

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи



Высокова Виктория Олеговна

**Клинические особенности психических нарушений в период эпидемии
новой коронавирусной инфекции**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Тювина Нина Аркадьевна

Москва – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	12
1.1. Оценка возможности влияния новой коронавирусной инфекции на психическое здоровье населения	12
1.2. Оценка влияния предыдущих эпидемий на состояние психического здоровья населения	15
1.3. Эпидемиология.....	17
1.4. Психогенные факторы, влияющие на возникновение психических нарушений в период пандемии.....	19
1.5. Факторы риска возникновения психических нарушений во время пандемии.....	26
1.6. Психические расстройства в остром периоде коронавирусной инфекции и отдаленные последствия	29
1.7. Психические расстройства, связанные с пандемией новой коронавирусной инфекции, у пациентов без психиатрического анамнеза	31
1.8. Влияние пандемии на пациентов с диагностированными психическими заболеваниями	34
ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ	40
2.1. Материал исследования.....	40
2.2. Основные методы исследования	41
2.3. Дизайн исследования.....	42
2.4. Социально-демографическая характеристика групп	43
ГЛАВА 3. ПРИЧИНЫ И ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ COVID-19	45
3.1. Основные предикторы развития психических нарушений.....	45
3.2. Влияние психогенных факторов на развитие психических расстройств	49

3.3. Влияние перенесенной инфекции на развитие психических расстройств.....	53
3.4. Соотношение диагнозов и факторов, связанных с пандемией, в исследуемых группах пациентов.....	55
ГЛАВА 4. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ	77
4.1. Сравнительная частота диагнозов у пациентов, перенесших и неперенесших инфекцию COVID-19.....	77
4.2. Выявление клинических особенностей психических нарушений у пациентов, перенесших и не перенесших инфекцию COVID-19	80
Клиническая иллюстрация 1	96
Клиническая иллюстрация 2	106
Клиническая иллюстрация 3	111
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	117
ВЫВОДЫ.....	129
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	132
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	133
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	134

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

В декабре 2019 года в городе Ухань, Китай, были зарегистрированы первые случаи пневмонии, вызванной новым коронавирусом – COVID-19 [4]. 11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила COVID-19 пандемией [146]. По данным ВОЗ по состоянию на 23 мая 2023 года в мире выявлено 766 895 075 заразившихся и 6 935 889 подтвержденных случаев смерти больных, инфицированных новой коронавирусной инфекцией [51]. В Российской Федерации – 18 379 583 случая заражения, подтвержденных смертей – 380 076 [4].

С самого начала эпидемии проводились исследования воздействия вируса на организм человека в целом и на отдельные органы и системы, в том числе на центральную нервную систему и психическое состояние [110]. Согласно мнению большинства исследователей, эпидемия вызывает психические нарушения через воздействие двух основных факторных групп. Первая группа связана с психогенными аспектами, такими как ограничительные меры, изменения в экономике, информационный поток в СМИ и переход к удаленному общению в различных сферах жизни, что влечет за собой кардинальные изменения в повседневной деятельности. Вторая группа включает новую коронавирусную инфекцию, непосредственно влияющую на головной мозг, и вызванные перенесенной инфекцией различные соматические осложнения, в том числе так называемый «постковидный синдром» [20, 61, 94, 96, 101, 150]. В литературе достаточно подробно представлено влияние этих факторов на популяцию, однако недостаточно данных о воздействии их на людей с уже диагностированными психическими заболеваниями.

В начале эпидемии из-за недостаточной информации о опасности новой коронавирусной инфекции и применяемых ограничительных мерах, исследования в основном проводились в удаленном режиме с использованием опросников для определения степени распространения и конкретных симптомов психических

расстройств [97]. В последних публикациях исследователи указывают на значительное увеличение тревожных и депрессивных нарушений, обусловленных воздействием различных факторов и обстоятельств, связанных с пандемией [122], а также на возникновение психотических симптомов в остром периоде инфекции у людей без диагностированных психических заболеваний [27, 53]. Появились данные о последствиях перенесенного COVID – 19, квалифицируемых как постковидный синдром, включающий соматоневрологические нарушения и связанные с ними психопатологические проявления [62]. В некоторых работах исследована реакция пациентов, страдающих психическими заболеваниями, на пандемию. При этом одни авторы указывают на обострение имеющихся симптомов болезни [149], а другие – даже на облегчение симптоматики [100]. Практически нет клинических исследований, касающихся влияния новой коронавирусной инфекции на психопатологическую картину и течение психических расстройств. Отсутствуют данные о том, какие нарушения чаще возникают или обостряются психогенно, какие – вследствие перенесенной инфекции и какое влияние оказывает на психическое состояние вакцинация.

Степень разработанности темы исследования

Имеющиеся на сегодняшний день данные свидетельствуют об увеличении первичной обращаемости по поводу появления симптомов психических расстройств в период пандемии, но нет достаточных сведений о влиянии пандемии на течение уже диагностированных психических расстройств. Также в литературе нет достаточной информации о клинических особенностях психических расстройств в период пандемии, причин и предикторов их возникновения. Недостаточно дифференцированных данных как о роли самой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2, так и сопутствующих пандемии обстоятельств и факторов в возникновении психических расстройств впервые в жизни и влиянии на клинику и течение уже имеющихся психических заболеваний.

Цели и задачи исследования

Изучение и анализ клинических особенностей психических нарушений во время пандемии коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 у пациентов, впервые обратившихся за психиатрической помощью, и с ранее диагностированными психическими заболеваниями.

Задачи исследования:

1. Определить факторы, влияющие на развитие психических заболеваний у пациентов, впервые обратившихся к психиатру в период пандемии COVID-19.
2. Установить факторы, влияющие на ухудшение психического состояния в период пандемии COVID-19 у пациентов с ранее диагностированными психическими заболеваниями.
3. Изучить клинические особенности психических нарушений, возникших в период пандемии COVID-19 у пациентов, впервые обратившихся к психиатру.
4. Изучить клинические особенности психических нарушений, возникших в период пандемии COVID-19 у пациентов с ранее диагностированными психическими заболеваниями.
5. Определить роль COVID-19 в возникновении нарушений у пациентов, впервые обратившихся к психиатру, и с ранее диагностированными психическими заболеваниями.

Научная новизна

Впервые изучены клинические особенности психических нарушений, развившихся впервые в период пандемии новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. Изучены особенности обострений на фоне пандемии уже имеющих психических заболеваний с учетом перенесенной инфекции, влияния факторов, связанных с пандемией, и проведенной вакцинации.

Изучены факторы, провоцирующие ухудшение психического состояния у больных с ранее диагностированными и впервые развившимися в период пандемии психическими расстройствами. Проведен сравнительный анализ клинических и социо-демографических характеристик у пациентов, перенесших и не перенесших COVID-19. Впервые выявлены различия в психопатологической симптоматике у больных, перенесших и не перенесших коронавирусную инфекцию. Описаны острые психотические состояния, развившиеся после перенесенной инфекции SARS-CoV-2.

Теоретическая и практическая значимость работы

Результаты исследования позволили выявить клинические особенности психических расстройств, развившихся в период пандемии COVID-19, а также отличия в клинической картине обострений уже имеющихся психических заболеваний. Установлено, что в период пандемии впервые развивались психические расстройства преимущественно невротического уровня – депрессивные и тревожные расстройства. Выявлено, что на развитие или обострение психических расстройств влияли психогенные факторы, ассоциированные с пандемией COVID-19, или фактор перенесенной коронавирусной инфекции. Полученные данные могут способствовать оптимизации профилактических мер, направленных на предотвращение развития психических заболеваний в период эпидемий.

Выявлены отличия в клинической картине психических расстройств в группах пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию и без COVID-19. Определение клинических особенностей психических нарушений в зависимости от наличия перенесенной инфекции могут быть использованы для более точной диагностики и подбора адекватной терапии. Результаты исследования могут использоваться в амбулаторной и стационарной психиатрической практике, а

также в процессе обучения студентов, клинических ординаторов, врачей-психиатров в системе послевузовского профессионального образования.

Методология и методы исследования

В основу работы положен клинико-психопатологический метод, дополненный данными психометрических шкал, позволяющих объективизировать полученные данные. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью StatTech v. 2.8.8 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Положения, выносимые на защиту

1. Впервые развившиеся в период пандемии COVID-19 психические расстройства наиболее часто были представлены депрессивным эпизодом, генерализованным тревожным расстройством, соматоформным расстройством. Реже причинами обращения к психиатру являлись: смешанное тревожно-депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, эмоционально неустойчивое расстройство личности. У 4-х человек после перенесенного COVID-19 развились острые психотические состояния. Пациенты с установленным до пандемии диагнозом психического заболевания наиболее часто обращались к психиатру в связи с обострением биполярного аффективного расстройства, рекуррентного депрессивного расстройства и шизофрении.
2. Более половины пациентов, переболевших COVID-19, связывали развитие или обострение психического заболевания с перенесенной коронавирусной инфекцией.
3. Психогенные факторы, способствующие развитию или обострению психических расстройств, также преимущественно были представлены объективными обстоятельствами или субъективными переживаниями, ассоциированными с пандемией COVID-19: карантинные мероприятия, информация в СМИ, опасения за здоровье родных, финансовые потери.

4. Фактор перенесенного коронавирусного заболевания влиял на различия в клинической картине психических расстройств, как развившихся впервые, так и обострившихся в период пандемии. Депрессивные и тревожные расстройства, развившиеся или обострившиеся после перенесенного COVID-19, характеризовались более выраженными когнитивными нарушениями, большей тяжестью депрессивной симптоматики. Для тревожных и депрессивных расстройств в группе пациентов, не болевших COVID-19, были характерны выраженные тревожные переживания, вплоть до агитации, навязчивые мысли о возможном заражении и опасности инфекции, панические атаки, ипохондрические включения.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности – 3.1.17. Психиатрия и наркология. Полученные результаты соответствуют области исследования специальности, тема и результаты данной работы соотносятся с 4 пунктом областей исследований специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология, а именно клиника, диагностика, терапия расстройств и реабилитация психически больных.

Степень достоверности и апробация результатов

Автором была произведена точная регистрация анамнестических и клинических данных пациентов в полном объеме. Было выполнено сопоставление результатов автора с информацией, полученной в предыдущих исследованиях, как национальных, так и зарубежных, в пределах изучаемой тематики. Методы исследования являются информативными, дизайн исследования соответствует поставленным цели и задачам. Достоверность результатов подтверждается

достаточным объемом полученных клинических данных, применением адекватных методов статистического анализа.

Результаты диссертации были представлены на научно-практической конференции «Новые подходы к терапии основных психических расстройств» кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (Москва, 26 апреля 2023 г.).

Диссертационная работа была апробирована на заседании кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), протокол №11 от 28 августа 2023 г.

Внедрение результатов исследования в практику

Полученные данные о клинических особенностях психических расстройств, развившихся на фоне пандемии, их факторах риска используются в лечебной работе Клиники психиатрии имени С.С. Корсакова Университетской клинической больницы № 3 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Теоретические положения применяются в учебно-педагогическом процессе на кафедре психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Личный вклад автора

Вклад автора определяется ее активным участием в различных аспектах исследования. Это включает выбор направления исследования, анализ и

суммирование имеющихся данных литературы, постановку целей и задач, а также разработку дизайна исследования. Лично автором проведен отбор пациентов, выполнено клиническое и психопатологическое обследование, а также клинико-катамнестическое исследование. Автор обобщила и проанализировала полученные результаты. Кроме того, автор подготовила основные публикации по теме исследования, что свидетельствует о ее значительном вкладе и погруженности в процесс исследования.

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертации опубликовано 5 статей в изданиях, индексируемых в международной базе данных Scopus, из них 2 обзора.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 149 страницах и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, указателя использованной литературы, состоящего из 150 источников, из которых – 34 отечественные, 116 – зарубежные. В тексте диссертации представлены 12 таблиц, 39 рисунков, 3 клинические иллюстрации с анализом.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Оценка возможности влияния новой коронавирусной инфекции на психическое здоровье населения

Пандемия новой коронавирусной инфекции продолжается уже три года, характеризуется волнообразным течением, появлением новых штаммов вируса, ростом заражений и смертности. Несмотря на создание вакцин, переквалификацию врачей и медицинских работников, открытие новых стационаров для лечения и перестройку системы здравоохранения в новых эпидемических условиях, новая коронавирусная инфекция последние годы остается одной из главных причин заболеваемости и смертности. По состоянию на апрель 2023 года зарегистрировано 756 миллионов диагностированных случаев тяжелого острого респираторного синдрома, вызванного коронавирусом SARS-CoV-2, а также 6,84 миллионов смертей во всем мире. На Российскую Федерацию приходится более 18 миллионов подтвержденных случаев COVID-19 и 380 тысяч смертей [4].

Помимо угрозы соматическому здоровью, инфекция наносит существенный урон психическому состоянию людей [7, 10, 13, 20, 22, 29, 30, 34, 107]. Влияние COVID-19 на социальную и экономическую сферу оказалось значительно больше, чем во время предыдущих локальных пандемий (таких как эпидемии вирусов SARS и MERS, Эбола), что, в свою очередь, не могло не сказаться на психическом состоянии людей [51]. Долгое время вирус был малоизучен и отсутствовали эффективные схемы профилактики и лечения. При этом в СМИ и в интернет-пространстве активно освещалась тема вируса, в том числе многочисленные недостоверные и внушающие панику новости – все это вызывало недоверие, панику, страх заражения и смерти, приводящие в ряде случаев к психическим расстройствам. Людей также подвергли давлению социально-экономические волнения, вызванные пандемией. В странах рекомендовано и обязательно было соблюдать самоизоляцию и, при возможности, перейти на дистанционную работу,

что также отражалось на психическом состоянии людей [97, 102, 122, 132]. При этом нельзя исключать влияние самой инфекции на центральную нервную систему и, следовательно, на психическое состояние [3, 14, 18].

За годы пандемии было опубликовано большое количество научных исследований, изучающих психические нарушения, возникшие на фоне пандемии или в результате перенесенной инфекции. Однако в связи с недостаточными, особенно на момент начала пандемии, данными об опасности и контагиозности новой коронавирусной инфекции, а также введенными во многих регионах ограничительными мерами, первые исследования на эту тему проводились с помощью дистанционных методов обследования, таких как онлайн-опросники, видео-интервью [1, 2, 119].

Во вторую категорию психических нарушений, обусловленных воздействием психогенных факторов [13, 34], можно включить следующие явления: принудительная самоизоляция, ограничение общения с близкими и друзьями, потеря рабочих мест из-за экономических потерь в различных сферах, переход на удаленную работу, что не может не сказываться на привычном образе жизни людей в пандемию [97]. Также исследователи указывают, что в обществе наблюдается увеличение уровня тревожности по поводу состояния своего здоровья. Это сопровождается повышенным спросом на индивидуальные средства защиты и профилактические препараты, которые не всегда обладают научно подтвержденной эффективностью. Также отмечается увеличение числа обращений в медицинские учреждения, которое не всегда обусловлено конкретными медицинскими причинами. Все эти факторы способствовали появлению разнообразных психических расстройств, включая случаи у людей без психических заболеваний [61].

Первые установленные случаи психических нарушений были выявлены в городе Ухань – месте начала распространения эпидемии. Медицинские работники, работающие первыми сообщили о наблюдаемых у них симптомах, таких как астения, повышенная тревожность и навязчивые мысли [17, 18, 19, 20, 89]. Также

подобные проявления были зафиксированы среди рабочего взрослого населения [149], а также среди пациентов, которые были госпитализированы с COVID-19. Эти симптомы оказались одними из неотъемлемых аспектов общей картины воздействия эпидемии на благополучие граждан [101].

Затем рост психических расстройств был выявлен во всем Китае, а также в ряде других стран, где успел широко распространиться вирус. Уже на ранних сроках пандемии в разных странах в среднем у 20% – 30% населения выявлялись тревожные и депрессивные расстройства [45, 117, 124]. В одном из первых онлайн-исследований были обследованы 1593 респондента старше 18 лет на предмет наличия симптомов тревожных и депрессивных расстройств. Для оценки выраженности симптоматики использовались шкалы самооценки тревожности (SAS) и депрессии (SDS). В данном исследовании выявлены признаки тревоги и депрессии у 8,3% и 14,6% опрошенных соответственно. Кроме того, выявлено статистически значимое повышение частоты проявлений тревоги и депрессии среди исследуемых, чьи близкие были помещены в карантин или прибегли к самоизоляции, в сравнении с остальными участниками [117]. Подобное исследование проведено среди 8079 учащихся. Им были предоставлены опросники, связанные с пациентами: опросник здоровья пациента (PHQ-9) и опросник обобщенного тревожного расстройства (GAD-7) [13]. Было выявлено, что частота проявления признаков депрессии, тревожности и их комбинированных проявлений - 43,7%, 37,4% и 31,3% [144].

