланням і профілактикою психічних розладів, але і в покращенні адаптації до карантинних умов, зміні образу майбутнього, налагодженні взаємовідносин в сім'ї, відновленню балансу між дистанційною роботою та відпочинком в умовах карантинних обмежень, при виході з психічних розладів після одужання від ковіду.

РОЗДІЛ 2:

АНАЛІЗ ДОКАЗОВИХ ВТРУЧАНЬ І РЕКОМЕНДАЦІЙ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ КОВІД-19

2.1. Загальні рекомендації для психологів, психотерапевтів під час пандемії Ковід-19

Хочеться почати з того, що з огляду на зростання попиту під час пандемії на представників професій зі сфери психічного здоров'я, мало яка підготовка спеціалістів могла передбачити включення в програму специфіки роботи в період пандемій, соціальних обмежень та карантину. При цьому зрозуміло, що робота психологів, психотерапевтів та психіатрів у таких умовах буде мати свої особливості (наприклад, надання послуг переважно в онлайн-форматі), так і окрему специфіку клієнтських звернень, тому розробка психологічних рекомендацій, пов'язаних з пандемією це лише питання часу.

Вже можна побачити, як змінились тенденції в клієнтських запитах до психологів та психотерапевтів під час Ковід-2019. Так, Діденко М.С. відмічає наступні:

- екзистенційні питання: ізоляція, безглуздість життя і того, що відбувається (позбавлення сенсу) суїцидальні думки тощо;
- психоемоційні стани: тривога, страхи (особливо страх смерті), неврози, стрес, панічні атаки, загострення фобій, депресій, імпульсивно-компульсивних розладів; відчуття загнаності у кут, підвищена емоційність, загострення невротичних станів тощо;
- внутрішньоособистісні конфлікти: пошук визнання, ідентифікації та ідентичності, знайомство із собою та розвиток вміння жити із собою, зміна професії та стилю життя;
- конфлікти в сім'ї: батьки–діти, взаємодія зі своїм партнером партнеркою, розподіл хатніх обов'язків, неконфліктне спілкування тощо. [22, с.36]

На фоні пандемії люди почали знаходити відповіді на ці запитання перш за все за допомогою пошуків контенту в мережі Інтернет, оскільки не усі мали можливість та готовність оплачувати консультації спеціалістів, а лише деякі мали в квартирі конфіденційні та безпечні умови для отримання психологічної допомоги. Тому світова Конфедерація Когнітивно-поведінкових психотерапій (World Confederation of Cognitive and behavioral therapies) випустила лист-відповідь на ситуацію з Ковід-19 з точки зору підходу. Цей лист включав рекомендації пацієнтам та перелік джерел достовірної науково обґрунтованої інформації по країнах. Зокрема були надані рекомендації, як розвивати корисну поведінку під час пандемії та карантину. В числі рекомендацій були обов'язкове вживання необхідних заходів для захисту себе (маски, дистанціювання та інші урядові рекомендації), турбота про себе (баланс сну, харчування та фізичної активності), заняття приємною діяльністю (слухання музики, читання книжок, готування смачної їжі, перегляд цікавих фільмів), подолання румінації та тривоги за допомогою встановлення спеціального «часу для тривоги» (один і той час кожного дня, який буде присвячений тривогам про здоров'я, майбутнє тощо), обмеження читання інформації про ковід в Інтернеті лише тридцять хвилинами на день, переключення на вирішення тих проблем, які можна вирішити зараз. Також рекомендовані релаксаційні вправи, майндфулнесс, медитації [19].

Із наших дослідників, наприклад, Становських З.Л рекомендує запроваджувати так звану «поведінку самозбереження особистості» в ситуації пандемічної тривоги [21, с. 64-65]. Ці рекомендації можна застосовувати працівникам сфери психічного здоров'я, як до самих себе, так і надавати у вигляді переліку або брошури кожному клієнтові, хто звертається по психотерапевтичну допомогу:

Рекомендація 1: Відбирати інформацію, яку ви читаєте, прослуховуєте кожного дня.

Рекомендовано обмежити знайомство з новинами про ситуацію в країні щодо ковіду (до 1-2 рази на день з каналу інформації, якому довіряєте), оскільки постійний перегляд (прослуховування) опису картину і тривожних подій поглиблює рівень тривоги.

Рекомендація 2. Розробити власний алгоритм безпеки для відновлення почуття контролю над ситуацією.

Доступні заходи безпеки зробити новими правилами поведінки на час пандемії. Наприклад, такі заходи, як носіння захисних медичних масок в приміщеннях і транспорті, дезінфікування рук антисептиком, згідно з правилами, або миття рук не менше 30 секунд, дистанційна робота, мінімізація відвідування магазинів, аптек, скасування поїздок, відряджень, а також серйозна підготовка до випадку, якщо буде виявлено захворювання на ковід (дізнатись і зберегти телефони свого лікаря, служб екстренної медичної допомоги, лікарень, які проводять тестування на вірус). Важливо отримати відчуття, що ви робите все можливе для свого захисту.

Рекомендація 3. Структурувати час.

Планувати день, максимально зберігаючи звичний режим зайнятості. Обов'язково треба включити в нього провітрювання приміщень, прогулянки на свіжому повітрі у безлюдних місцях або перебування на балконі. Це дасть відчуття продуктивності життя.

Рекомендація 4. Використовувати вільний час для особистісно-професійного розвитку.

Така робота над собою переводить поведінку людини в конструктивну площину. Надає можливість попрацювати над своїм освітнім рівнем, ознайомитись з різними джерелами з метою підвищення фахового рівня.

Рекомендація 5. Приділяти час духовному та фізичному розвитку. Можна визначити нові цілі, плани, нові смисли. Дуже важливо приділяти увагу не тільки ментальному, але і фізичному стану, оскільки стреси відображаються у тілі м'язовими спазмами, зажимами, напруженням, що провокує біль і відчуття втоми. Допомогати своєму тілу можна завдяки зарядці, фізичним вправам, вправам з йоги, медитації, самомасажу, контрастного душу та ін.

Рекомендація 6. Шукати місце для гумору і позитиву в ситуації, що склалася. Це не означає, що треба шуткувати на тему ковіду, але можна приділити час комедіям, улюбленій музиці, хобі. Наповнювати життя тим змістом, який дає відчуття щастя, задоволення.