В Германии было проведено кросс-секционное исследование, в ходе которого были собраны данные онлайн анкетирования 15 704 жителей от 18 лет и старше. Были оценены симптомы генерализованного тревожного расстройства (ГТР), такие как необоснованная тревога, ночные пробуждения, постоянное беспокойство, эмоциональное напряжение, раздражительность и возбуждение [10]. Тем не менее, только небольшая часть изучаемой группы демонстрировала симптомы, соответствующие критериям выраженного тревожного расстройства, и лишь 16% удовлетворяли критериям ГТР. Более выраженные симптомы в большей

степени были свойственны женщинам и молодым людям [45]. В отличие от немецких исследователей, китайские ученые сообщают о значительном увеличении проявлений ГТР, сопровождающегося нарушениями сна и изменениями настроения. Свыше 33% участников данного научного исследования описали заметные клинические признаки тревожных расстройств. Эти признаки включали ощущение страха перед заражением, постоянное стремление к получению информации о пандемии, невозможность уйти от мыслей о потенциальных негативных последствиях, частые нарушения ночного сна, трудности в засыпании и изменчивость психоэмоционального состояния [95].

1.2. Оценка влияния предыдущих эпидемий на состояние психического здоровья населения

Массовые эпидемии инфекционных заболеваний неизбежно оказывают негативное влияние на психическое здоровье людей. В такие периоды, особенно когда речь идет об особо опасных заболеваниях, люди чувствуют страх за свою жизнь и здоровье, усиливаемый противоречивой информацией из СМИ о том, как предотвратить заболевание и как его лечить [127]. Например, некоторые люди могут испытывать страх заражения, даже если они сами не являются частью группы риска, что может привести к их социальной изоляции. В то же время, люди, которые реально находятся в группе риска, могут испытывать повышенный уровень тревоги и депрессии, который может негативно повлиять на их здоровье и выздоровление.

Несколько исследований показали, что острые респираторные синдромы, вызываемые коронавирусами, такими как SARS и MERS, предшествующими пандемии COVID-19, негативно отражаются на психическом состоянии [151]. В метаанализе исследований госпитализированных пациентов с SARS или MERS было обнаружено, что высокий процент людей страдает от таких психических нарушений, как спутанность сознания (27,9%), депрессивное настроение (32,6%),

тревога (35,7%), нарушение памяти (34,1%) и бессонница (41,9%) [118]. Из исследования, проведенного в течение 8 лет на людях, перенесших ближневосточный респираторный синдром, выявлено, что у почти четверти из них было обнаружено посттравматическое стрессовое расстройство. Это свидетельствует о серьезных последствиях, которые могут возникнуть у людей, переживших такие тяжелые заболевания [125].

Во время эпидемии геморрагической лихорадки, вызванной вирусом Эбола (2014–2016 годы), было выявлено, что возникающие у людей страх и паника не только затрудняют борьбу общественного здравоохранения с эпидемией, но и замедляют выздоровление выживших [92]. Кроме того, другое исследование показало, что почти у половины выживших после заболевания, вызванного вирусом Эбола, наблюдались психопатологические проблемы, такие как тревога, депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство [87]. Спустя 17 месяцев после вспышки болезни легионеров было обнаружено, что большинство выживших страдают от стойких симптомов, таких как слабость, усталость, неврологические и нервно-мышечные нарушения, а также посттравматическое стрессовое расстройство, которое было выявлено у 15% выживших [127]. Кроме того, после тяжелого течения SARS наблюдался повышенный уровень стресса и тревоги в сравнении с контрольной группой, который не уменьшился даже спустя год [96, 141]. Почти у четверти людей, перенесших ближневосточный респираторный синдром при 8-летнем наблюдении было обнаружено посттравматическое стрессовое расстройство [9].

Как показывает анализ данных о влиянии предыдущих эпидемий на психическое состояние, не стоит недооценивать связь между вспышками инфекционных заболеваний и возникновением психических нарушений, в том числе долгосрочных. В случае с эпидемией COVID-19 можно предположить рост психических нарушений. Это усложняет борьбу с эпидемией, а процесс лечения становится более сложным и потенциально менее эффективным, как и в случае предыдущих эпидемий [45].

1.3. Эпидемиология

В последнее время появилось множество исследований, свидетельствующих о связи между пандемией COVID-19 и ухудшением психического здоровья у населения. Например, обзор исследований, проведенных в 2020 году, показал, что во время пандемии уровень депрессии у людей увеличился в 2–3 раза, а уровень тревожности – в 3–4 раза по сравнению с предпандемическим периодом [147].

Исследование, проведенное в Китае в начале 2020 года, показало, что около 35% жителей провинции Хубэй испытывали психологический стресс в связи с пандемией COVID-19, а более 20% страдали от депрессивных симптомов [121].

В другом исследовании, проведенном в Индии в 2020 году, 43,4% участников опроса сообщили о симптомах тревоги, а 27,6% – о симптомах депрессии [75].

Также было обнаружено, что многие люди стали испытывать проблемы со сном во время пандемии. Например, исследование, проведенное в Испании в 2020 году, показало, что у 40% участников опроса возникли проблемы со сном во время карантина [47]. Аналогичные результаты получены в других странах, например в Италии и Иране [34, 105, 143].

Большинство исследований подтверждают увеличение количества пациентов, обращающихся за психиатрической помощью в период пандемии [52, 91]. В Италии было выявлено увеличение числа пациентов с тревожностью, депрессивными расстройствами и симптомами ПТСР [80]. В Испании было зарегистрировано увеличение числа случаев депрессии, тревоги и нарушений адаптации [47]. В Канаде наблюдалось увеличение числа обращений за психиатрической помощью среди молодых людей [65].

Также были проведены исследования среди медицинского персонала, который является основным риском заражения COVID-19. Некоторые из них сообщают о повышенном уровне тревоги, депрессии и стресса [56, 74].

Возможно, наиболее серьезным последствием пандемии коронавирусной инфекции для психического здоровья является увеличение числа случаев

самоубийств [115]. В Италии, например, было зарегистрировано увеличение числа случаев самоубийств в период пандемии [134]. В США наблюдалось увеличение числа обращений за помощью в связи с мыслями о самоубийстве [67].

Недавно проведенное исследование охватывает выборку более чем 69 миллионов электронных медицинских документов, взятых из базы данных 54 различных медицинских учреждений в Соединенных Штатах. Важно отметить, что в этой группе было зафиксировано 5,8% случаев впервые выявленных психических расстройств. Этот процент превышает аналогичные показатели для пациентов, госпитализированных по причине гриппа, где менее чем у 2,8% отмечены симптомы психических расстройств в аналогичном периоде. Таким образом исследователи отмечают, что воздействие COVID-19 на психическое здоровье имеет более выраженный и длительный характер, в сравнении с другими инфекционными заболеваниями [28, 138].

Были также зафиксированы разнообразные неврологические проявления, связанные с воздействием инфекции COVID-19 на организм. Среди них отмечаются сниженное обоняние, известное как гипосмия, нарушения восприятия вкусов, известные как дисгевзия, а также случаи энцефалита, менингита и острых нарушений кровообращения в мозге.

В одном исследовании, проведенном в Соединенном Королевстве, изучались последствия COVID-19 для нервной системы и психики. В течение 20 дней, врачи трех больниц отслеживали состояние пациентов, с подтвержденным инфицированием COVID-19. В результате было выявлено 153 случая наличия симптомов психических расстройств. Интересно отметить, что почти 30% из них имели изменения в психическом статусе, и более чем половине пациентов в итоге был поставлен психиатрический диагноз. Также более 90% пациентов ранее не обращались к психиатрам, и большинство из них было моложе 60 лет [77].

По данным исследования британских ученых, более 80 тысяч человек, которые перенесли инфекцию разной степени тяжести, были обследованы на наличие когнитивных нарушений. Оценка производилась на основе шкалы Great British Intelligence. Данная шкала является наиболее точным методом оценки когнитивных способностей, превышая по точности тест на интеллект Айзенка (IQ). Результаты исследования показали наличие когнитивных нарушений, которые коррелировали со степенью тяжести течения инфекции. Кроме того, наблюдение за участниками опроса в течение 9 месяцев показало, что значительного улучшения когнитивных показателей не наступало, что может указывать на долгосрочные негативные последствия для когнитивных функций у людей, перенесших инфицирование COVID-19 [54].

COVID-19 связан с различными психическими и неврологическими последствиями, такими как тревожные расстройства, бессонница, когнитивные нарушения, измененный психический статус, психозы и когнитивные нарушения, которые могут длиться в течение нескольких месяцев. Это подтверждается результатами различных исследований, включая анализ 70 миллионов медицинских карт и опрос более 80 тысяч человек, перенесших COVID-19 [141].

1.4. Психогенные факторы, влияющие на возникновение психических нарушений в период пандемии

Среди множества психогенных факторов, связанных с эпидемическим распространением и способствующих возникновению психических расстройств, следует выделить следующие аспекты: социальная изоляция, как результат воздействия эпидемии, создает обстоятельства, при которых индивиды оказываются оторванными от общества, что может стать источником психологических трудностей; дискриминация, включая стигматизацию индивидов из-за связи с распространением вируса, вносит долю страха и негодования, причиняя психический дискомфорт и тревогу; экономические потрясения,

порожденные вспышкой заболевания, вызывают не только финансовые проблемы, но и психологические, так как человек может испытывать беспокойство из-за потери материальной стабильности; внимание СМИ к ситуации с эпидемией, хотя и необходимое, может также усугубить психическое состояние, создавая чувство перенасыщенности информацией и дополнительный стресс.

Предшествующие исследования, проведенные в период предыдущих эпидемий, подтверждают силу воздействия данных психогенных факторов на психическое состояние. Чувство одиночества, вызванное неизбежной изоляцией; ощущение вины и страха перед друзьями и близкими из-за возможности заражения; экономические потери, которые в свою очередь могут повлиять на общее самочувствие – все эти обстоятельства могут влиять на состояние людей. [79, 123]. Ниже представлен анализ различных аспектов, учитывая их возможное воздействие на эмоциональное состояние в период пандемии.

Стигматизация. Пандемия новой коронавирусной инфекции спровоцировала формирование неподтвержденных представлений и отрицательных стереотипов, направленных на дискриминацию определенных общественных групп в связи с их потенциальным влиянием на распространение заболевания. Эта проблема представляет опасность для общественного здоровья и социальной стабильности.

Врачи различных медицинских специализаций, включая врачей общей практики, которые занимались лечением пациентов, переживших атипичную пневмонию, столкнулись с глубокими проявлениями стигматизации [72]. По аналогии с предыдущими эпидемиями, пандемия COVID-19 также может способствовать распространению расизма, дискриминации и социальной изоляции, обусловленных стигматизацией, что, в свою очередь, окажет отрицательное воздействие на социальные и экономические аспекты [133]. Уже сейчас поступают доклады о случаях насилия и исключения из общественной жизни в отношении людей китайской национальности и индивидуумов, имеющих схожий внешний

облик [130]. Кроме того, имеют место ситуации, когда ограничивается доступ к медицинским учреждениям и нарушаются их основные права [50].

Люди, подвергающиеся общественной стигматизации, зачастую избегают обращения за медицинской помощью и предпочитают утаивать важные детали своей медицинской истории, особенно в случаях, связанных с возможностью зарубежных поездок. Подобное поведение, в свою очередь, усиливает риск передачи инфекции в обществе. В рамках этой ситуации Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) призывает к предоставлению точной и достоверной информации о возможных путях передачи и рисках инфекции, акцентируя внимание на необходимости предотвращения распространения ложной информации, которая может иметь подобные негативные последствия и вызвать дезинтеграцию в обществе [40, 141].

Карантин. Из-за быстрого распространения инфекции многие страны внедрили ограничительные меры, которые стали главным инструментом для сдерживания роста заболеваемости. Воздействие этих мер на физическое и психическое состояние населения оказалось намного более широким, чем предполагалось. Из-за введения всеобщих карантинных мер и обязательной самоизоляции в обществе возникла заметная волна паники, тревоги и стресса, вызванная комплексом факторов. Среди них важное место занимают ощущение личной уязвимости, острая изоляция от социума и ощущение утраты контроля над привычной жизнью. В данном контексте выделяется особое значение этих эмоциональных реакций, особенно когда людей вынуждены физически отделяться от своих близких [135, 146]. Судя по опыту предыдущих масштабных эпидемий, таких как SARS, MERS и Эбола, указывает на то, что внедрение карантинных мер может порождать разнообразные нежелательные последствия. Эти негативные аспекты могут проявляться как в период самой изоляции, так и на более поздних этапах борьбы с эпидемией.

Эффекты таких мер оказания воздействия охватывают множество аспектов. Среди них – появление раздражительности и страха перед возможным заражением,

а также тревога по поводу риска передачи инфекции близким. К тому же, возможно волнение и тревога, часто сопровождающие отрицание существующих проблем. Психическое состояние может сильно колебаться, влияя на общее настроение и даже на качество сна.

Но следует обратить особое внимание и на более глубокие, долгосрочные последствия. В некоторых случаях карантинные меры могут оказать неблагоприятное воздействие на психическое здоровье, вплоть до возникновения мыслей о самоподрыве [79, 124].

Изученные инциденты свидетельствуют о том, что лица, находившиеся в состоянии изолированности, пребывали в постоянной тревоге и беспокойстве за свое физическое состояние. В некоторых сценариях это приводило к развитию синдрома обсессивно-компульсивных расстройств, выражающегося в повышенной потребности в проведении измерений температуры, стерилизации предметов и частой гигиенической обработке рук [41].

Два недавно опубликованных исследования также подтверждают данное предположение, описывая несколько случаев первых эпизодов психозов у пациентов, госпитализированных в медицинские учреждения Италии во второй месяц периода национальной изоляции. [68, 46]. У большей части индивидуумов, ранее не имевших опыта столкновения с психическими расстройствами, наблюдались религиозные или духовные видения, а также случаи визуальных иллюзий. Некоторые из этих пациентов также проявили признаки соматоформных расстройств, которые имели схожие проявления с симптомами инфекции SARS-CoV-2.

Кроме того, исследование, проведенное испанскими учеными, выявило признаки у пациентов дереализации и деперсонализации, после введения социальной изоляции в Испании. Также было отмечено наличие субклинических психотических симптомов и принятие псевдонаучных теорий [66].

Эти данные подтверждают необходимость обращать особое внимание к психологическим последствиям карантинных мер и разрабатывать подходы к поддержке здоровья населения в условиях изоляции.

Экономические аспекты. Психологическое состояние может ухудшиться после окончания периода изоляции. Экономические ущербы могут представлять существенную проблему как в период карантина, так и после него. Люди, чья деятельность неразрывно связана с организацией масштабных мероприятий, например, работники развлекательной индустрии, ресторанного бизнеса и спортивных комплексов, ощутили особенные трудности в этот период.

Во многих случаях государственной поддержки недостаточно для сохранения уровня жизни, что вызывает разочарование и значительное ухудшение настроения. Опыт последствий эпидемии лихорадки Эбола, когда финансовая поддержка со стороны США приходила слишком поздно и в недостаточном количестве, что заставляло людей быть финансово зависимыми от семей или вынужденными искать дополнительные источники дохода, указывает на необходимость подготовки плана для экономической поддержки государством граждан в период эпидемий [58]. В проведенных исследованиях говорится о том, что у людей, обладающих более высоким уровнем дохода, наблюдается более эффективная адаптация к временным паузам в обеспечении достаточных финансовых средств. Этот аспект становится более очевидным при сравнении с людьми, доходы которых ограничены. В результате подобных ситуаций у последних может возникнуть склонность к проявлению признаков депрессивных состояний и нарушений, связанных с переживанием посттравматического стресса [79].