Ми вважаємо, що ці рекомендації корисно надавати усім клієнтам, які звертаються на консультацію до психолога або психотерапевта в умовах пандемії, без залежності від типу проблеми чи запиту.

Якщо психологи працюють не індивідуально з клієнтами, а на рівні організації, то М. С. Діденко рекомендує психологам зі штату робити такі дії:

1. Організувати систему інформування персоналу, щодо заходів для профілактики і зниження ризику інфікування COVID, що в свою чергу сприятиме поверненню відчуття безпеки і знизить рівень тривожності працівників.

2. Провести тренінги або вебінари з питань організації роботи онлайн, де обговорюватимуться правила, переваги та труднощі з якими зіштовхнулись співробітники в період карантину, напрями подолання цих труднощів, введення системи наставництва.

3. Створення позитивного іміджу та прихильності до психологічного консультування та звернення за психологічною допомогою.

4. Організація тимблдіingu, зустрічей, ритуалів-онлайн (наприклад, ранкові онлайн зустрічі за чашкою кави для стабілізації психоемоційного стану працівників) [22, с. 38.]

Отже, як ми бачимо, не зважаючи на нові виклики, які поставила перед людьми пандемії, певні вправи та рекомендації для забезпечення психологічного захисту і мінімізації стресу, які існували задовго до карантину, можна з користю пристосувати і до нинішньої ситуації, запроваджуючи їх як індивідуально, так і на рівні організацій.

2.2. КПТ-протоколи для роботи з ковід-асоційованою тривогою та феномен посттравматичного зростання на фоні пандемії

В попередньому пункті нами були охоплені загальні рекомендації доступні для широко кола категорій населення, проте для специфічних запитів, пов'язаних із ковід-асоційованою тривогою наразі вже розроблені численні протоколи.

З огляду на це, хочеться детально зупинитись на розгляді великого і докладного протоколу, розробленого Центром Когнітивної та Поведінкової Терапії (ССВТ) та Службою Первинної медичної допомоги Центрального Огайо (СОРС) [3]. Частина цього протоколу заснована на роботі цілісної когнітивно-поведінкової терапії Skillings & Arnold's (2016) та моделі біопсихосоціального КПТ для комплексної допомоги.

Протокол орієнтований на 5-6 сесій. Розглянемо детально кроки психотерапевта при ковід-асоційованій тривозі в клієнта:

- 1 сесія: Оцінка симптомів тривоги та депресії. Психотерапевту пропонується надати клієнтові опитувальники GAD-7 та PHQ-9, щоб проаналізувати його вихідний емоційний стан. Далі необхідно за допомогою відкритих запитань визначити нездорові думки та поведінку, пов'язану з пандемією Ковід-19 (це може бути як уникання, так і гіперкомпенсація), виділити конкретні стратегії емоційного уникнення у клієнта. Також треба оцінити соціальні ресурси і стресори. Дуже важливо дізнатись, яким чином працює людина (дистанційно чи в офісі), чи втратила вона роботу або частину фінансів через карантин. Обов'язково треба, щоб клієнт визначив за допомогою SUDS (суб'єктивна оцінка дистресу) від 0 до 10 свій дистрес щодо роботи. При обговоренні складу сім'ї зібрати 0-10 оцінку щастя та задоволення від поточних відносин. Якщо є, то ідентифікувати стресогенні відносини та з'ясувати їх тип. Необхідно звернути увагу на фізичне здоров'я клієнта, дізнатись, чи є в нього якісь хвороби, пов'язані з більш тяжким перебігом ковіду (на основі CDC), чи перехворів він на ковід і чи мав якісь наслідки. Оцінити, чи має людина доступ до медичних послуг та яких з карантинних вимог людина дотримується, а яких ні і чому. Варто дізнатись, чи мав клієнт якусь експозицію безпосередньо до ковіду (повернувся з-за кордону, мав підтверджений контакт з хворим, хтось з членів сім'ї захворів і так далі). Наприкінці сесії треба запланувати наступну, вислухати запитання клієнта і надати відповіді на них, оцінити задоволеність сесією.
- 2 сесія: Залучення в КПТ тривоги, пов'язаної з пандемією. На цій сесії можна провести з клієнтом мотиваційне інтерв'ю та запропонувати будувати відтепер сесії за планом. Після отримання дозволу провести коротке нагадування про дотримання заходів громадського здоров'я (старатися бути вдома, зберігати відстань 2 метри, мити руки та намагатись не торкатись обличчя). В обговорення емоцій та емоційного уникання варто включити перелік «симптомів» тривоги, розглянути призначення тривоги (наприклад, реакцію «бий або біжи», роль адреналіну в переживанні захвату, необхідність тривоги як мотиватора до дії). В частині обговорення емоційного уникнення треба розкати про

тривогу від тривоги, проблему витримування фізичного дискомфорту, відчуття наближення катастрофи та нарешті – когнітивне та поведінкове уникнення почуття тривоги. В консультацію доречно включити розповідь про теорію габітуації тривоги. Підвести клієнта до розуміння тривоги в період пандемії Ковід-19, як цілком здорової і нормальної реакції. Після цього можна скласти з клієнтом ієрархію його власних тригерів тривоги при пандемії. Розповісти клієнтові про короткострокові та довгострокові наслідки уникнення тригерів. Виділити типові думки про Ковід-19, які виникають у клієнта, і разом розподілити їх на здорові і некорисні. Дати завдання навчитись помічати думки. Навчити розглядати альтернативні ідеї та дії на основі доказів, а також розвинути в клієнта навички ведення внутрішнього діалогу з думками з використанням альтернативних ідей та доказів. Скласти список альтернативних уникненню дій. Наприклад, розробити здорову поведінку для мінімізації зараження ковідом (маски, дистанція). Погашати реакції гіперкомпенсації, наприклад, якщо є схильність до купування надмірної кількості туалетного паперу, розробити графік покупки паперу і кількості. А також розробити систему нагород для себе за успішний ковід-коупінг при стресі.

Пояснити модель Ковід-Коупінгу, використовуючи Модель Страху (FEAR Model):

F-eelings: (Відчуття) – ідентифікувати ковід-асоційований дискомфорт та відчуття тривоги/страху.

E-xpecting (Очікування поганого) – помітити некорисні думки, пов'язані з ковідом.

A-lternative (Альтернативні думки та кроки) – розглянути альтернативні більш реалістичні думки та поведінку, які допомагають вести здоровий спосіб життя з мінімізацією ризик-факторів захворіти на ковід. Витримувати тригери, де відчувається дискомфорт і тривога.

R-esults (Результати та нагороди) – помічати ефекти від здорової поведінки, винагороджувати себе за зміни та бачити, як це веде до того, що є в житті більш важливим.

Наприкінці другої сесії психотерапевтові треба отримати зворотній зв'язок від клієнта, чи все він зрозумів з технічної точки зору (вправи),

чи не було непорозуміння. Поцікавитись, що клієнт дізнався про відчуття та корисність, а потім назначити наступну зустріч.

- 3-5 сесія: Застосування моделі FEAR для подолання тривоги Ковід-19. На цих сесіях треба створити з клієнтом ієрархію від 3 до 5 факторів/тригерів дискомфорту та тривоги, що провокує пандемія. Далі треба класифікувати фактори, які викликають уникнення, а які надмірну реакцію (гіперкомпенсація). Наступний етап – пристосувати протокол FEAR до уникання (здорово габітуція тривоги) або застосувати модифікацію поведінки (подолання через розвиток толерантності до тривоги). Починати варто з найменшого (найнижчого) фактору ієрархії тривоги, до нього треба застосувати модель FEAR. Бажано, щоб клієнт запам'ятав компоненти цієї моделі і не забував винагороджувати себе за кожен успіх. Можна дати завдання клієнтові розписати, що означає кожна літера F-E-A-R. Загалом, на цих сесіях треба приступити до створення плану трьох експериментів для найнижчого фактора з ієрархії. Можна попросити клієнта придумати для себе 3 доводи, чому йому вдасться подолати тривогу, пов'язану з ковідом у цих експериментах. Наприкінці роботи, розпитати клієнта, як він може пристосувати модель FEAR до свого життя у майбутньому. Також періодично необхідно нагадувати клієнтові про дотримання карантинних вимог. Укінці лікування обов'язково попросити загальний зворотній зв'язок та запропонувати можливість фінальної сесії.

Більш детально всі кроки розписані в самому протоколі, посилання на який є в списку літератури [3]. Особливо варто розглянути можливість застосування подібних протоколів для людей із груп ризику.

Згідно з визначеннями, які надали Лукомська С. О., Мельник О. В. у своїй статті про прогнозоване ними посттравматичне зростання після завершення пандемії Ковід-19, до груп ризику розвитку посттравматичних та інших невротичних розладів зараз належать такі категорії [21 с. 146-147]:

Перша група – медичні працівники, особливо ті, хто працює в інфекційних відділеннях стаціонарів і швидкій допомозі, оскільки вони напряду стикаються з впливом вірусу, мають дуже високе навантаження під

час виконання професійних обов'язків і часто страждають від браку засобів індивідуального захисту, що негативно позначається на їх психологічному стані.

Друга група – люди, які внаслідок кризи зазнали потенційно травматичних подій, таких як втрата коханої людини, здоров'я та здатності працювати і забезпечувати матеріально свою родину. Психологічні проблеми у цієї групи ризику можуть виникати не лише безпосередньо під час пандемії, а й через декілька місяців по її завершенні, це слід враховувати при організації діагностики та допомоги.

Третя група – люди з наявною психопатологією, особливо ті, що мають важкі або помірно виражені психіатричні розлади. В такому випадку погіршення зумовлене вимушеним соціальним дистанціюванням, часто – браком ліків, які необхідно вживати постійно. Крім того до даної групи ризику можна віднести клієнтів психотерапевтів, які незадовго до пандемії консультувалися з приводу панічних нападів, вираженої тривожності і апатії.

Від себе ми могли би додати і четверту групу підвищеного ризику, куди можна включити біженців, людей без постійного місця проживання та людей, що проживають у великій скупченості (будинки пристарілих, бараки, багатодітні сім'ї та ін).

Враховуючи особливості вищезазначених груп підвищеного ризику на період пандемії, психологам, психотерапевтам і психіатрам варто спрямувати свою роботу на:

1. Підтримку медичних працівників з групи ризику для виявлення та навчання управлінню емоційними реакціями, які можуть перешкоджати їхній роботі при наданні допомоги пацієнтам.
2. Допомогу людям із психопатологією в анамнезі та психологічну підтримку осіб, які перебувають на лікуванні Ковід-19 або на профілактичному карантині. Водночас, серйозні психіатричні стани, такі як агресія, самопошкодження чи спроби самогубства, потребують очної допомоги із дотриманням карантинних вимог.
3. Підтримку осіб, родичі яких померли або перебувають у критичному стані, зумовленому ковідом. Під час таких консультацій важливо надавати психологічну допомогу відповідно до стадій горювання.

4. Надання соціальної допомоги біженцям, безхатькам, людям, що проживають у скрупченості.

Безсумнівно не тільки для цих категорій населення, але й для багатьох інших, ця пандемія Ковід-19 стане великим випробуванням в житті, тому для спеціалістів зі сфери психічного здоров'я варто пам'ятати і розповідати клієнтам про феномен посттравматичного зростання, що дає надію в майбутньому.

Посттравматичне зростання це одночасно і процес, і результат процесу, його можна визначити, як позитивні зміни після негативних подій та важких випробувань в житті людини. Воно дозволяє розвинути нову адаптивну поведінку, оволодіти корисними коупінгами з подолання стресу, розкрити силу і витривалість власної особистості, наповнити життя новими сенсами тощо. R. Tedeschi, L. Calhoun показують процес травми і її подолання як шлях до мудрості:



Соціально-когнітивна модель посттравматичного зростання (R. Tedeschi, L. Calhoun)

Якщо перенести цю модель на світову кризу, пов'язану з пандемією Ковід-19, то можна проаналізувати, як на початковому етапі були зруйновані старі уявлення про світ та людство, як було враз змінене звичне життя, як перестали працювати старі стратегії і методи, як те, що раніше було ефективним, перестало таким бути. На наступному етапі ми бачимо, як спроби подолати ковід-кризу призводять до нових проблем (на глобальному

рівні – в економіці, на індивідуальному рівні – старі коупінги не працюють, а нові ще не сформувалися). На шляху до посттравматичного зростання, зумовленого пандемією, багато хто неодноразово звернеться за психотерапевтичною і психологічною допомогою для того, щоб те, що трапилося, стало контрольованими і цілеспрямованими, щоб віднайти конструктивні смисли пандемії та вписати її у власний життєвий наратив. А в результаті – досягнення глобальних змін в ставленні особистості до світу після пандемії, до інших і до самої себе.