Людям, находящимся в карантине и имеющим более низкие доходы, могут потребоваться дополнительные уровни поддержки, наряду с теми, кто теряет заработок во время карантина (например, самозанятые люди, которые не могут работать в связи с ограничительными мерами, или наемный персонал, который не может взять оплачиваемый отпуск). Там, где это выполнимо, следует организовать

финансовую компенсацию, а также разработать программы, направленные на предоставление финансовой поддержки в течение всего периода действия карантина. Сами по себе предприниматели имеют способность осуществлять активные инициативы, например, предоставлять возможность для удаленной работы и обеспечивать доступ к необходимым ресурсам. В условиях эпидемии, они также вправе предоставлять психологическую поддержку своим сотрудникам и организацию постепенного перехода на новые методы работы для плавной адаптации сотрудников [102].

Средства массовой информации. «Мои прогнозы указывают на то, что следующий значительный эпидемический всплеск, будь то смертоносный вариант гриппа или другое заболевание, не случится из-за отсутствия профилактических технологий. Тем не менее, стоит уделить внимание возможным результатам эмоционального заражения, которое проникает в цифровые платформы, и способно серьезно подорвать доверие к вакцинам, приводя к их бесполезности. Необходимо рассматривать поток противоречивой информации, дезинформации и манипулированных данных в социальных медиа как угрозу глобальному общественному здоровью» [144]. В далеком 2018 году заявление уважаемого антрополога Хайди Ларсон, талантливого создателя Проекта по Доверию к Вакцинам, оказалось не просто заметным, но и как будто обладающим предвидением. Искусное применение интерактивных карт, позволяющих наглядно представить динамику распространения инфекции, и постоянное обновление статистических данных в режиме реального времени пришли на помощь многим странам, позволяя им оперативно вводить в действие неотложные ограничительные меры. Однако, как всегда бывает в подобных ситуациях, медаль имела и обратную сторону. Эти несомненно нужные и важные действия также оказали воздействие на эмоциональное состояние общества [39]. Вскоре, спустя немного времени после того, как в Китае началась эпидемия COVID-19, страх и паника, словно вспыхнувшие в социальных медиа, начали мгновенно распространяться даже быстрее самого вируса, и цифровая общественность

заполнилась недостоверной, искаженной информацией [138]. Глава Всемирной организации здравоохранения охарактеризовал данную ситуацию как «инфодемию коронавируса», порождающую тревогу, панику, распространение неверных утверждений, интенсивную новостную пропаганду и фиктивные сенсационные материалы [148]. Недостаток достоверных данных и выраженные несовпадения в информационных бюллетенях могут привлекать внимание к сведениям из ненадежных и подозрительных источников, которые без труда находятся в объёмах социальных медиа, стало неотъемлемой частью поиска информации.

Эра COVID-19 сделала свой вклад в разнообразие онлайн-контента: множество блогеров, отдельных сообществ и даже обычных пользователей на платформах YouTube, WhatsApp, Facebook, Instagram и Twitter приступили к активному созданию контента на тему пандемии и возможных методах лечения и рекомендации, лишенных доказательной базы [108].

Излишний объем неправдивых повествований о инфицировании, которые создаются с целью привлечения внимания на онлайн-платформах, вследствие которых у пользователей наблюдаются разнообразные психоэмоциональные расстройства, включая выраженную тревожность, фобические реакции, панические нападения и состояния депрессии. Также наблюдаются явления, связанные с вторжением навязчивых мыслей, раздражительностью и иллюзиями. Эти психологические реакции могут быть вызваны сходством симптомов с проявлениями COVID-19. Кроме того, у некоторых наблюдаются также признаки ипохондрии, проявляющиеся в беспокойстве о наличии или возможности развития болезни, связанной с COVID-19 [81, 82]. Усиление ипохондрических беспокойств способствует тому, что люди принимают решение обращаться за медицинской помощью в связи со страхом перед возможными необратимыми последствиями инфицирования, которые детально описываются в средствах массовой информации [140].

В ответ на вышеупомянутые события возникли группы, известные как «COVID-диссиденты», утверждающие, что правительство намеренно

инициировало эпидемию с целью реорганизации экономики или установки глобальной системы наблюдения за гражданами [135]. Это приводит к нарушению правил социальной дистанции и умышленному игнорированию мер по профилактике инфекции. Доверие к медицинским специалистам подрывается воздействием недостоверной информации, что ведет к отказу от получения необходимой медицинской помощи в случае заражения и отрицанию необходимости изоляции.

На разнообразных онлайн-площадках предлагают применять неэффективные методы в качестве профилактики и поддерживают идею отказа от вакцинации, что может иметь катастрофические последствия [71].

1.5. Факторы риска возникновения психических нарушений во время пандемии

Помимо уже известных причинных факторов, таких как инфекционные болезни и психогенные аспекты, существуют также предикторы, которые способствуют развитию психопатологических состояний. В свете эпидемии были выявлены ряд таких элементов, которые значительно повышают вероятность развития психических расстройств. Например, исследования показывают, что женщины более подвержены разнообразным формам душевных расстройств, таким как депрессия, повышенная тревожность и развитие посттравматического стрессового расстройства. Некоторые исследователи утверждают, что такое явление может быть связано с тем, что женщины в большей степени заняты в отраслях, которые могут негативно повлиять на их психическое состояние в контексте COVID-19, таких как розничная торговля, обслуживание и медицина. Другие научные работы связывают повышенный риск психических расстройств у женщин с их нейробиологическими реакциями на стресс, отличающимися от мужчин и имеющими потенциал способствовать ухудшению психологических проблем у женской части населения. Этот аспект подтверждается данными,

полученными в нескольких исследованиях [38, 73], которые указывают на возрастающую уязвимость женщин к различным формам психических расстройств период пандемии. При этом следует отметить, что эти факторы не являются единственными, и на развитие психических расстройств могут влиять и другие причины, которые необходимо учитывать при планировании мероприятий по поддержке психического здоровья в период пандемии [61].

В соответствии с множеством исследований, имеется связь между недостаточным уровнем образования и более выраженными проявлениями депрессивных симптомов [110]. По результатам некоторых исследований, напротив, выявляется связь между высоким образованием и научными достижениями и усилением депрессивных симптомов, особенно сравнивая с симптомами обследуемых с более низким уровнем образования и работой в сфере услуг или производства [147]. Это может быть обусловлено, например, повышенными ожиданиями и самоналоженными стандартами, что влечет за собой дополнительное напряжение. Также возможно, что индивиды с высшим образованием могут питать более амбициозные надежды относительно своей карьеры и общественного признания, что в свою очередь способствует возникновению более высокого уровня тревоги и беспокойства. Кроме того, в некоторых случаях люди с высшим образованием могут иметь больше доступа к информации о пандемии, что может вызвать дополнительный уровень тревоги и страха перед неизвестным.

Помимо прочих факторов, стоит отметить одиночество как еще один потенциальный риск развития психических расстройств. Исследования, проведенные Lei et al. (2020), показали, что люди, находящиеся в статусе разведенных или овдовевших, чаще проявляют тревожные симптомы, в сравнении с теми, кто состоит в браке [96]. Этот результат может объясняться тем, что брак обычно предполагает более стабильную и поддерживающую среду, что способствует лучшему психическому здоровью. Однако, следует отметить, что

этот фактор может зависеть от индивидуальных особенностей личности и ситуации, поэтому не является универсальным фактором риска для всех.

Кроме причинных факторов, существуют также предрасполагающие факторы, которые могут повысить вероятность возникновения психических расстройств. Среди них можно выделить особенности личности, которые могут быть связаны с большей восприимчивостью к негативным психическим последствиям. Отдельные исследования представили доказательства того, что люди, обладающие характером, склонным к избеганию преодоления трудностей, циклотимии, депрессии и тревожности, имеют более высокую склонность к психопатологическим реакциям [30]. Эти выводы утверждают важность воздействия не только внешних, но и внутренних факторов на формирование психических расстройств.

Фактор возраста представляет собой существенный элемент, оказывающий влияние на вероятность возникновения психических нарушений. В период пандемии выявлено, что лица в возрастной группе до 40 лет проявляют более выраженные симптомы психопатологии по сравнению со старшими возрастными категориями [69, 84]. Есть вероятность, это связано с их ролью и влиянием внутри семьи, где они могут нести ответственность за заботу о детях или пожилых родственниках, также как с утратой работы и неопределенностью предстоящих событий, вызванных воздействием пандемии.

Особенно значимым источником стресса становится закрытие образовательных учреждений для студентов и учеников школ. В результате ограничения проведения социальных мероприятий, уменьшения эффективности дистанционного обучения они могут столкнуться с более интенсивными эмоциональными расстройствами [48]. Необходима дополнительная поддержка и внимание со стороны родителей, учителей и специалистов в сфере психического здоровья, чтобы помочь молодым людям справиться с возникающими эмоциональными трудностями в условиях пандемии.

Люди, имеющие в анамнезе хронические соматические заболевания, подвергаются более интенсивным проявлениям симптомов тревоги и стресса, в соответствии с проведенными исследованиями [111, 152]. Опасения и страхи, связанные с возможностью заражения коронавирусом, вполне обоснованы для этой группы населения, поскольку хронические заболевания могут снижать иммунную защиту. Кроме того, пациенты с диабетом, гипертонией и ишемическими заболеваниями сердца могут столкнуться с более высоким риском смерти от COVID-19, хотя этот факт не до конца доказан [127]. В связи с этим, они ощущают большой страх и тревогу за свою жизнь. Также существует риск задержки или отмены медицинской помощи для пациентов с хроническими заболеваниями, из-за большого потока пациентов с COVID-19, которые требуют больничного лечения и медицинских ресурсов. Это может повлиять на доступность диагностики и лечения и оказать негативное воздействие на первичную, вторичную и третичную профилактику других заболеваний.

Наконец, люди, у которых ранее возникали эпизоды ухудшения психического состояния, также страдают и испытывают негативные симптомы в новых условиях, таких как карантин и ограничительные меры [64, 99]. Это может привести к ухудшению их психического состояния и усугубить существующие проблемы.

1.6. Психические расстройства в остром периоде коронавирусной инфекции и отдаленные последствия

Психические расстройства являются распространенным явлением среди больных коронавирусной инфекцией, как в остром периоде заболевания, так и после выздоровления [89, 121]. Согласно исследованию Varatharaj A. и его коллег, из 125 госпитализированных пациентов у 18,4% были выявлены психические расстройства, включая десять психотических эпизодов, шесть случаев

нейрокогнитивного синдрома, четыре случая аффективных расстройств, а также один случай кататонического ступора и эпизод мании [141].

Существует множество гипотез о причинах возникновения психотических расстройств у больных COVID-19, однако наиболее обоснованной считается роль гипоксии. Отечественные исследователи исследуют влияние снижения оксигенации на возникновение таких симптомов, как снижение настроения, сложность концентрации, ухудшение памяти. Также рассматриваются эффекты гипоксии на когнитивные функции, такие как внимание, память и скорость реакции, которые могут оказаться сниженными у пациентов с гипоксией. Авторы обращают внимание на то, что эти эффекты могут быть временными или длительными в зависимости от степени и длительности гипоксии [8]. Отягчающими факторами могут быть тяжелое течение пневмонии, пожилой возраст пациентов и длительная искусственная вентиляция легких [86].

Мета-анализ, проведенный Jonathan P Rogers [118] и его коллегами, включал 72 исследования, в которых были рассмотрены как острые, так и постинфекционные психиатрические и нейропсихиатрические особенности коронавирусной инфекции. В среднем через год после заболевания общая распространенность клинически значимых депрессивных, тревожных и посттравматических симптомов увеличилась на 20%. У большинства пациентов с тяжелым острым респираторным дистресс-синдромом, ключевым признаком тяжелого течения COVID-19, через год после заболевания наблюдаются нарушения памяти, внимания, концентрации или скорости умственной обработки. Однако, ни одно из исследований не проводило систематической нейропсихологической оценки, кроме единичного сообщения о судорожном синдроме у трети выживших пациентов после заболевания SARS-CoV-2.

Также отмечается, что признаки делирия часто встречаются на острой стадии COVID-19, SARS и MERS, а на постинфекционной стадии в предыдущие эпидемии были отмечены тревожность, депрессивные симптомы, астения. Однако, данные о влиянии COVID-19 на психическое здоровье остаются недостаточными.

В Италии из 402 пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию и госпитализированных, более половины описывали симптомы ПТСР, депрессии, тревоги, бессонницы или ОКР спустя всего месяц после выписки. У 30% были выявлены нарушения, которые можно считать клинически значимыми. Через 6 месяцев наблюдения в трети случаев также были обнаружены сниженное настроение, тревога и нарушения сна [106].

В рамках обширного анализа медицинских данных из организаций здравоохранения США, в котором участвовали 62 354 пациента без истории психиатрических нарушений, было выявлено, что после перенесенной COVID-19 инфекции риск развития психических расстройств увеличивался в большей степени, чем при других соматических заболеваниях. Среди этих расстройств наиболее распространенными оказались тревожные состояния, бессонница и нарушения когнитивных функций [114].

Были задействованы шкалы для самооценки ангедонии (SAAS) и самооценки астении (FAS) в отношении 200 пациентов, переболевших COVID-19. В большинстве случаев пациенты показывали значительные баллы. При этом у тех пациентов, у которых прошло более длительное время с момента отрицательного теста на COVID-19, результаты тестирования были ниже [116].

1.7. Психические расстройства, связанные с пандемией новой коронавирусной инфекции, у пациентов без психиатрического анамнеза

Многие исследования показывают, что трансформация рутинного образа жизни из-за введения таких мер, как самоизоляция, введение карантина, закрытие границ и ограничения мобильности граждан, могут негативно сказаться на психическом состоянии населения [43]. Эти расстройства обусловлены не только самой изоляцией и наложенными ограничениями, но также социально-экономическими трансформациями [153]. Более того, информационный контекст, интенсивное освещение событий СМИ, постоянные обновления данных о

заболеваниях и смертности, отсутствие четкой информации о реальных рисках и возможных последствиях нового вируса, а также избыток ненадежных источников информации могут оказывать неблагоприятное воздействие на психологическое состояние [57].

Тем не менее, стоит отметить, что из-за высокой нагрузки на здравоохранительную систему, психиатрическая помощь не всегда доступна или возможна в достаточном объеме [43]. Поэтому, важно обращать внимание на психическое состояние людей во время пандемии, а также разрабатывать механизмы, которые позволят людям получать своевременную и качественную помощь в случае психических нарушений.

В нескольких количественных исследованиях было изучено состояние 9 человек, находившихся в карантине, и в целом была зафиксирована высокая частота проявления симптомов психических расстройств. Описаны такие симптомы, как настроение ниже обычного, раздражительность, бессонница, симптомы посттравматического стрессового расстройства (оценка по шкале воздействия событий Вайса и Мармара), гнев и апатия. Особенно распространены сниженное настроение (660 из 903 – 73%) и раздражительность (512 из 903 – 57%) [76].

Дополнительное исследование, проведенное среди пациентов, которые обратились за помощью во время первой и второй волн пандемии, подтверждает появление признаков тревожности у людей, ранее не обращавшихся к психиатрам. Исследование включило 1029 и 764 человек соответственно, и у женщин с хроническими заболеваниями и экономическими проблемами отмечались проявления психогенной депрессии, включая связь с травмирующим событием, упадок настроения, постоянное беспокойство о будущем и страх перед повторением травматической ситуации, снизились как по количеству, так и по интенсивности во время второй волны [38].

Отечественные исследователи подтверждают связь между пандемией COVID-19 и увеличением распространенности тревожно-депрессивных состояний.

Научное сообщество анализирует клинические случаи разнообразных форм депрессивных нарушений, включая ситуации, когда реактивная депрессия сопровождается тревогой относительно заражения и гипохондрическими беспокойствами, появление глубокого эпизода депрессии в рамках рецидивирующего депрессивного расстройства, а также дистимия, возникающая на фоне изоляции и финансовых убытков, связанных с применяемыми ограничительными мерами [5, 10, 13, 20, 22, 32, 33, 34].

Кроме того, многие исследования в разных странах свидетельствуют о развитии обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) на фоне пандемии. Например, канадское исследование, проведенное на более чем шести тысячах человек, показало, что более 60% опрошенных испытали навязчивые идеи, связанные с загрязнением и возможностью заражения микробами или вирусами, а у 53,8% из них появилось навязчивое желание многократно или особым образом мыть руки в связи с пандемией COVID-19. Эти данные подтверждают связь между пандемией и увеличением проявлений ОКР [36].