Посттравматичне зростання після пандемії Ковід-19 може проявитися змінами у міжособистісних стосунках, змінами у сприйнятті цінності людського життя, трансформації життєвих пріоритетів, збагачення духовної та екзистенційної складових життя. І це те, до усвідомлення чого варто вести клієнтів, те, заради чого представникам сфери здоров'я варто сумлінно виконувати свою роботу, це те, що дає надію в непрості часи пандемії.

ВИСНОВКИ ДО 2 РОЗДІЛУ

Отже, в цьому розділі ми розглянули як загальні рекомендації з різних країн для робітників сфери психічного здоров'я, так і специфічні вказівки протоколів, оскільки пандемія спричинила появу особливих запитів зі сторони клієнтів, таких як, наприклад, ковід-асоційована тривога. Серед інших питань можна виділити зростання інтересу до екзистенційних питань, роботу з психоемоційними станами (зокрема, страхи), загострення внутрішньоособистісних конфліктів і конфліктів в сім'ї.

Серед загальних рекомендацій на перше місце виступають заходи самозахисту від вірусу, також рекомендовані турбота про себе, заняття приємною діяльністю, обмеження читання інформації про пандемію та в цілому фільтрування «спожитої» інформації, релаксаційні вправи, майндфулнесс, медитації, гумор, техніки структурування часу, особистісний і фаховий розвиток, фізичні вправи.

Це особливо важливо для людей із груп ризику, до яких можна віднести медичних працівників, людей, які безпосередньо зазнали психологічних травм від пандемії (втрата близьких через ковід, скорочення

на роботі і так далі), люди з діагностованими до пандемії психопатологіями чи розладами (особливо тривожними, панічними, депресивними), біженцями, людьми, що проживають у великій скупченості.

Для специфічних кейсів ковід-асоційованої тривоги розроблено докладний когнітивно-поведінковий протокол на 5-6 сесій. В цей протокол включена початкова оцінка тривожних і депресивних симптомів, далі стандартне залучення у КПТ-підхід і нарешті розвиток у клієнта ковід-коупінгу з використанням моделі страху (FEAR Model) та винагородами за успіхи в подоланні цієї тривоги.

На рівні організацій психологам також рекомендовано здійснити заходи для мінімізації стресу і переживань, пов'язаних з пандемією, серед співробітників. Зокрема, інформування персоналу щодо профілактики ковіду, онлайн-тренінги та вебінари з проблем пандемії, тімбілдінг, онлайн-зустрічі та онлайн-ритуали для згуртування співробітників, створення позитивного іміджу та прихильності до індивідуальної психотерапії чи роботи з психологом над власними проблемами у часи карантину.

Особливе місце серед рекомендацій посідає інформування клієнтів про феномен пост-травматичного зросту, який означає шлях до мудрості та позитивної трансформації особистості після пережиття травми. Такою травмою стала пандемія Ковід-19 не тільки для окремих людей, а для людства в цілому. Тому процес виходу з цієї травми хоча буде поступовим і пов'язаним з ризиком виникнення численних розладів у людей, які до пандемії їх не мали та ризиком погіршень серед тих людей, хто такі розлади мав в анамнезі, проте психологи і психотерапевти мають наразі численні доказові інструменти, втручання, техніки, які при доброму і творчому пристосуванні до особливостей пандемії ковіду, можуть полегшити цей процес виходу з травми та сприяти формуванню більш психічно стабільного і здорового суспільства.

РОЗДІЛ 3:

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВИЙ ПІДХІД ТА ТЕЛЕМЕДИЦИНА В КОНТЕКСТІ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕНЬ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ КОВІД-19

За визначенням на сайті Міністерства Охорони Здоров'я України, телемедицина — це напрям медицини, а саме комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються при наданні медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну електронними повідомленнями (у випадках, коли відстань є критичним чинником, наприклад, в сільській місцевості) [23]. Під час загальносвітового карантину телемедицина набула важливого значення, зокрема психологічні послуги почали майже повністю надаватися тільки з використанням мережі Інтернет.

Якщо звернутись до досліджень, то деякі американці за останній місяць звернулися до телемедицини: зокрема 22% проконсультувались із медичним працівником по телефону та 13% через відео. 14% проконсультувались із медичним працівником за допомогою чату, текстових повідомлень чи електронної пошти [6]. Тобто можна побачити, яка велика кількість різних каналів зв'язку зі спеціалістом стала доступна людям під час карантину.

При цьому доступ до психологічних онлайн-послуг є нерівномірним по країнах світу. Так група з 16 дослідників-психіатрів з країн, охоплених ВОЗ (крім Китаю), зазначили, що “телепсихіатрія є дефіцитною в ряді країн з низьким та середнім рівнем доходу” [тут і далі 5].

Детальніше розглянемо таблицю:

Доступність телепсихіатрії, онлайн-психотерапії, телефонів гарячої лінії по країнах у світі:

Країна	Доступність
Нігерія	Недоступна
США	Норми, що обмежують використання телепсихіатрії, були послаблені на загальнодержавному рівні; широка доступність інструментів для проведення онлайн-конференцій