Результаты исследования с участием 2182 сотрудников в сфере здравоохранения, включая 927 медицинских специалистов и 1255 работников, не связанных с медициной, свидетельствуют о том, что частота симптомов острой стрессовой реакции (ОСР) среди медицинских работников выше, чем среди других (5,5% по сравнению с 2,2%). Также были выявлены потенциальные факторы риска, связанные с развитием симптомов ОСР среди медицинских работников, включая место проживания в сельской местности и возможность контакта с пациентами, страдающими от COVID-19, в стационарных условиях, и наличие сопутствующих соматических заболеваний. В то время как у других категорий сотрудников соматические заболевания выступали в качестве единственного фактора риска [104]. Это соответствует результатам другого исследования, проведенного в Канаде, которое выявило связь между пандемией и выявлением симптомов ОКР, особенно у людей, столкнувшихся с ограничительными мерами, связанными с пандемией [132].

В настоящее время отмечается увеличение заболеваемости расстройствами пищевого поведения на фоне пандемии [5, 118]. Научные исследования говорят о том, что пандемия может ускорить процесс развития расстройств пищевого поведения у некоторых людей, а также усугубить существующую патологию у других [19, 66]. Этот эффект связан с изменениями в обыденном режиме дня, так как больше времени проводится дома, движение ограничено, питание зачастую организовывается с помощью доставки еды на дом, что может привести как к переяданию, так и к ограничению питания в зависимости от изменения веса в новых условиях. Более того, активность в социальных сетях может способствовать искажению представления о своем теле и повлиять на привычки питания. Пациенты с диагнозами расстройств пищевого поведения также могут столкнуться с трудностями в поддержании контроля над питанием и весом в условиях дистанционной терапии, общей тревоги и снижения настроения, что может ухудшить ход их заболеваний [125].

Параллельно с введением государственных ограничений наблюдается увеличение выявленных симптомов депрессии, тревоги и других психических расстройств в обществе [94]. В связи с этим при разработке стратегий сдерживания распространения инфекции, таких как социальное дистанцирование и карантин, важно учесть не только эпидемиологический аспект, но и заботиться о психическом состоянии населения. Научные исследования подчеркивают, что в период пандемии необходимо уделить большое внимание психическому здоровью населения и проводить профилактические меры, направленные на его поддержку не только во время пандемии, но и в остальное время [128].

1.8. Влияние пандемии на пациентов с диагностированными психическими заболеваниями

Наряду с вышеизложенным в литературе имеются некоторые Исследования, проведенные среди пациентов, обратившихся за помощью из-за ухудшения уже

диагностированных психических расстройств [3, 15, 16, 90], предполагают, что обследуемые, имеющие предыдущую историю психических заболеваний, могут столкнуться с ухудшением своего состояния в период природных катастроф и вспышек инфекционных заболеваний [134, 145, 53].

Тем не менее имеющиеся данные о влиянии коронавирусной инфекции на течение психических расстройств показывают разнонаправленные результаты [63, 113, 115, 131, 139]. Люди с психическими нарушениями в анамнезе вынуждены переживать сложности в связи с изменившимися условиями среды, которые не могут не сказаться на психическом состоянии [55, 100]. Усиление социальной изоляции и появление новых источников стресса могут привести к ухудшению психиатрических симптомов, появление новых, вследствие чего возникают обострения психических заболеваний [37, 129].

Среди лиц, столкнувшихся с разнообразными психическими состояниями, был проведен интернет-опрос, в который вошли 115 человек с серьезными нарушениями психики. Это включает расстройства из шизофренического спектра, а также большое депрессивное расстройство с и без психотических симптомов. В сравнении с контрольной группой, состоящей из 481 респондента без психических расстройств, выяснилось, что уровни симптомов психических расстройств существенно повышены у людей с большим депрессивным расстройством. Особенно высокий уровень стресса и тревожности, связанных с пандемией, был замечен среди женщин, молодых людей и тех, у кого ранее уже были диагностированы психические заболевания.

Возможно, эти результаты указывают на то, что пациенты с расстройствами шизофренического спектра могут проявлять более интенсивное внимание к своим внутренним болезненным переживаниям, что делает их менее подверженными негативным ситуационным или поведенческим изменениям [83].

В проведенном исследовании, в котором были включены 101 пациент с аффективными расстройствами, подавляющее большинство из них отметило наличие апатии в связи с введенными ограничениями. Половина из обследованных

выразила беспокойство о возможности заражения. Также в равной степени среди выборки присутствовали опасения о финансовых трудностях, симптомы тревоги, пониженное настроение. Треть участников отметила появление разнообразных физических ощущений, вызывающих дискомфорт, усиленную настороженность и проблемы с бессонницей [68].

Проведенное исследование в США и Канаде охватило группу пациентов с диагнозом тревожных расстройств (700 человек) и аффективных расстройств (368 человек). Эти группы были сравнены с данными случайной выборки (500 человек), которые никогда не обращались за помощью к психиатру. Основной целью было понять, как пандемия повлияла на психическое состояние этих групп.

Группа, страдающая тревожными расстройствами, демонстрировала повышенные уровни общего стресса, связанного с пандемией. Также в этой группе выявлены более высокие оценки страха перед опасностью, инфицированием, а также более сильные проявления социально-экономических последствий, ксенофобии и симптомов травматического стресса, чем у других групп.

Группа обследуемых, страдающих расстройствами настроения, получили высокие значения по шкале травматического стресса. Эти значения были выше, чем у тех, кто не имел текущих психических расстройств. Те, у кого были обнаружены тревожные и аффективные расстройства в настоящее время, с большей вероятностью выбирали добровольную изоляцию и чаще выражали более сильные опасения, связанные с самоизоляцией, чем те, кто не сталкивался с психическим расстройством [42].

В ходе исследования в Китае было проанализировано состояние 76 пациентов, страдающих психическими расстройствами, а также 109 здоровых индивидов. Для этого использовались пересмотренная шкала воздействия событий (IES-R), шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21), а также индекс тяжести бессонницы (ISI). Выявлено, что результаты по всем указанным шкалам у пациентов с психическими расстройствами были значительно выше, чем у здоровых людей. Среди пациентов с психическими расстройствами наблюдалось

более высокое проявление серьезных беспокойств относительно своего физического состояния, а также уровень гнева и импульсивности был выше, чем в контрольной группе. Кроме того, интенсивные суицидальные мысли отмечались гораздо чаще среди пациентов с психическими расстройствами. Более чем 33% пациентов, страдающих психическими нарушениями, могут быть диагностированы с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), в то время как около 25% из них столкнулись с бессонницей, варьирующейся от умеренной до тяжелой степени. Это исследование подчеркивает значительное отрицательное воздействие эпидемии COVID-19 на пациентов с психическими расстройствами, особенно в условиях строгих ограничительных мер [59].

Интерес у ученых вызывает преобразование обсессивно-компульсивного расстройства в контексте пандемии. Путем сопоставительной оценки интенсивности симптомов обсессивно-компульсивного расстройства с применением психиатрических интервью более чем у трети испытуемых было выявлено состояние, классифицированное как серьезное. Это сопровождалось обострением ранее учтенных симптомов, связанных с опасением заразиться, появлением новых навязчивых идей и действий, а также усилением уклончивого поведения [61]. В ходе нескольких исследований изменение степени выраженности обсессивно-компульсивного расстройства в различные периоды пандемии было изучено. В этих исследованиях сравнивались группы пациентов, переживающих ремиссию обсессивно-компульсивного расстройства, с людьми без психических расстройств. Группа, пораженная обсессивно-компульсивным расстройством, проявляла повышенные показатели депрессивных состояний. Ощущения тревоги относительно возможного заражения, а также нарушения сна и аппетита также были характерны для этой группы. Респонденты из этой группы также чаще высказывали мысли о суициде в сравнении с контрольной группой. Новые навязчивые идеи и действия были выявлены у 44,8% исследуемых, но навязчивые мысли, связанные с риском заражения SARS-CoV-2, замечены только у 9,4% случаев. Обе группы одинаково беспокоились о финансовых последствиях кризиса

и потере социальных связей. Важно подчеркнуть, что даже при общем ухудшении симптомов у большинства пациентов данной группы, усиление расстройств было отмечено только у трети из них, по сравнению с их состоянием до пандемии согласно шкале Йеля – Брауна [35].

Согласно другим исследованиям, одновременно проведенным, несколько научных исследований свидетельствуют о том, что не наблюдается каких-либо изменений или даже наблюдается улучшение в состоянии пациентов. В ходе опроса 30 пациентов из психиатрических клиник, страдающих от различных расстройств, таких как общие клинические расстройства, социальные фобии, агорафобия, генерализованные тревожные расстройства, панические расстройства и смешанные тревожно-депрессивные расстройства, было выявлено, что либо наблюдается незначительное ухудшение состояния, либо вовсе не наблюдается ухудшения в связи с пандемией [49].

В рамках исследования, проведенного в Индии среди 84 пациентов, у которых ранее было установлено обсессивно-компульсивное расстройство с преобладанием навязчивых идей о загрязнении и компульсивных действиях, только у 5 пациентов (6%) симптомы усилились на фоне пандемии. При этом значительная часть пациентов не сообщили об ухудшении симптомов в связи с пандемией [120].

Кроме того, исследование, проведенное среди пациентов с тяжелыми формами депрессии и ОКР, показало интересные результаты: показатели по шкалам депрессии и тревоги, заполняемым пациентами до и после пандемии, сократились. Замечательно, что это улучшение проявляется сильнее у пациентов с более серьезными проявлениями заболевания [104].

Эти наблюдения могут быть объяснены несколькими возможными факторами: ограничительные меры, введенные в связи с пандемией, могут способствовать некоторому уровню облегчения для людей с серьезными психическими расстройствами, так как их режим и повседневные привычки становятся более согласованными с общим общественным распорядком в период

карантина; Проживание в домашних условиях может содействовать созданию структурированного и стабильного распорядка дня, что представляет собой более предпочтительный вариант и способствует ощущению безопасности.

Таким образом, обзор литературы свидетельствует о росте психических расстройств в связи с эпидемией новой коронавирусной инфекции. Это обусловлено длительным волнообразным течением пандемии, высокой контагиозностью вируса, во многих случаях тяжелым течением заболевания с развитием осложнений и большой смертностью. Также большое значение имеют факторы, связанные с предпринимаемыми противоэпидемическими мерами и их последствиями (карантин, изоляция, СМИ, экономические проблемы, стигматизация) как для возникновения психогенных расстройств, так и в качестве триггера при манифестации и обострении эндогенных заболеваний. Что касается характеристики психических расстройств, то данные исследований базируются в основном на результатах дистанционных опросов, заполнении анкет и тестов самооценки своего состояния. Другими словами, мало клинических исследований, характеризующих психическое состояние как впервые заболевших, так и имеющих психиатрический диагноз. Данные о реакции психически больных на пандемию и изменении их состояния после перенесенной инфекции малочисленны, противоречивы и требуют дополнительных исследований. Неясно также, какие психопатологические симптомы возникают непосредственно под влиянием инфекции и в рамках постковидного периода.

ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материал исследования

Исследование проводилось в период с 2020 по 2022 год в Клинике психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы № 3 ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) в условиях амбулаторного и стационарного приема.

Клиническим и клинико-катамнестическим методами были обследованы 100 больных: 50 пациентов, впервые обратившихся за психиатрической помощью (далее первая группа) и 50 пациентов с обострением психического заболевания на фоне эпидемии (далее вторая группа). На момент включения в исследование средний возраст первой группы пациентов составил 34,0 [27,0; 43] года, второй – 37,0 [27; 45] лет ($p > 0,05$).

В соответствии с поставленными задачами *критерии включения*:

1. возраст пациентов 18–65 лет;
2. впервые возникшие в период пандемии COVID19 психические расстройства;
3. обострение психических заболеваний, диагностированных до пандемии.

Критериями невключения являлись:

1. наличие у пациентов тяжелых соматических заболеваний;
2. злоупотребление алкоголем и другими ПАВ;
3. тяжелые органические поражения головного мозга;
4. нежелание или неспособность пациента подписать информированное согласие на участие в исследовании;
5. беременность, кормление грудью.

2.2. Основные методы исследования

При первичной оценке и в последующей динамике состояние пациентов оценивалось с применением клинических, психопатологических и клиничко-анамнестических методов.

Все сведения о пациентах фиксировались в регистрационной карте обследования:

1. социально-демографические данные: пол, возраст, образование, трудоустройство и семейный статус;
2. диагноз в соответствии с критериями МКБ-10;
3. анамнез жизни: наследственная предрасположенность к развитию психических заболеваний, детский анамнез, образование и трудовая деятельность, семейные условия;
4. анамнез заболевания: связь начала заболевания/обострения с коронавирусной инфекцией, симптомы психических нарушений, изменения состояния на фоне продолжения пандемии, сведения о наличии ранее изменений в психическом состоянии (для первой группы пациентов)/ранних эпизодах обострения (у повторно обращающихся пациентов);
5. психический, соматический и неврологический статусы пациента до начала лечения;
6. данные лабораторного и инструментального обследования пациента, заключения врачей-специалистов;
7. данные о перенесенной инфекции, тяжесть течения, наличие госпитализаций в связи с коронавирусной инфекцией, сведения о вакцинации;
8. оценка клинического и психометрического состояния пациента проводилась в начале и в процессе терапии, как при амбулаторном, так и при стационарном лечении, для определения динамики состояния пациента.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.8 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна – Уитни.

Сравнение процентных долей при анализе четырехпольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Процесс построения прогностической модели вероятности определенного исхода включал использование метода логистической регрессии. Для оценки объяснительной способности модели с применением логистической регрессии служил коэффициент R^2 Найджелкерка.

Выделение критической точки разделения количественного показателя определялось максимальным значением индекса Юдена.

Уровень статистической значимости был зафиксирован на уровне вероятности ошибки 0,05.

2.3. Дизайн исследования

Учитывая критерии включения и исключения, в исследование было отобрано 100 пациентов: 50 с впервые возникшими в период пандемии психическими нарушениями, 50 с ухудшением ранее диагностированного заболевания в период пандемии.

В первой фазе исследования производился сравнительный анализ социально-демографических характеристик и клинико-психопатологических особенностей у рассматриваемых групп.

На второй фазе исследования проводилось сопоставление особенностей течения, возможных факторов риска и предикторов начала заболевания, клинические особенности психических нарушений в обеих группах.

2.4. Социально-демографическая характеристика групп

В таблице 1 представлена социально-демографическая характеристика групп.

Большинство пациентов на момент включения в исследование проживали в Московском регионе. Средний возраст первой группы пациентов составил 34,0 [27,0; 43] года, второй – 37,0 [27; 45] лет ($p > 0,05$). По гендерному составу группы также значимо не различались. Половина исследуемых пациентов не состояла в браке, и более половины из них не имели детей. Несмотря на это, группы пациентов имели существенные различия в образовании и занятости: в первой группе было больше тех, кто имел высшее образование (82%), а также больше тех, кто сохранял свою трудовую активность на момент исследования (72%). В то время во второй группе 10% пациентов имели статус инвалидов. Эти различия могут быть обусловлены недостаточной поддержкой и ограниченными возможностями доступа к получению высшего образования и последующего трудоустройства людьми с психическими расстройствами, а также внешней дискриминации, которая осложняет установление стабильной занятости и препятствует полноценной социальной интеграции.

Таблица 1 – Социально-демографические показатели

Показатель	Категории	Первая группа (<i>n</i> = 50)	Вторая группа (<i>n</i> = 50)	Уровень <i>p</i>
Гендерный состав, <i>n</i> (%)	Женщины	23 (46,0)	25 (50,0)	0.689
	Мужчины	27 (54,0)	25 (50,0)	
Возраст пациентов на момент включения в исследование, Ме (Q1–Q3)		34 (27–43)	37 (27–45)	0.332
Семейный статус, <i>n</i> (%)	Холостые/ незамужние	26 (52,0)	23 (46,0)	0.548
	Состоящие в браке	21 (42,0)	19 (38,0)	0.683
	Разведенные и вдовцы	3 (6,0)	8 (16,0)	0.200
Образование, <i>n</i> (%)	Среднее	0 (0,0)	2 (4,0)	0.154
	Среднее профессиональное*	4 (8,0)	14 (28,0)	0.010 (<0,05)
	Высшее*	41 (82,0)	26 (52,0)	0.002 (<0,05)
	Студенты	5 (10,0)	8 (16,0)	0.373
Трудовой статус, <i>n</i> (%)	Не работающие	10 (20,0)	15 (30,0)	0.249
	Работающие*	36 (72,0)	20 (40,0)	0.002 (<0,05)
	Студенты	3 (6,0)	5 (10,0)	0.461
	Пенсионеры	1 (2,0)	5 (10,0)	0.093
	Инвалиды*	0 (0,0)	5 (10,0)	0.022 (<0,05)
* <i>p</i> < 0,05.				