Бразилія	Норми, що обмежують використання телепсихіатрії, були послаблені на загальнодержавному рівні; використовується більше у приватному секторі, ніж у державному
Колумбія	Бюрократичні перешкоди для проведення
Парагвай	Початковий і обмежений рівень; телефони «гарячих ліній» вже працюють
Єгипет	Телепсихіатрія за допомогою інструментів онлайн-конференцій; переважає в приватному секторі
Іран	Індивідуальна та групова психотерапія в Інтернеті (включаючи групи для представників сфери охорони здоров'я); телефонні «гарячі лінії»
Ліван	Обмежений доступ
Туніс	Початкова телепсихіатрія через платформи онлайн-конференцій та телефонні консультації
Італія	Більше доступна у приватному секторі, ніж у державному; головним чином через телефон «гарячих ліній», інструменти для проведення конференцій та соціальні мережі
Косово	Використання телефонних «гарячих ліній» та психотерапії в Інтернеті в невідкладних ситуаціях
Португалія	Постійні телеконсультації для медичних працівників та пацієнтів
Іспанія	Телефонні консультації для медичних працівників та амбулаторних служб
Індія	Неформальна телефонна переписка, психотерапія за допомогою онлайн-конференцій для індивідів і груп
Індонезія	Використання популярних інструментів онлайн-конференцій; Первинна психологічна допомога по Інтернету
Сінгапур	Використання інструментів онлайн-конференцій для освітніх, дослідницьких та клінічних досліджень; телефонні «гарячі лінії» широко використовуються

Україна також належить до країн з низьким та середнім рівнем доходу населення, проте у нас спостерігається тенденція до залучення у телемедицину: працюють численні «гарячі лінії» психологічної допомоги, а онлайн-конференції, індивідуальні і групові онлайн-психотерапії доступні в приватному секторі та мало врегульовані державними законами чи нормами.

За допомогою опитувань психологів було визначено такі форми психологічної допомоги в Україні, які використовувались в умовах пандемії

Ковід-19: відповіді на запити через електронну пошту – 53,8%; відповіді на запити через Viber – 46,2%; ведення сторінок в соціальних мережах (Facebook) – 46,2%; проведення Skype-консультування – 34,6%; надання консультацій по телефону – 30,7%; проведення вебінарів та дистанційних навчальних курсів – 23,8% та ін. [22, с. 14]

Люди звертаються, оскільки не знають, що робити, вони розгублені, не розуміють, чи правильно діють, думають над тим, що треба зробити ще. Як сказав Allen R. Miller в контексті обговорення проблематики пандемії Ковід-19, когнітивно-поведінкова психотерапія унікально підходить для того, щоб допомогти людям отримати контроль над своїм життям і почуватись краще [1]. В період пандемії такий підхід є надзвичайно актуальним.

На нашу думку, когнітивно-поведінкова психотерапія добре підходить для надання послуг онлайн, бо вона є дуже структурована, численні тестові та табличні методики можна виконувати за допомогою сайтів, а психоедукаційні матеріали надавати у вигляді електронних книг та навчальних відео. Варто зауважити і обмеження, що деякі експозиції, які використовує КПТ, складно реалізувати під час карантину. Наразі ведуться дослідження ефективності онлайн-КПТ під час пандемії.

Минулої весни стокгольмські дослідники з Karolinska Institutet, які мають досвід вирішення проблем, пов'язаних з тривогою, розробили онлайн-програму самопомоги на основі КПТ, призначену для зменшення тривожності, асоційованої зі спалахом Ковід-19. Дослідники розподілили випадковим чином 670 учасників до двох груп, одна з яких негайно розпочала програму онлайн-КПТ, і друга, якій потрібно було зачекати три тижні. Потім групи порівнювали. Результати показали, що онлайн-психотерапія зменшила безпорадність і занепокоєння в учасників приблизно на 40%. За цей час самооцінка тривоги контрольної групи зменшилась тільки на 17%. Учасники КПТ-терапії онлайн також продемонстрували значне поліпшення здатності функціонувати на роботі та вдома, мали менше проблем зі сном та менший ступінь депресивних симптомів [8].

Звісно, для проведення індивідуальної психотерапії онлайн спеціалісту треба зважати на особливості та відмінності від очного консультування.

Тож давайте розглянемо кроки, які потрібно врахувати психологу/психотерапевту для організації сесії онлайн:

- Крок 1. Безпека і конфіденційність. На відміну від роботи в кабінеті, безпека та конфіденційність онлайн-консультації залежить від психотерапевта, проте більшою мірою від клієнта, його здатності організувати собі відповідне цим умовам місце. Щоб сформувати у клієнта почуття безпеки, психологові варто консультувати на одному і тому ж фоні, в одному і тому ж місці.

Обов'язково при першому контакті психолог з клієнтом мають обговорити формат роботи – відео, аудіо, чат.

- Крок 2. Обрати канал комунікації. Для психотерапевтичного процесу краще обрати добре знайомий онлайн-додаток, як психологу, так і клієнту. Наприклад, Skype або Zoom.
- Крок 3. Домовитись про правила. Наприклад, хто кому перший робить виклик. Як і коли відбувається комунікація між консультаціями.
- Крок 4. Якість зв'язку. Дуже важливо, щоб було гарно чути і видно в обидві сторони. Варто потурбуйтесь і домовитись про додаткові канали або способи зв'язку, якщо щось вийде з ладу, для екологічного завершення процесу [22, с. 37].

Інтернет-ресурс Mental Health Online, створений за ініціативою Національного центру терапії університету Свінберна (Австралія), опублікував до карантину безкоштовний онлайн-посібник з надання відео-консультацій представниками сфери психічного здоров'я. Психологи та психотерапевти можуть скористатись ним за посиланням:

<https://www.mentalhealthonline.org.au/Assets/A%20Practical%20Guide%20to%20Video%20Mental%20Health%20Consultation.pdf>

Британська асоціація поведінкової та когнітивної психотерапії [2] при переведенні психотерапевтів з оффлайну в онлайн на період пандемії рекомендує звернути увагу на такі моменти в наданні дистанційної допомоги:

1. Компетентність і практика.

Хоча дистанційна психотерапія має різні технології та деякі специфічні дилеми, в роботу повинні бути включені основні терапевтичні аспекти співчуття, турботи, професійної поведінки для забезпечення якісної та доказової терапії. Треба продовжувати дотримуватись стандартів поведінки, ефективності та етики. Якщо психолог працює в рамках служби, то служби матимуть власні вказівки щодо дистанційного лікування, яких слід дотримуватися.

2. Навчання та клінічний нагляд.

Спеціалісту треба переконатись, що він компетентний у проведенні психотерапії онлайн, або варто мати супервізора, який має досвід надання інтернет-консультацій, чи звертатися по допомогу до колег, хто давно практикує онлайн.

3. Чіткі очікування та межі.

Без залежності від методу, в якому працює спеціаліст, варто переконатись що клієнт погоджується на такий спосіб роботи. Психотерапевту треба подбати про те, щоб укласти конкретний контракт на терапію для клієнтів, який підходить саме для роботи в Інтернеті. А також подбати про відповідне приміщення для себе для ведення консультацій. Під час сесії, терапевтам слід зосередитись лише на терапевтичному процесі, а не виконувати багатозадачні завдання, наприклад, пошук інтернет-ресурсів під час сесії або читання матеріалів одночасно зі сесією.

Не менш важливо, щоб клієнт знаходився в приміщенні, де відчуває себе безпечно, тихо і вільно. Хорошою ідеєю є перевірити, де знаходиться клієнт, наприклад, чи не приймає він участь у консультації керуючи автомобілем або доглядаючи за дітьми одночасно, чи телевізор й радіо вимкнені, чи не заважатимуть повідомлення або дзвінки. Все це може бути включено в контракт.

Також може бути корисно подумати з клієнтом про те, що він може робити після сеансу, наприклад, щось для розслаблення.

Психотерапевтові потрібно чітко дотримуватись меж початку і закінчення консультації, не приймати повторні дзвінки чи дзвінки в середині консультації. Може бути корисним заздалегідь вигадати

слово або фразу, які клієнт може сказати, якщо онлайн-консультація буде кимось перервана і треба буде закінчити дзвінок, не показуючи, що це консультація.

Якщо треба використовувати текстове повідомлення чи електронну пошту, то необхідно чітко пояснювати клієнтам про те, коли зазвичай перевіряються електронні листи і повідомлення та скільки часу може знадобитися для того, щоб побачити повідомлення та відповісти на нього. Для управління ризиками особливо важливо, щоб клієнт не думав, що психотерапевт може читати повідомлення, коли він не працює. Можна використовувати автоматичну відповідь із стандартним робочим часом і часом відповіді та / або включити до свого електронного підпису, що ви не працюєте у службі екстреної допомоги.

Деяким терапевтам подобається короткочасно працювати з клієнтами між сесіями. Це може посилити ефект терапії, що означає, що клієнти охочіше беруть участь у терапії та покращують прогрес між сесіями. Контакт з пацієнтом електронною поштою або текстом для вивчення змін – один із способів зробити це дистанційно.

Окремо психотерапевту треба переконатися, що у нього є альтернативний спосіб зв'язатися зі своїм клієнтом, якщо відеодзвінок зупиниться, наприклад, електронна пошта чи інший номер телефону. Про це треба домовитися заздалегідь.

4. Вибір відеоплатформи.

Речі, на які слід звернути увагу, включають, чи зашифрована платформа, чи записуються відео-сесії та де вони зберігаються, кому належать зроблені записи. Деякі відеоплатформи записують сесії та використовують їх в анонімній формі для збору даних. Це може не турбувати клієнтів, але важливо відкрито обговорити, щоб вони усвідомлювали обмеження будь-якого програмного забезпечення, яке використовується. Варто звернути увагу на Doxy, Zoom Pro, VSee, Skype for Business, Microsoft Teams та інші. Важливим є оптимальна безпека і функціональність.

5. Модифікація методів КПТ.

Крім стандартних прийомів активного слухання та коротких підсумків, під час телефонних дзвінків може бути дуже корисно попередити клієнта, коли будуть робитись нотатки, бо це може змусити психолога затихнути на деякий час. Варто надавати перевагу рукописним нотаткам, оскільки особливо під час відеодзвінків набір тексту дуже гучний і відволікає увагу.

Треба подумати заздалегідь про способи пояснення метафор або моделей, наприклад, за допомогою посилань на блоги чи фото тощо.

Важливо заздалегідь продумати, які поведінкові експерименти можна планувати та проводити, коли клієнт віддалений від терапевта. Терапевт може бути в змозі залишатися на телефоні, поки пацієнт проводить поведінковий експеримент, але це потрібно планувати відповідно до індивідуальних обставин (та вимог карантину!).

6. Дистанційне управління ризиками.

Управління ризиками в Інтернеті або по телефону стосується принципів, подібних до роботи віч-на-віч. Оцінка та управління ризиками – це постійний процес протягом усієї терапії.

Там, де ризик ідентифікований, але неминучий, слід забезпечити спільну розробку та узгодження плану управління ризиками. План управління ризиками повинен містити контактні номери, кому телефонувати першим. Як і при очній роботі, наявність контакту з лікарем може бути важливим.

7. Особливості роботи з молодими клієнтами, які використовують дистанційні форми терапії.

Працюючи з молодими людьми в Інтернеті, надзвичайно важливо встановити чіткі межі та очікування. Наприклад, чітко пояснити, що терапія в Інтернеті настільки ж важлива, як очна терапія. Треба також чітко пояснити, що терапія КПТ в Інтернеті – це теж КПТ, а не просто онлайн або телефонний чат.

Необхідно визначити участь батьків у роботі з дітьми та молоддю в Інтернеті. На початку терапії є гарною ідеєю уточнити та отримати згоду з молодою людиною, чи хотіла б вона, щоб батьки були

залучені чи ні. Це також буде залежати від віку молодшої людини. Батьки можуть бути присутніми на заняттях для дітей молодшого віку.

8. Присутність в Інтернеті.

Інтернет-сеанси можуть означати, що з більшою ймовірністю психотерапевта будуть шукати в пошукових системах, тому важливо підтримувати професійний імідж у соціальних мережах та перевіряти свій цифровий слід. Оновлювати свої професійні веб-сайти та посилання.

Отже, як бачимо, когнітивно-поведінкова психотерапія є методом найпершого вибору при організації психологічної допомоги онлайн в період пандемії Ковід-19. Вона вписується у телемедицину, а її принципи та методи дозволяють надійно підлаштуватись до дистанційного проведення, тим паче що дослідження вказують на її ефективність при роботі з клієнтами онлайн.

ВИСНОВКИ ДО 3 РОЗДІЛУ

Телемедицина та надання психологічних послуг дистанційно набули важливого значення під час пандемії Ковід-19 у світі, оскільки на час карантину багато бізнесів повністю перейшли в онлайн. Внаслідок цього як в Україні, так і за кордоном зріс попит на онлайн-консультації, не зважаючи на те, що доступність телепсихіатрії по країнах з низьким та середнім рівнем доходу різниться. В Україні доступні численні «гарячі лінії», онлайн-конференції, індивідуальні і групові онлайн-психотерапії в приватному секторі. В умовах пандемії вітчизняні психологи консультують переважно через відповіді на запити по електронній пошті, через Viber, ведуть сторінки в соціальних мережах (Facebook), проводять Skype-консультування, надають допомогу по телефону, проводять вебінари та дистанційні навчальні курси.