ГЛАВА 3. ПРИЧИНЫ И ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ COVID-19

3.1. Основные предикторы развития психических нарушений

Проведенный анализ демографических показателей выборки позволил выявить некоторые особенности (таблица 1). Согласно полученным данным, возрастной состав пациентов в обеих группах был преимущественно молодым, не превышал 40 лет. При этом на момент включения в исследование средний возраст первой группы пациентов составил 34,0 [27,0; 43] года, а второй – 37,0 [27; 45] лет ($p > 0,05$) – различия не представляют статистической значимости.

Было выявлено, что около половины пациентов (52% – в первой группе, 46% – во второй) не состояли в браке, а более половины (54% – в 1-й группе, 56% – во 2-й) не имели детей. Однако группы пациентов существенно различались по уровню образования и трудовому статусу. Так, в первой группе было выявлено больше пациентов с высшим образованием (82% против 52%, $p < 0,05$) (рисунок 1) и работающих на момент обследования (72% – в первой и 40% – во второй группе, $p < 0,05$) (рисунок 2). Статистически значимо больше пациентов со средним профессиональным образованием во второй группе (28% против 4%, $p < 0,05$). В то же время во второй группе было обнаружено 10% пациентов с инвалидностью по психическому заболеванию.

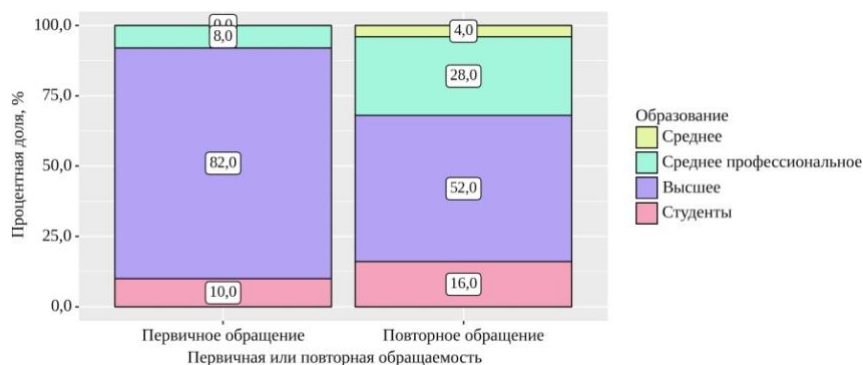


Рисунок 1 – Уровень образования пациентов в первой и второй группе

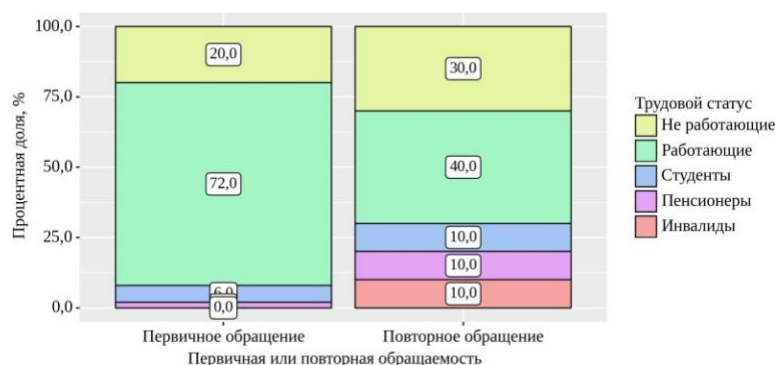


Рисунок 2 – Трудовой статус пациентов в первой и второй группе

Группы статистически значимо отличаются по наличию психических расстройств в семейном анамнезе (таблица 2). Наследственная отягощенность была выявлена у 32% пациентов первой группы и 44% пациентов второй группы ($p = 0,027$). Во второй группе наследственность отягощена преимущественно расстройствами аддиктивного (22%) и шизофренического (22%) спектров, реже – аффективными и обсессивно-фобическими. В первой группе у 20% пациентов в семейном анамнезе встречались аддиктивные расстройства, у 8% – аффективные и у 4% – обсессивно-фобические (рисунок 3). Наличие психической патологии у родственников подтверждено медицинской документацией.

Таблица 2 – Наследственность и преморбид в первой и второй группе пациентов

Показатель	Категории	Первая группа (<i>n</i> = 50)	Вторая группа (<i>n</i> = 50)	Уровень <i>p</i>
Наследственность, <i>n</i> (%)	Не отягощена*	34 (68,0)	23 (46,0)	0.027
	Аддиктивные	10 (20,0)	11 (22,0)	0.807
	Шизофрения*	0 (0,0)	11 (22,0)	<0.001
	Аффективные	4 (8,0)	3 (6,0)	0.696
	Обсессивно- фобические	2 (4,0)	2 (4,0)	1.000
Преморбид, <i>n</i> (%)	Демонстративный*	2 (4,0)	8 (16,0)	0.046
	Психастенический*	27 (44,0)	14 (28,0)	0.009
	Сенситивный	7 (14,0)	6 (12,0)	0.767
	Циклотимный	8 (16,0)	11 (22,0)	0.445
	Шизоидный	6 (12,0)	11 (22,0)	0.184
* $p < 0,05$				

Исследование структуры преморбидных личностных характеристик среди участников выявило присутствие таких черт, как психастения, сенситивность, истероидность, циклотимия и шизоидность. Заметно, что в первой группе пациентов преобладают психастенические черты (44%), что является значительным отличием от второй группы, где такие черты составляют лишь 28% ($p < 0,005$). Во второй группе пациентов примерно одинаково распределены психастенические, циклотимические и шизоидные черты – 28%, 22% и 22% соответственно. Также у пациентов второй группы статистически значимо чаще, чем в первой, встречается демонстративный преморбид (рисунок 4).
Классификация акцентуаций по Личко А.Е.

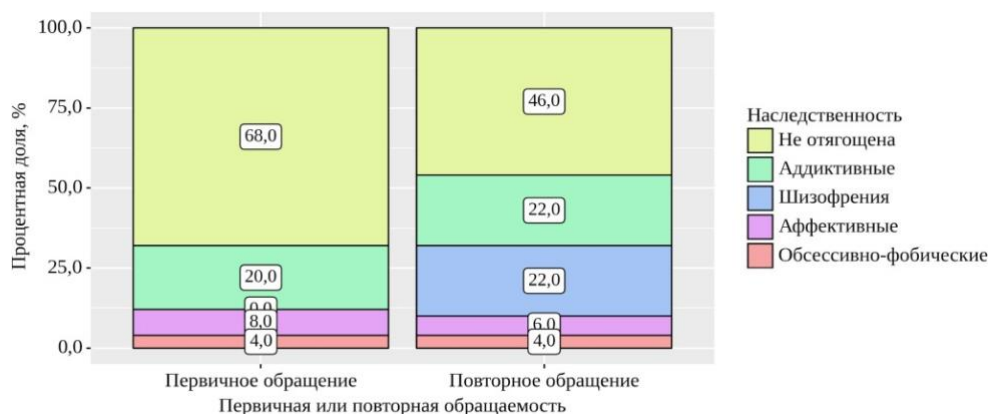


Рисунок 3 – Наследственность в первой и второй группе пациентов

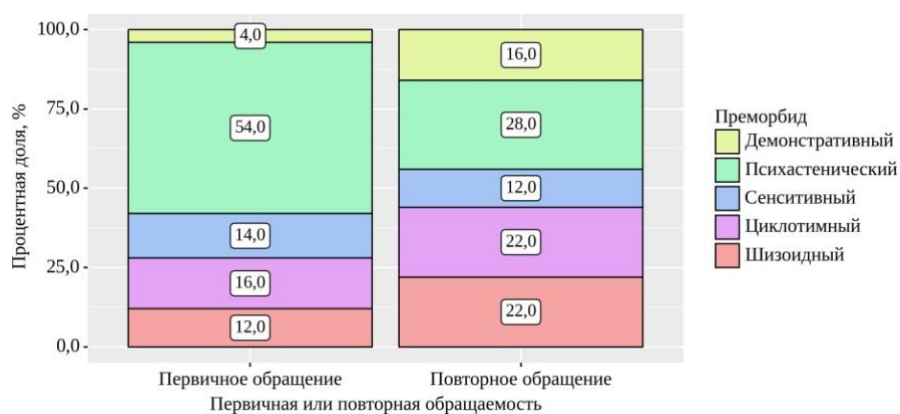


Рисунок 4 – Преморбид в первой и второй группе пациентов

Исследование раскрывает факторы, которые способствуют возникновению психических расстройств у пациентов в период пандемии. Результаты указывают на то, что как те, кто впервые обратился к психиатру, так и те, у кого уже есть психиатрический диагноз, имеют сходства, но также существенные различия по ряду характеристик. Обе группы включают в основном молодых пациентов с высшим или средним специализированным образованием. Тем не менее более высокий уровень образования более распространен среди тех, кто впервые обратился к психиатру во время пандемии. Вероятно, это объясняется интересом к происходящему в мире и более активной ориентированностью на новости.

В первой группе также наблюдается более высокий процент работающих. Это может быть обусловлено несколькими факторами: сменой на удаленную

работу, экономическими потрясениями и изменением обычного режима труда, что само по себе может отрицательно сказаться на психическом состоянии. Кроме того, лица с психическими заболеваниями в общем случае имеют более слабую социальную адаптацию, меньше вероятность занятости, и в этой группе также заметен больший процент инвалидов по психическим заболеваниям.

Половина и более пациентов в обеих группах жили в одиночестве, однако во второй группе выше доля разведенных, что указывает на более высокую степень семейной дезадаптации у тех, у кого уже был поставлен диагноз психического расстройства. Это согласуется с существующей литературой, которая указывает на то, что одинокие люди хуже справляются с эпидемическими условиями и чаще обращаются за помощью к психиатру. Более половины пациентов из обеих групп также не имели детей, что свидетельствует о большем фокусе на своем собственном состоянии.

Литературные источники не предоставляют достаточно данных о том, как личностные особенности влияют на возникновение психических расстройств в период пандемии. Однако наш анализ подтверждает, что люди с психастеническими чертами более подвержены воздействию травмирующих событий во время эпидемии.

3.2. Влияние психогенных факторов на развитие психических расстройств

Изучение психогенных факторов, способствующих возникновению психических расстройств в период пандемии, показало их различную роль в первой и второй группах пациентов (таблица 3).

Таблица 3 – Психогенные факторы в период пандемии, влияющие на возникновение психических нарушений

Показатель	Первая группа (<i>n</i> = 50)	Вторая группа (<i>n</i> = 50)	Уровень <i>p</i>
СМИ, <i>n</i> (%)*	31 (62,0)	16 (32,0)	0.003
Экономические изменения, <i>n</i> (%)	39 (78,0)	34 (68,0)	0.934
Карантин, <i>n</i> (%)*	38 (76,0)	24 (48,0)	0.004
COVID у родных, <i>n</i> (%)	12 (24,0)	13 (26,0)	0.818
Группа риска (больной), <i>n</i> (%)	10 (20,0)	14 (28,0)	0.349
Группа риска (родные), <i>n</i> (%)*	17 (34,0)	27 (54,0)	0.044
* $p < 0,05$.			

В первой группе обследуемых заметно больше пациентов (около 62%) отметили, что массовые СМИ оказывают влияние на их психическое состояние, в то время как во второй группе этот показатель составил всего лишь 32% (ОШ = 0,288; 95% ДИ: 0,127 – 0,658, $p < 0,05$) (рисунок 5).

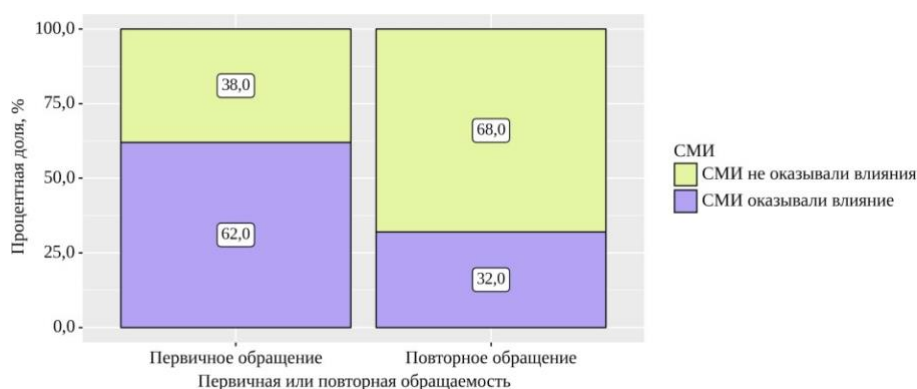


Рисунок 5 – Влияние СМИ на ухудшение состояния в первой и второй группах

Большинство пациентов из первой группы (76%) заявили о том, что они ощутили большее влияние карантина и связанных с ним обстоятельств на свое психическое состояние, в то время как только 48% пациентов из второй группы отметили такое влияние (ОШ = 0,291; 95% ДИ: 0,124 – 0,685, $p < 0,05$) (рисунок 6).

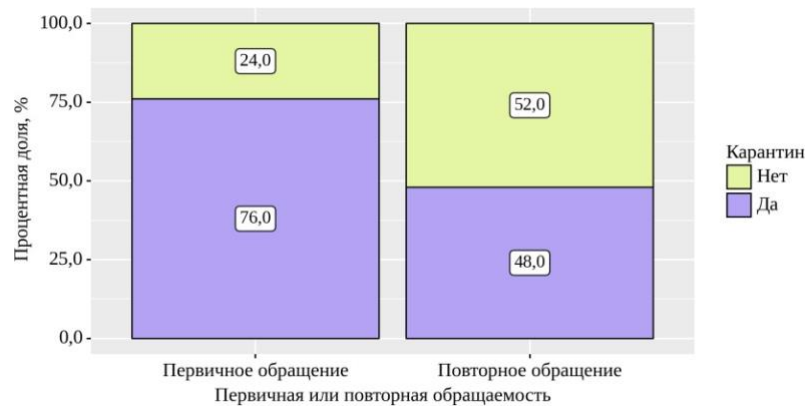


Рисунок 6 – Влияние карантинных мер на ухудшение состояния в первой и второй группах

Нахождение в группе повышенного риска заражения коронавирусной инфекцией близких родственников значительно больше волновало пациентов второй группы: 54% пациентов во второй группе против 34% пациентов в первой (95% ДИ: 1,017 – 5,108, $p < 0,05$) (рисунок 7).

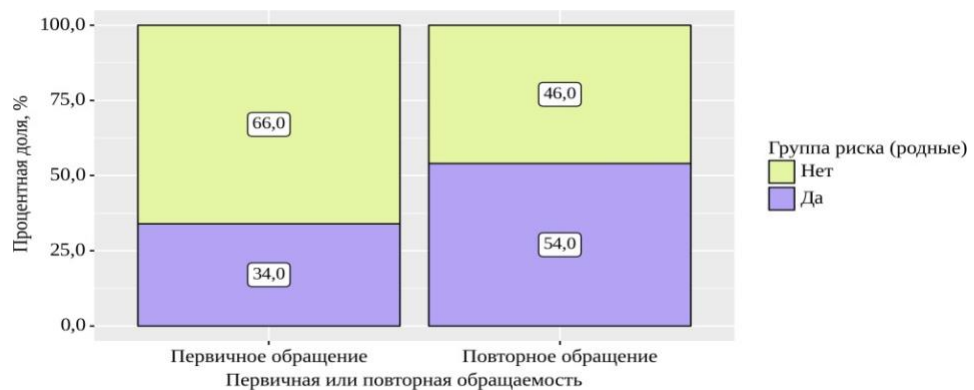


Рисунок 7 – Влияние нахождения родных в группе риска развития осложнений на ухудшение состояния в первой и второй группах

Однако следует отметить, что пациенты из обеих исследуемых групп проявили статистически незначимые различия по ряду важных аспектов. В частности, экономические изменения, связанные с глобальной пандемией, наличие родственников, перенесших инфекцию, и принадлежность к группе риска, оказались неопределяющими факторами между этими группами. Удивительным образом, как пациенты, обращающиеся к психиатру впервые, так и те, у кого уже

был установлен психиатрический диагноз, выразили подобные наблюдения: 78% и 68% соответственно, указали на ухудшение их психического состояния вследствие финансовых затруднений (коэффициент Спирмена = 0,599; 95% доверительный интервал: 0,2450 – 1,4672).