Структурованість, наявність тестових й табличних методик, психоедукаційних матеріалів та ін. у когнітивно-поведінковому підході дозволяють його впевнено пристосувати для надання послуг онлайн. КПТ також підходить для того, щоб допомогти людям отримати почуття контролю над власним життям у непередбачувані часи пандемії.

Дослідження показують, що учасники КПТ-терапії онлайн демонструють поліпшення здатності функціонувати на роботі та вдома, мають менше проблем зі сном та менший ступінь депресивних симптомів. Проте для проведення консультацій в Інтернеті психотерапевту треба звернути особливу увагу на місце проведення сесії, безпеку і конфіденційність, вміти обрати канал комунікації (Skype, Zoom, Doxy, VSee, Microsoft Teams та ін.), домовитись з клієнтом про правила і межі, подбати про якість зв'язку та інші можливі шляхи комунікації, почитати онлайн-посібники з надання відео-консультацій, вдаватись до супервізій та інтервізій з більш досвідченими в онлайн-роботі колегами, скласти спеціальну Інтернет-угоду про надання послуг, вміти модифікувати методи КПТ до дистанційної роботи, зважати на особливості онлайн-роботи з молодими клієнтами, дистанційно управляти ризиками та регулювати власну присутність в Інтернеті, в тому числі у соціальних мережах.

Таким чином телемедицина та онлайн-КПТ під час карантинних обмежень у період пандемії Ковід-19 є надзвичайно необхідними та актуальними засобами для покращення психологічного стану населення, подолання тривоги невизначеності, поліпшення щоденного функціонування та профілактики психічних розладів.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

30 січня 2020 року в світі розпочалась пандемія вірусу нового типу Ковід-19, яка мала наслідки на економічну, фізичну та ментальну сфери життя. Карантинні обмеження, скорочення на роботі, переведення на дистанційну працю і навчання, зіткнення з невизначеністю спричинили посилення тривожних та депресивних розладів населення по всьому світу, а в окремих випадках спостерігались посттравматичні стресові реакції, розлади сну, втома, виснаження, розгубленість, надмірне споживання алкоголю, зростання кількості суїцидів. З'явилися нові явища – ковід-дискримінація та пост-ковідний синдром, які також збільшують ризик появи психічних розладів.

Особливо чутливими до цих факторів виявились жінки та молоді групи населення. До груп ризику також увійшли медичні працівники, люди, які зазнали втрати близьких через ковід або скорочення на роботі, люди з діагностованими до пандемії розладами, біженці, люди, що проживають у великій скупченості і так далі.

Пандемія також спричинила низку нових запитів зі сторони клієнтів, як, наприклад, ковід-асоційована тривога, конфлікти в сім'ї на фоні ізоляції, екзистенційні запитання і таке інше. Хоча, звісно, жодна професійна підготовка психологів, психотерапевтів та психіатрів не могла включати в себе навчання у сфері ментального здоров'я при пандемії.

В якості протидії цьому численні організації почали адаптувати та випускати загальні рекомендації з різних країн для робітників сфери психічного здоров'я, до яких входять заходи самозахисту від вірусу, турбота про себе, заняття приємною діяльністю, обмеження інформації про вірус, релаксаційні вправи, майндфулнесс, медитації, гумор, техніки структурування часу, особистісний і фаховий розвиток, фізичні вправи.

На рівні організацій психологам рекомендовано інформування персоналу щодо профілактики ковіду, онлайн-тренінги та вебінари з проблем пандемії, тімбілдінг, заходи для мінімізації стресу, створення прихильності до індивідуальної психотерапії у часи карантину серед співробітників.

З огляду на вищесказане стає очевидною необхідність кваліфікованої та науково обґрунтованої психологічної допомоги населенню. У дослідженнях показано, що когнітивно-поведінкова терапія онлайн допомагає у поліпшенні здатності функціонувати на роботі та вдома, зменшує проблеми зі сном та депресивні симптоми в часи пандемії. А для роботи з ковід-асоційованою тривогою наразі вже розроблено детальний КПТ-протокол від Центру Когнітивної та Поведінкової Терапії (ССВТ), орієнтований на 5-6 сесій.

Структурованість, наявність тестових й табличних методик, психоедукаційних матеріалів у когнітивно-поведінковому підході дозволяє його пристосувати до надання послуг онлайн. Проте для роботи в Інтернеті, крім забезпечення базових стандартів конфіденційності, безпеки та етики, психотерапевтові варто прислухатись і до інших рекомендацій Британської асоціації поведінкової та когнітивної психотерапії. Як-то обрати надійний канал онлайн-комунікації, обговорити правила і межі, подбати про якість зв'язку та інші варіанти комунікації, почитати вже розроблені онлайн-посібники з надання відео-консультацій, супервізуватись щодо переходу в онлайн, вміти модифікувати методи КПТ до дистанційної роботи, управляти ризиками та відстежувати свій імідж в соціальних мережах.

Також важливо не забувати інформувати клієнтів про феномен пост-травматичного зростання після пережиття травми, якою стала для нас ця пандемія. Важкі часи пройдуть, ми адаптуємося до змін, а когнітивно-поведінкова психотерапія допоможе нам на шляху до формування більш резилієнтного і здорового суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

A-Z:

1. Allen R. Miller. Beck Institute. - **Using CBT to Respond to COVID-19** / <https://beckinstitute.org/using-cbt-to-respond-to-covid-19/>
2. British Association of behavioral and cognitive psychotherapy. - **Tips related to remote therapy provision** / https://www.babcp.com/Therapists/Remote-Therapy-Provision?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=uk&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=ajax,se,elem,sc
3. Center for Cognitive and Behavioral Therapy (CCBT) and Central Ohio Primary Care (COPC): Total Care through Co-Location. - **Adapted Treatment Protocol for COVID19-Related Anxiety.** / <https://ccbtcolumbus.com/wp-content/uploads/2020/04/REVISED-Adapted-Treatment-CBT-Protocol-for-COVID19-Anxiety-in-Adults.pdf>
4. Conor Stewart. - **Distribution of impact on mental health and mood as a result of the COVID-19 pandemic in Europe as of 2020** / <https://www.statista.com/statistics/1233576/covid-19-impact-on-mental-health-in-europe/>
5. **COVID-19 effect on mental health: patients and workforce** / <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2820%2930153-X>
6. **COVID-19 Survey Summary: April 24, 2020. (2020)** / https://www.langerresearch.com/wp-content/uploads/SEAN-COVID-19-Survey-Summary_4-24-20.pdf
7. Cyrus SH Ho, Cornelia YI Chee, Roger CM Ho, / **Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic.** / <http://www.annals.edu.sg/pdf/49VolNo3Mar2020/V49N3p155.pdf>
8. ETHealthWorld / November 21, 2020/ **Digital CBT effective for severe Covid-19 worry.** /

- <https://health.economictimes.indiatimes.com/news/industry/digital-cbt-effective-for-severe-covid-19-worry/79332738>
9. John Markowitz. / **Virtual treatment and social distancing.** / <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2820%2930140-1>
 10. John R. Petet. Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2020 / **COVID-19 Anxiety.** / <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10943-020-01041-4.pdf>
 11. Jonathan P Rogers, Edward Chesney, Dominic Oliver, MS Thomas A Pollak, Prof Philip McGuire, Paolo Fusar-Poli, Michael S Zandi, Prof Glyn Lewis, Prof Anthony S David / **Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic.** / [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30203-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30203-0/fulltext)
 12. Leonardo Villani, Roberta Pastorino, Enrico Molinari, Franco Anelli, Walter Ricciardi, Guendalina Graffigna, Stefania Boccia. - Villani et al. **Globalization and Health/ Impact of the COVID-19 pandemic on psychological well-being of students in an Italian university: a web-based cross-sectional survey /** <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12992-021-00680-w.pdf>
 13. Maxime Taquet, Prof John R Geddes, Prof Masud Husain, Sierra Luciano, Prof Paul J Harrison. - **6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records /** [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00084-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00084-5/fulltext)
 14. Prof Emily A Holmes, Prof Rory C O'Connor, Prof V Hugh Perry, Prof Irene Tracey, Prof Simon Wessely, Prof Louise Arseneault. / **Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science.** / [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30168-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30168-1/fulltext)

15. Rebecca Murphy, Simona Calugi, Zafra Cooper and Riccardo Dalle Grave. / **Challenges and opportunities for enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) in light of COVID-19.** / <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/92610DD4CAEEC23D0D81D0A269967588/S1754470X20000161a.pdf>
16. Scott Keeter. Pew Research Center. - **Many Americans continue to experience mental health difficulties as pandemic enters second year.** / <https://pewrsr.ch/2QaIrRH>
17. United Nations. Regional Information Centre for Western Europe. - **Concerns are raised over the threat of COVID-19 to mental health in Europe/** <https://unric.org/en/concerns-are-raised-over-the-threat-of-covid-19-to-mental-health-in-europe/>
18. Victor Pereira-Sanchez, Frances Adiukwu, Samer El Hayek, Drita Gashi Bytyçi, Jairo M Gonzalez-Diaz, Ganesh Kudva Kundadak. / **COVID-19 effect on mental health: patients and workforce.** / <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2820%2930153-X>
19. World Confederation of Cognitive and behavioral therapies. - **A Response to the COVID-19 situation from a Cognitive Behaviour Therapy (CBT) perspective.** / <https://www.alamoc-web.org/cbt.pdf>

А-Я:

20. Дембіцький С.С., Злобіна О.Г., Сидоров М.В.-С., Мамонова Г.А. **Стан психологічного дистресу серед різних соціальних груп в Україні під час пандемії covid-19**/ Науковий журнал. Ukr. socium, 2020, 2(73): с. 74-92 / https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://ukr-socium.org.ua/wp-content/uploads/2020/07/74_92_No273_2020_ukr.pdf
21. Кременя В.Г.; [координатор інтернет-посібника В.В. Рибалка ; колектив авторів]/**Психологія і педагогіка у протидії пандемії COVID-19: Інтернет-посібник** / Київ :ТОВ «Юрка Любченка», 2020. 243 с. / https://dnmcp.com.ua/sites/default/files/2020-05/Інтернет_посібник_за%20ред%20ВГ%20Кременя_ПСИХОЛОГІЯ%20І%20ПЕДАГОГІКА%20У%20ПРОТИДІЇ%20ПАНДЕМІЇ%20COVID-19_%20укр%20ПДФ%2006.05.2020.pdf
22. Максименко С.Д., Карамушка Л.М., Бендерезь Н.М., Шевченко А.М., Креденцер О.В., Київ. - **Психологічне здоров'я персоналу організацій в умовах пандемії COVID-19: проблеми та технології забезпечення : матеріали XIV Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції з організаційної та економічної психології (21 травня 2020 року)** – Біла Церква, 2020. 135 с. / http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/zbirnik_ost_var_1594384171.pdf
23. Міністерство Охорони Здоров'я України. **Як застосовувати телемедицину лікарям первинної ланки: методичні рекомендації.** / <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/jak-zastosovuvati-telemedicinu-likarjam-pervinnoi-lanki-metodichni-rekomendacii>
24. Панок, В. Г. (2021). **Результати дослідження психологічного стану учасників освітнього процесу в умовах пандемії COVID-19.** Вісник Національної академії педагогічних наук України, 3(1) / <https://doi.org/10.37472/2707-305X-2021-3-1-9-1>
25. Слюсаревський М.М., Найдьонова Л.А., Вознесенська О.Л.: наук. ред. – **Досвід переживання пандемії covid-19: дистанційні психологічні дослідження, дистанційна психологічна підтримка: матеріали онлайн-семінарів 23 квітня 2020 року «Досвід карантину: дистанційна психологічна допомога і підтримка» та 15 травня 2020 року «Дистанційні психологічні дослідження в умовах пандемії**

covid-19 і карантину» – К. : ІСПП НАПН України, 2020. – [електронне видання]. –121 с. / https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/Static/dosvid_onl-sem_23-04-20_and_15-05-20_ncov19.pdf