Воздействие заболевания близких также оказало влияние на 24% пациентов из первой группы и на 26% из второй (95% доверительный интервал: 0,450 – 2,753). Среди пациентов, впервые обратившихся к психиатру, лишь 20% отметили ухудшение состояния из-за принадлежности к группе риска. Во второй группе этот процент был чуть выше – 28% испытуемых, однако это различие не имеет статистической значимости (95% ДИ: 0,615 – 3,935).

Таким образом, на психическое состояние пациентов обеих групп оказывают влияние определенные факторы, связанные с эпидемией, но это воздействие неоднозначно. Например, на пациентов, обратившихся к психиатру впервые, более сильно влияет информация из СМИ. Это также соответствует многим литературным источникам: «инфодемия» для большей части населения стала провоцирующим фактором ухудшения психического состояния, сравнимым с самой пандемией. Однако люди, страдающие психическими расстройствами, часто сосредоточены на своих собственных переживаниях и мало ориентированы на новости, что в данном случае выражается в том, что лишь 38% из них указывают на влияние этого фактора.

Ограничительные меры, связанные с карантином, также создавали стресс, прежде всего для пациентов из первой группы, так как они чаще сталкиваются с нестандартной ситуацией. В то же время следует подчеркнуть, что пациенты, страдающие психическими расстройствами, чаще предпочитают находиться дома и проявляют меньшую активность в социальной жизни, что, в свою очередь, делает условия карантина более естественными и комфортными для данной группы.

Эпидемия вызвала экономические потрясения, которые оказали одинаковое влияние на обе группы пациентов. Все они связывают ухудшение своего

психического состояния с экономическими изменениями, такими как снижение доходов. Это соответствует исследованиям, проведенным ранее [76].

Анализ отношения пациентов к здоровью своих родственников и их принадлежности к группам риска показал, что пациенты с предшествующими психическими расстройствами более часто выражали страх и беспокойство за своих близких во время эпидемии. Это связано с их тревогой по поводу собственной заразы или потери заботы и поддержки со стороны родственников в случае заболевания.

3.3. Влияние перенесенной инфекции на развитие психических расстройств

При исследовании непосредственного влияния вируса и вакцинации на состояние исследуемых пациентов было установлено, что на момент обращения большинство пациентов перенесли коронавирусную инфекцию, преимущественно в легкой форме (60% пациентов – в первой группе и 38% – во второй, 95% ДИ: 1,038 – 2,348). При этом во второй группе значимо выше процент не болевших – 46% против 20% первой группы (95% ДИ: 0,292 – 0,883, $p < 0,05$). У значительной части пациентов (46% в первой группе, 36% – во второй, 95% ДИ: 0,830 – 1,805) психическое состояние ухудшалось в связи с перенесенной коронавирусной инфекцией (таблица 4, рисунок 8).

Таблица 4 – Форма течения заболевания и вакцинация в первой и второй группе

Показатель	Первая группа ($n = 50$)	Вторая группа ($n = 50$)	Уровень p
Не переболели коронавирусной инфекцией, n (%)*	10 (20,0)	23 (46,0)	0.006
Перенесли инфекцию в легкой форме, n (%)*	30 (60,0)	19 (38,0)	0.028

Продолжение таблицы 4

Перенесли в форме средней тяжести, <i>n</i> (%)	8 (16,0)	4 (8,0)	0.219
Перенесли в тяжелой форме, <i>n</i> (%)	2 (4,0)	4 (8,0)	0.400
Ухудшение состояния после перенесенной инфекции, <i>n</i> (%)	24 (48,0)	19 (38,0)	0.313
Привились SPUTNIK V, <i>n</i> (%)*	34 (68,0)	21 (42,0)	0.009
Улучшение психического состояния после вакцинации, <i>n</i> (%)	14 (28,0)	9 (18,0)	0.235
* $p < 0,05$.			

Количество привившихся в группе психически больных было меньше в 1,6 раза по сравнению с впервые обратившимися, что является статистически значимым показателем (ОШ = 0,341; 95% ДИ: 0,150 – 0,772, $p < 0,05$). После вакцинации психическое состояние улучшилось лишь у 18% пациентов второй группы и у 28% – первой. Улучшение психического состояния оценивалось клинически, по данным динамического наблюдения. Данные показатели статистически значимо не отличались (ОШ = 0,564; 95% ДИ: 0,218 – 1,459, $p < 0,05$) (рисунок 9).

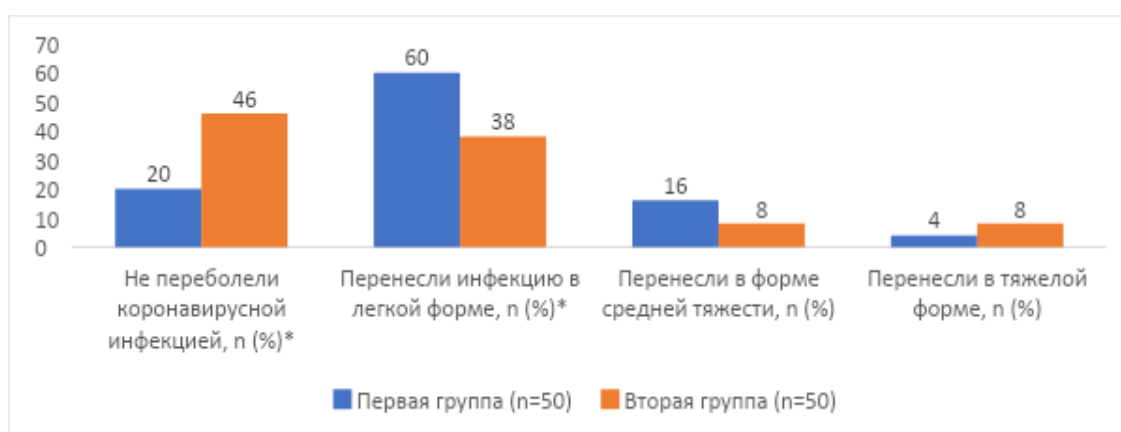


Рисунок 8 – Количество пациентов, перенесших инфекцию, в первой и второй группах



Рисунок 9 – Влияние вакцинации на состояние пациентов

Таким образом, пациенты с имеющимся психиатрическим диагнозом прививались значительно реже впервые обратившихся и в меньшей степени реагировали на прививку, проявляя большую нерешительность в отношении вакцинации, и не испытывали значимого улучшения психического состояния после прививки.

3.4. Соотношение диагнозов и факторов, связанных с пандемией, в исследуемых группах пациентов

Пациенты были опрошены относительно их субъективного мнения о влиянии на психическое состояние психогенных факторов или перенесенной инфекции. Анализ диагнозов, поставленных пациентам, показал, что у пациентов первой группы наиболее часто диагностировали депрессивный эпизод – 18 больных (36%), генерализованное тревожное расстройство – 13 человек (26%), соматоформные расстройства – 6 пациентов (12%), тревожно-депрессивное расстройство – 5 человек (10%) (таблица 5).

Таблица 5 – Диагнозы и этиологические факторы в первой группе пациентов

Диагноз	Влияние психогенных факторов	Последствия перенесенной инфекции	Сочетание факторов
F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство, <i>n</i> (%)	0 (0,0)	4 (16,7)	0 (0,0)
F32.1 Депрессивный эпизод, <i>n</i> (%)	4 (21,1)	13 (54,2)	1 (14,3)
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство, <i>n</i> (%)	7 (36,8)	3 (12,5)	3 (42,9)
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство, <i>n</i> (%)	0 (0,0)	2 (8,3)	3 (42,9)
F42.0 Обсессивно-компульсивное расстройство, <i>n</i> (%)	2 (10,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
F45.0 Соматоформное расстройство, <i>n</i> (%)	4 (21)	2 (8,3)	0 (0,0)
F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности, <i>n</i> (%)	2 (10,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Итого	19 (100)	24 (100)	7(100)

В результате воздействия психогенных факторов чаще возникали тревожные (36,8%) и депрессивные (21,1%) расстройства. После перенесенной коронавирусной инфекции на первом месте отмечались депрессивные расстройства (54,2%), затем – острые психотические состояния (16,7%). Более половины случаев депрессии (72,2%) развивались в результате перенесенной инфекции. Смешанным тревожным и депрессивным расстройством страдали 5 пациентов первой группы, большинство из которых связывали ухудшение состояния с комплексным влиянием перенесенной инфекции и психогенных факторов. В генезе соматизированных расстройств были задействованы и те, и другие факторы. Обсессивно-компульсивное расстройство и декомпенсация

личностного расстройства были вызваны исключительно психогенным воздействием.

Также был проведен многофакторный анализ влияния перенесенной инфекции и психогенных факторов на состояние пациентов.

С целью определения вероятности постановки диагноза были разработаны прогностические модели, основанные на бинарной логистической регрессии, в зависимости от трех показателей: «влияние психогенных факторов», «влияние инфекции» и «сочетание факторов». Общее количество наблюдений составило 50.

Для определения зависимости постановки диагноза «F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство» была получена регрессионная модель, которая статистически значима ($p = 0,044$). Согласно коэффициенту детерминации

Найджелкерка, данная модель способна объяснить 27,5% общей дисперсии рассматриваемого показателя «F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство».

При оценке влияния психогенных факторов шансы постановки диагноза уменьшались. При оценке показателя наличия перенесенной инфекции шансы постановки диагноза увеличивались.

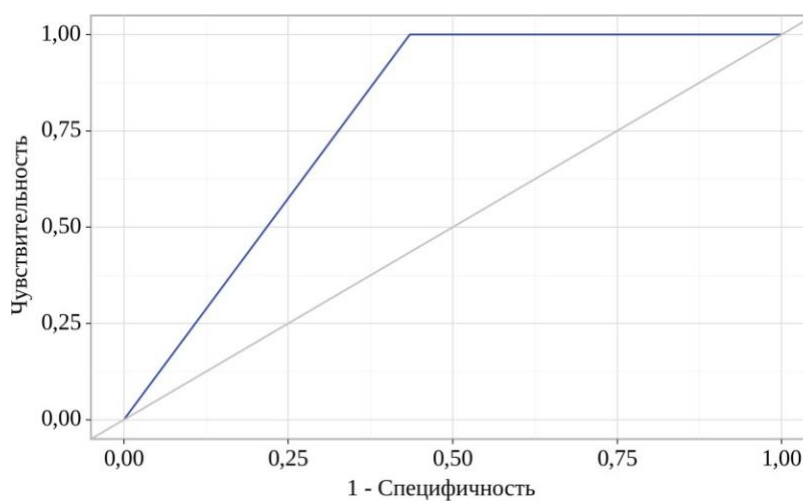


Рисунок 10 – ROC-кривая для диагноза F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство

Площадь под ROC-кривой (рисунок 10) составила $0,783 \pm 0,140$ с доверительным интервалом 95%: 0,508 – 1,000.

Результаты полученной модели показали статистическую значимость ($p = 0,042$).

Показатели чувствительности и специфичности модели составили соответственно 100,0% и 56,5%.

Для анализа связи между диагнозом «F32.1 Депрессивный эпизод» и другими факторами была разработана статистически значимая регрессионная модель ($p = 0,031$). Согласно коэффициенту детерминации Найджелкерка, данная модель объясняет 17,8% общей вариации (дисперсии) наблюдаемых данных показателя «F32.1 Депрессивный эпизод». Это указывает на то, что после перенесенной инфекции шансы постановки диагноза увеличивались в 2,469 раза.

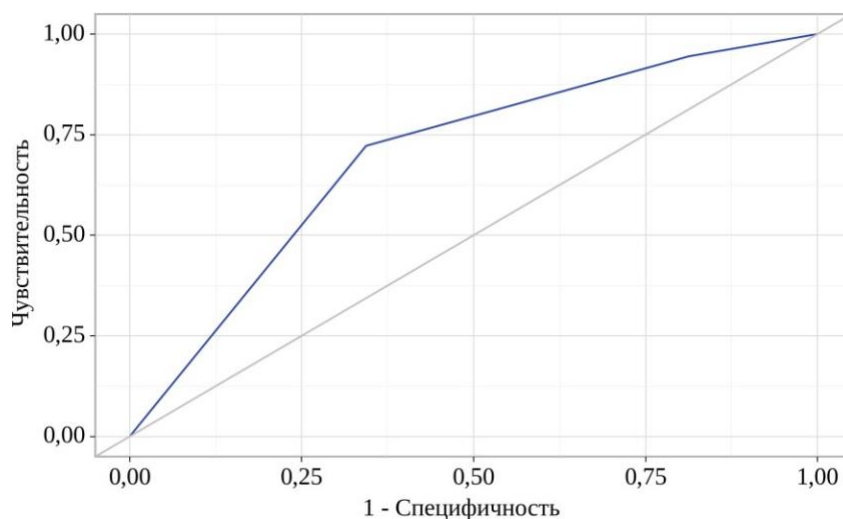


Рисунок 11 – ROC-кривая для диагноза F32.1 Депрессивный эпизод

Площадь под ROC-кривой (рисунок 11) оказалась равной 0,697, с погрешностью 0,081 и доверительным интервалом 95%, который составил от 0,539 до 0,855. Статистическая значимость данной модели подтверждается ($p = 0,012$). Это позволяет сделать вывод о ее эффективности и надежности в предсказании и диагностике.

Диагноз «F32.1 Депрессивный эпизод» предсказывается, когда значение логистической функции P превышает или равно этой величине.

Модель обладает чувствительностью 72,2% и специфичностью 65,6%.

Для анализа связи с постановкой диагноза «F41.1 Генерализованное тревожное расстройство» была разработана регрессионная модель, которая, к сожалению, не имела статистической значимости ($p = 0,098$). Однако, исходя из коэффициента детерминации Найджелкерка, данная модель объясняет 13,0% общей дисперсии постановки этого диагноза.

При анализе влияния перенесенной инфекции было установлено, что наличие такой инфекции уменьшало шансы постановки диагноза в 3,5 раза.

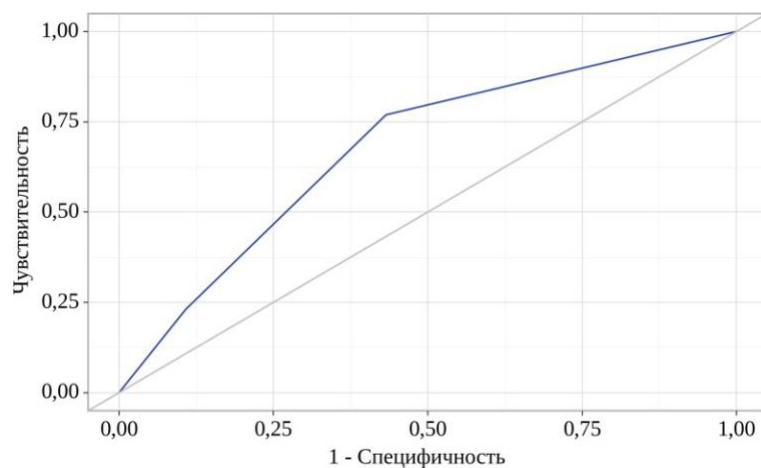


Рисунок 12 – ROC-кривая для диагноза F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Площадь под ROC-кривой (рисунок 12) составила 0,677, с погрешностью 0,092 и 95% доверительным интервалом 0,497 до 0,856. Полученная модель подтверждает свою статистическую значимость ($p = 0,039$).

Эффективность модели проявилась в чувствительности 76,9% и специфичности 56,8%. Эти показатели подчеркивают способность модели эффективно выявлять позитивные случаи и в то же время обеспечивать приемлемую способность исключения ложноположительных результатов.

Для анализа связи с постановкой диагноза «F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» была разработана статистически значимая регрессионная модель ($p = 0,010$). Коэффициент детерминации Найджелкерка

показывает, что данная модель объясняет 35,1% общей дисперсии постановки диагноза.

При анализе влияния психогенных факторов было обнаружено, что они уменьшали шансы постановки указанного диагноза.

В то же время перенесенная инфекция увеличивала шансы постановки данного диагноза.

При анализе влияния комбинации факторов также отмечается увеличение шансов постановки диагноза «F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство».

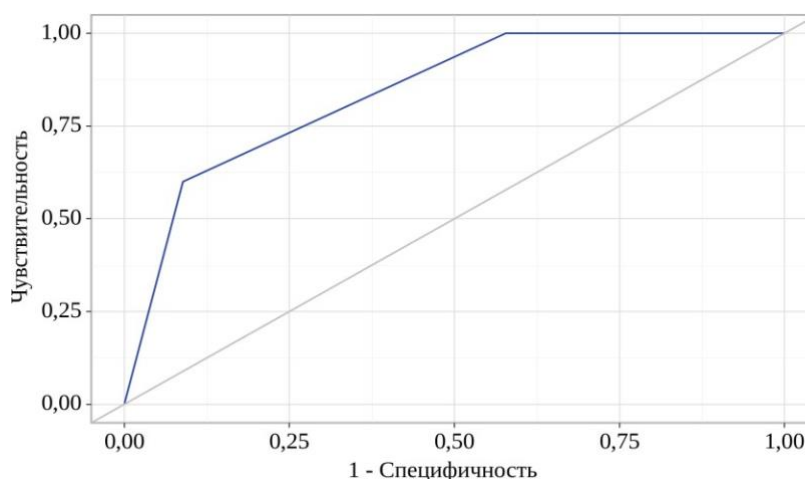


Рисунок 13 – ROC-кривая для диагноза F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

Площадь под ROC-кривой (рисунок 13) оценена как 0,840 с погрешностью 0,114 и 95% доверительным интервалом, включающим значения от 0,617 до 1,000. Это свидетельствует о высокой точности модели. Полученная модель также обладает статистической значимостью ($p = 0,007$), что подтверждает ее достоверность.

Значение индекса Юдена достигнуто при применении порогового значения логистической функции P , равного 0,429, в точке отсечения. Данное значение позволяет прогнозировать диагноз с высокой эффективностью.

Эти результаты указывают на высокую способность модели к выявлению положительных случаев при одновременной возможности минимизации ложноположительных результатов.

Чувствительность - 60,0% , специфичностью - 91,1%.

Была создана прогностическая модель для определения вероятности диагноза «F42.0 Обсессивно-компульсивное расстройство». Полученная регрессионная модель не обнаружила статистической значимости ($p = 0,135$).

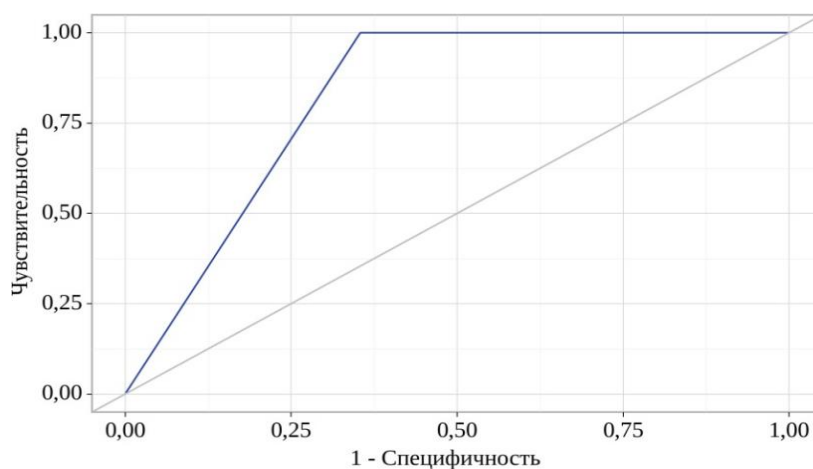


Рисунок 14 – ROC-кривая для диагноза F42.0 Обсессивно-компульсивное расстройство

Площадь под ROC-кривой (рисунок 14) 0,823, с погрешностью 0,184 и 95% доверительным интервалом, который варьируется от 0,462 до 1,000. Однако полученная модель не достигла статистической значимости ($p = 0,092$), что указывает на недостаточную обоснованность ее результатов.

Наибольшее значение индекса Юдена было отмечено при применении порогового значения логистической функции P , равного 0,105, в точке отсечения.

В целом, данные показатели свидетельствуют о невысокой уверенности в эффективности и надежности данной модели в предсказании и диагностике. Постановка диагноза была предсказана, если значение логистической функции P было выше этой величины или равно ей.

Модель обладает чувствительностью 100,0% и специфичностью 64,6%.

Проведено исследование, направленное на разработку прогностической модели для оценки вероятности диагноза «F45.0 Соматоформное расстройство». Однако полученная регрессионная модель не обнаружила статистической значимости ($p = 0,1п$). Тем не менее коэффициент детерминации Найджелкерка указывает на то, что данная модель объясняет лишь 12,5% общей дисперсии вероятности постановки указанного диагноза.

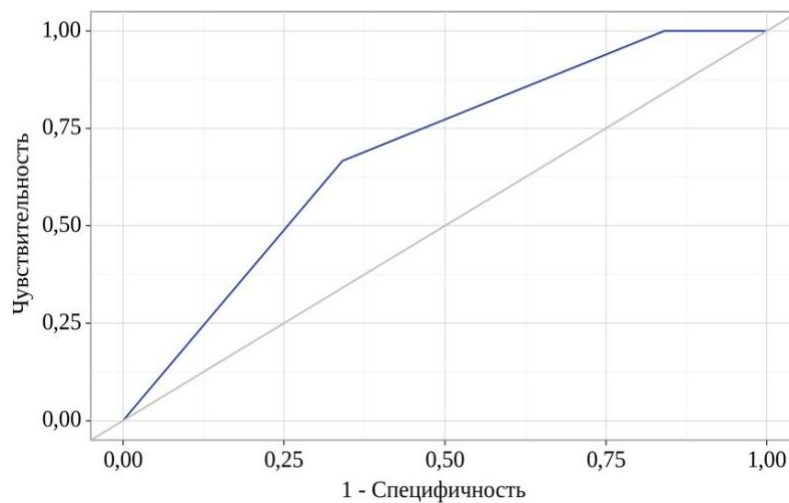


Рисунок 15 – ROC-кривая для диагноза F45.0 Соматоформные расстройства

По результатам анализа модели выявлено, что площадь под ROC-кривой (рисунок 15) составляет 0,689 с диапазоном погрешности 0,127 и 95% доверительным интервалом от 0,441 до 0,937. Но важно отметить, что полученная модель не демонстрирует статистической значимости ($p = 0,102$).

Наиболее эффективное пороговое значение логистической функции P для достижения максимального индекса Юдена установлено на уровне 0,211 в точке отсечения. Таким образом, диагноз можно предсказать, когда значения логистической функции P превышают или равны этой величине.

Чувствительность и специфичность модели составляют 66,7% и 65,9% соответственно, что указывает на баланс между способностью модели выявлять положительные случаи и исключать ложные срабатывания.

Была разработана прогностическая модель для оценки вероятности диагноза «F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности». Однако полученная регрессионная модель не подтвердила статистическую значимость ($p = 0,135$). Коэффициент детерминации Найджелкерка указывает на то, что данная модель объясняет 27,0% наблюдаемой дисперсии показателя.

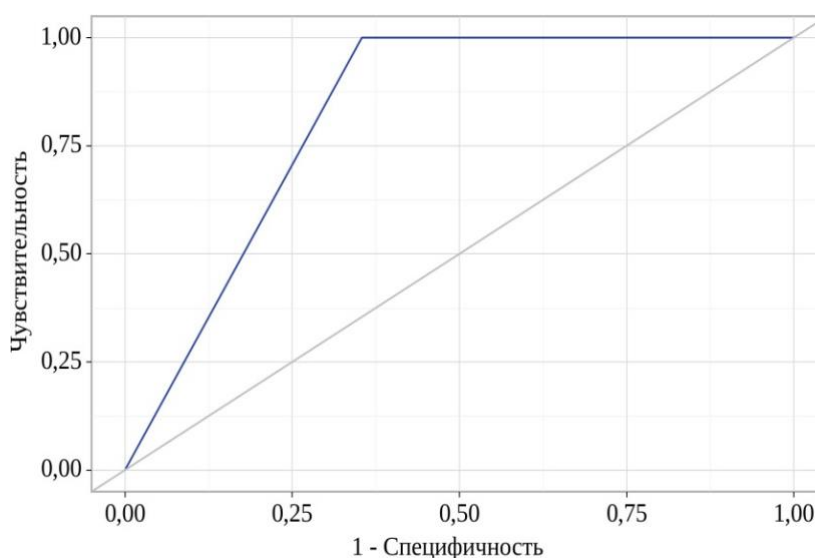


Рисунок 16 – ROC-кривая для диагноза F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности

Проведя анализ прогностической модели для оценки вероятности диагноза, было обнаружено, что площадь под ROC-кривой (рисунок 16) составляет 0,823, с погрешностью 0,184, и при 95% доверительном интервале, который простирается от 0,462 до 1,000. Несмотря на это, стоит отметить, что полученная модель статистически не значима ($p = 0,092$).

Модель обладает высокой чувствительностью в 100,0% и приемлемой специфичностью в 64,6%, что говорит о том, что она успешно выявляет положительные случаи, сохраняя при этом способность исключать ложные срабатывания.

Таким образом статистически значимые зависимости от психогенных факторов наблюдались в случае генерализованного тревожного расстройства, от

перенесенной инфекции: острое психотическое расстройство, депрессивный эпизод. От сочетания факторов значимо зависела постановка диагноза «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (таблица 6).

Во второй группе были пациенты с уже диагностированными ранее психическими заболеваниями, которые обострились или возникли повторные приступы как в результате воздействия психогенных факторов, так и перенесенной инфекции (таблица 7).

Самым частым диагнозом у пациентов второй группы было биполярное аффективное расстройство (депрессивный эпизод или смешанное состояние) – 12 пациентов (24%), большинство из которых отмечали ухудшение состояния после перенесенной инфекции. У 10 пациентов (20%) диагностировали рекуррентное депрессивное расстройство с обострением в результате перенесенного COVID-19. 10 пациентов (20%) страдали шизофренией еще до пандемии, и обострение у большинства наступило также под влиянием коронавируса. В двух случаях обсессивно-компульсивного расстройства произошло обострение на фоне пандемии с присоединением навязчивых страхов заражения.

Таблица 6 – Факторы, преимущественно влияющие на появление симптомов заболеваний в первой группе

Диагноз	Влияющий фактор	Площадь под ROC-кривой	Значение <i>p</i>
F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство, <i>n</i>	Перенесенная инфекция*	0,783 ± 0,140	0,042
F32.1 Депрессивный эпизод, <i>n</i>	Перенесенная инфекция*	0,697 ± 0,081	0,012
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство, <i>n</i>	Психогенные факторы*	0,677 ± 0,092	0,039
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство, <i>n</i>	Сочетание факторов*	0,840 ± 0,114	0,007

Продолжение таблицы 6

F42.0 Обсессивно-компульсивное расстройство <i>n</i>	Психогенные факторы	0,823 ± 0,184	0,092
F45.0 Соматоформное расстройство, <i>n</i>	Психогенные факторы	0,689 ± 0,127	0,102
F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности, <i>n</i>	Психогенные факторы	0,823 ± 0,184	0,092
* $p < 0,05$.			

Таблица 7 – Соотношение диагнозов и факторов, провоцирующих ухудшение состояния, во второй группе пациентов

Диагноз	Влияние психогенных факторов	Последствия перенесенной инфекции	Сочетание факторов
F 21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения, <i>n</i> (%)	2 (10,5)	2 (10,5)	2 (16,7)
F20.0 Параноидная шизофрения, <i>n</i> (%)	0 (0,0)	2 (10,5)	2 (16,7)
F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод, <i>n</i> (%)	2 (10,5)	7 (36,8)	1 (8,3)
F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера, <i>n</i> (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (16,7)
F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, <i>n</i> (%)	1 (5,3)	6 (31,6)	3 (25,0)
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство, <i>n</i> (%)	5 (26,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство, <i>n</i> (%)	3 (15,8)	1 (5,3)	0 (0,0)

Продолжение таблицы 7

F42.0, Обсессивно-компульсивное расстройство, <i>n</i> (%)	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (8,3)
F45.0 Соматоформные расстройства, <i>n</i> (%)	3 (15,8)	1 (5,3)	0 (0,0)
F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности, <i>n</i> (%)	2 (10,5)	0 (0,0)	1 (8,3)
Итого	19 (100)	19 (100)	12 (100)

Также был проведен многофакторный анализ влияния перенесенной инфекции и психогенных факторов на состояние пациентов.

Были созданы прогностические модели с использованием метода бинарной логистической регрессии для оценки вероятности постановки диагноза в зависимости от трех показателей: «влияние психогенных факторов», «влияние перенесенной инфекции» и «сочетание факторов». Общее количество наблюдений составило 50.

Была разработана прогностическая модель для определения вероятности диагноза «F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения». Регрессионная модель, полученная в исследовании, не обладала статистической значимостью ($p = 0,858$).

Площадь под ROC-кривой (рисунок 17) 0,553, с погрешностью 0,129, и при 95% доверительном интервале, который охватывает значения от 0,300 до 0,806. Однако, следует отметить, что полученная модель не обладает статистической значимостью ($p = 0,572$).

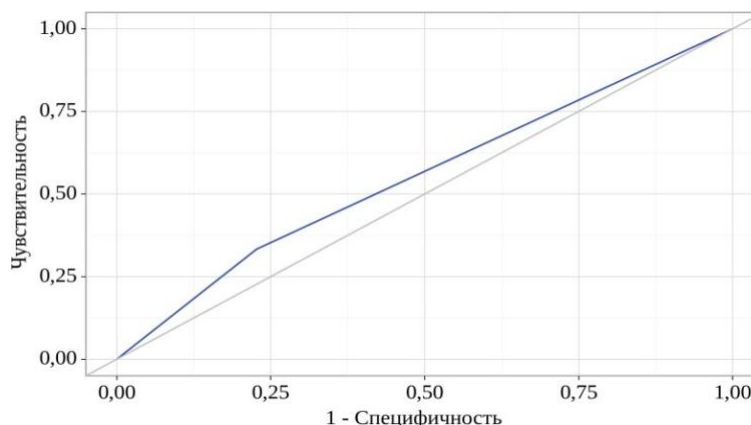


Рисунок 17 – ROC-кривая для диагноза F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения

Наибольшее значение индекса Юдена было достигнуто при использовании порогового значения логистической функции P , равного 0,167, в точке отсечения. Подтверждено, что диагноз «F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения» может быть предсказан при значениях логистической функции P , превышающих данное значение или равных ему.

Модель обладает чувствительностью 33,3% и специфичностью 77,3%, что говорит о способности модели обнаруживать верные положительные случаи и устранять ложные срабатывания.

Была разработана прогностическая модель для определения вероятности диагноза «F20.0 Параноидная шизофрения». Модель регрессии не демонстрировала статистической значимости ($p = 0,118$), при этом она объясняет лишь 19,2% дисперсии диагноза, согласно коэффициенту детерминации Найджелкера.

При оценке влияния психогенных факторов шансы постановки диагноза уменьшались. При оценке влияния перенесенной инфекции шансы постановки диагноза уменьшались. При оценке влияния сочетания факторов шансы постановки диагноза увеличивались.

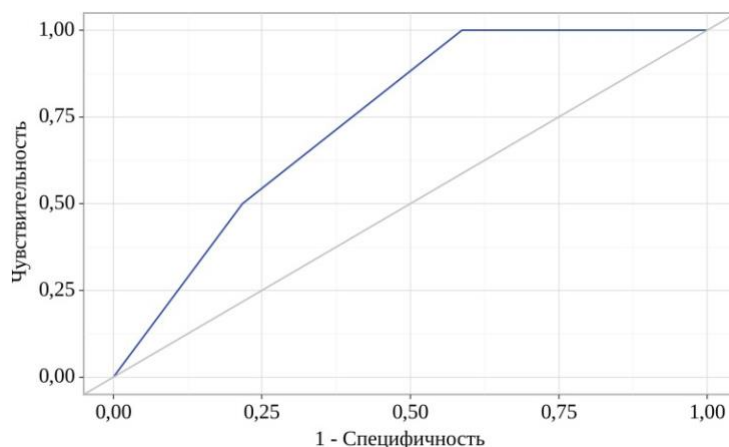


Рисунок 18 – ROC-кривая для диагноза F20.0 Параноидная шизофрения

Площадь под ROC-кривой (рисунок 18) - 0,745 с погрешностью 0,147 и 95% доверительным интервалом от 0,457 до 1,000.

Модель обладает чувствительностью 100,0% и специфичностью 41,3%, что указывает на способность модели эффективно выявлять положительные случаи, но при этом существует риск ложных срабатываний.

Разработана прогностическая модель для определения вероятности диагноза «F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод». Однако полученная регрессионная модель не продемонстрировала статистическую значимость ($p = 0,069$).

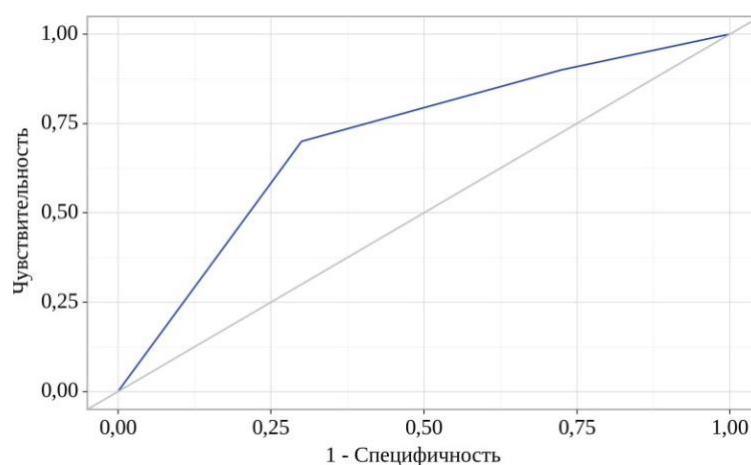


Рисунок 19 – ROC-кривая для диагноза F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод

Площадь под ROC-кривой (рисунок 19) - 0,706, а доверительный интервал - 0,511 до 0,902, с погрешностью 0,100. Полученная модель является статистически значимой ($p = 0,033$).

Также была разработана прогностическая модель для оценки вероятности диагноза "F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера".

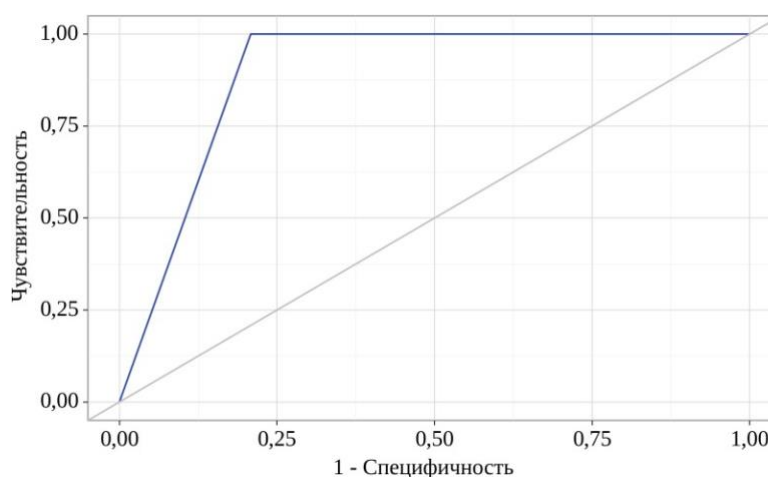


Рисунок 20 – ROC-кривая для диагноза F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера

Площадь под ROC-кривой (рисунок 20) - 0,896 с погрешностью 0,151 и с 95% доверительным интервалом от 0,601 до 1,000. Полученная модель статистически значима ($p = 0,011$).

Модель обладает чувствительностью 100,0% и специфичностью 79,2%, что свидетельствует о высокой способности модели обнаруживать верные положительные случаи и эффективно идентифицировать отсутствие диагноза.

Была разработана прогностическая модель для определения вероятности диагноза «F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство». Однако полученная

регрессионная модель не проявила статистическую значимость ($p = 0,082$).

При анализе влияния психогенных факторов, шансы постановки диагноза уменьшались в 5,473 раза.

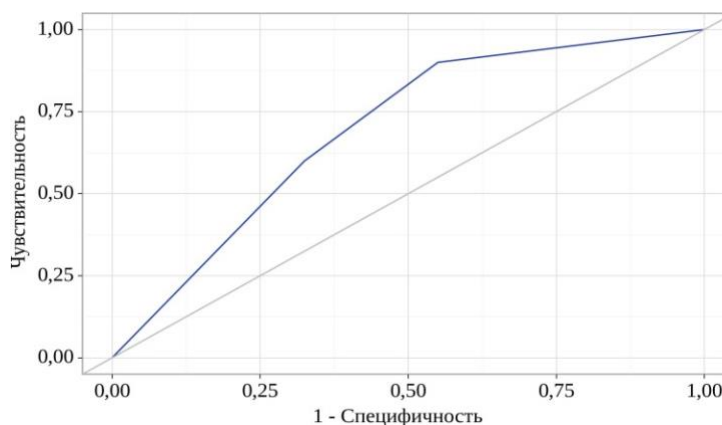


Рисунок 21 – ROC-кривая для диагноза F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство

Площадь под ROC-кривой (рисунок 21) - 0,694 с погрешностью 0,101, 95% доверительный интервал от 0,496 до 0,891. Полученная модель подтвердила свою статистическую значимость с уровнем значимости $p = 0,045$.

Чувствительность 90,0% и специфичность 45,0%, что указывает на высокую способность модели обнаруживать верные положительные случаи, но при этом сниженную способность идентифицировать верные отрицательные случаи.

Создана прогностическая модель для определения вероятности диагноза "F41.1 Генерализованное тревожное расстройство". Полученная регрессионная модель подтверждает свою статистическую значимость с уровнем значимости $p = 0,005$. Коэффициент детерминации Найджелкерка указывает на то, что данная модель объясняет 40,0% общей изменчивости показателя "F41.1 Генерализованное тревожное расстройство".

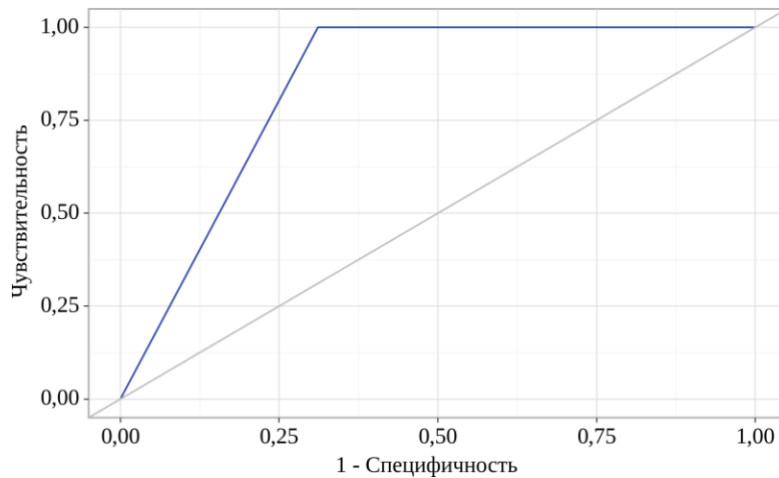


Рисунок 22 – ROC-кривая для диагноза F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Площадь под ROC-кривой (рисунок 22), оценена на уровне 0,844 с погрешностью 0,113, и имеет 95% доверительный интервал, который варьируется от 0,624 до 1,000. Полученная модель подтвердила свою статистическую значимость с уровнем значимости $p = 0,007$.

Чувствительность 100,0% и специфичность 68,9%, что подчеркивает высокую способность модели к обнаружению верных положительных случаев, но с более умеренной способностью к идентификации верных отрицательных случаев.

Была разработана прогностическая модель для определения вероятности диагноза «F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство». Однако полученная регрессионная модель не демонстрировала статистическую значимость ($p = 0,177$).

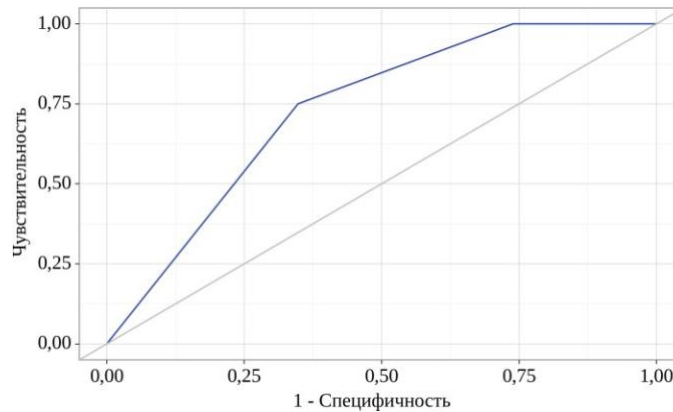


Рисунок 23 – ROC-кривая для диагноза F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

Площадь под ROC-кривой - 0,734 с погрешностью 0,148, 95% доверительный интервал от 0,443 до 1,000. Однако полученная модель не проявила статистической значимости ($p = 0,101$).

Чувствительность 75,0%, что свидетельствует о способности модели выявлять верные положительные случаи. Специфичность же составила 65,2%, что подчеркивает способность модели выявлять верные отрицательные случаи.

Была разработана прогностическая модель для определения вероятности диагноза «F42.0 Обсессивно-компульсивное расстройство». Тем не менее результаты полученной регрессионной модели не подтвердили ее статистическую значимость ($p = 0,354$). Это означает, что в настоящем контексте модель не обладает достаточной способностью для достоверного прогнозирования диагноза «F42.0 Обсессивно-компульсивное расстройство». Значение коэффициента детерминации Найджелкерка, равное 14,2%, подчеркивает, что данная модель объясняет лишь небольшую долю, всего 14,2%, общей вариабельности в данных наблюдениях, связанных с этим диагнозом.

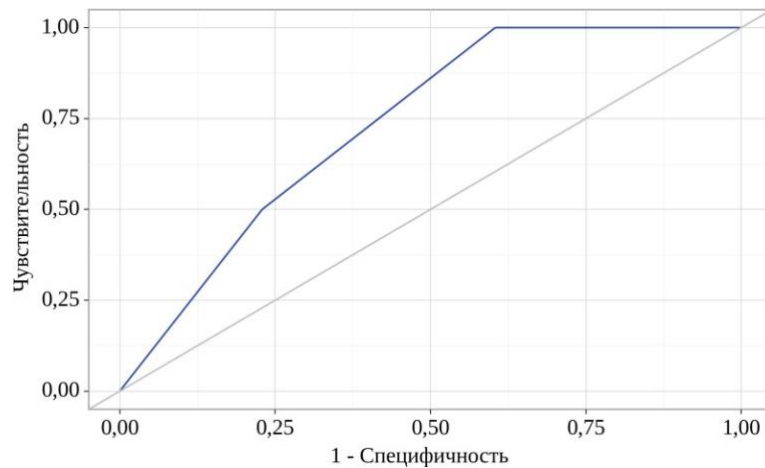


Рисунок 24 – ROC-кривая для диагноза F42.0 Обсессивно-компульсивное расстройство

Площадь под кривой ROC 0,734 с погрешностью 0,207 и имеет 95% доверительный интервал от 0,328 до 1,000. Модель не проявила статистическую значимость ($p = 0,234$).

В данной модели чувствительность составила 100,0%, что означает способность модели выявлять все верные положительные случаи. Специфичность же составила 39,6%, что подчеркивает способность модели выявлять верные отрицательные случаи.

Была разработана модель прогнозирования вероятности диагноза «F45.0 Соматоформные расстройства». Тем не менее результаты анализа регрессионной модели не подтвердили ее статистическую значимость на уровне $p = 0,177$.

Полученная модель, предназначенная для предсказания вероятности диагноза «F45.0 Соматоформные расстройства», не достигла статистической значимости на основе уровня значимости $p = 0,101$.

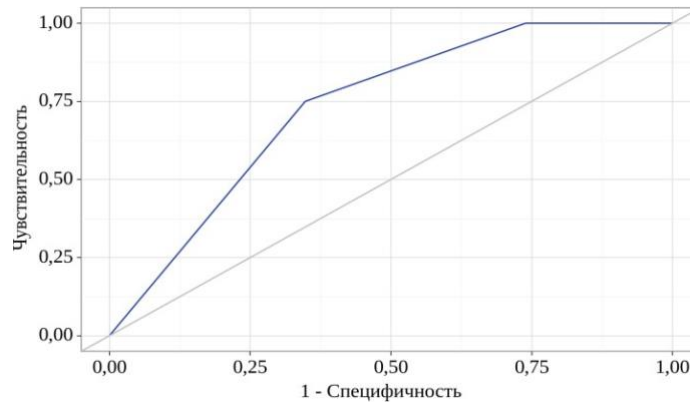


Рисунок 25 – ROC-кривая для диагноза F45.0 Соматоформные расстройства

Площадь под ROC-кривой (рисунок 25) $0,734 \pm 0,148$ с 95% ДИ: 0,443 – 1,000. Полученная модель статистически не значима ($p = 0,101$).

Чувствительность и специфичность составили 75,0% и 65,2% соответственно.

Была разработана модель прогнозирования вероятности для оценки показателя «F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности». Однако анализ результатов показал, что эта модель не достигла статистической значимости с уровнем значимости $p = 0,220$. При оценке по коэффициенту детерминации Найджелкерка данная модель способна объяснить всего 16,1% разброса в наблюдаемых данных для данного показателя.

Полученная модель для определения вероятности показателя «F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности» не проявила статистической значимости, где $p = 0,176$. Это означает, что на данный момент не удалось установить статистически значимую связь между рассматриваемыми переменными.

Чувствительность на уровне 100,0% и специфичность на уровне 40,4%.

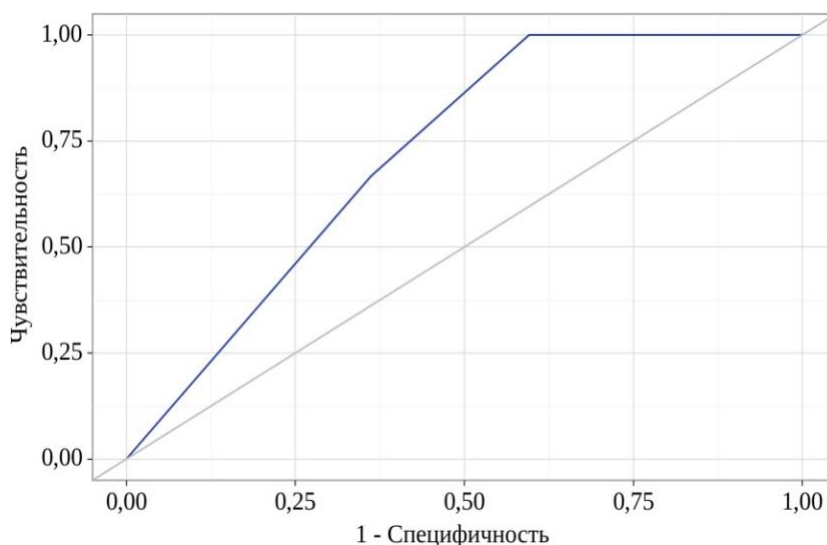


Рисунок 26 – ROC-кривая для диагнозов F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности

Площадь под ROC-кривой (рисунок 26) - $0,720 \pm 0,172$ с 95% ДИ: 0,383 – 1,000.

Полученная модель не была статистически значимой ($p = 0,176$).

Таким образом статистически значимая зависимость обострения состояния от психогенных факторов наблюдалась в случае генерализованного тревожного расстройства ($p = 0,007$), от перенесенной инфекции – биполярного аффективного расстройства (текущий депрессивный эпизод) – $p = 0,033$, рекуррентного депрессивного расстройства ($p = 0,045$). При воздействии сочетания факторов возникал эпизод смешанного характера у пациентов с биполярным аффективным расстройством – $p = 0,011$ (таблица 8).

Таблица 8 – Факторы, преимущественно влияющие на обострение заболеваний во второй группе

Диагноз	Влияющий фактор	Площадь под ROC-кривой	Значение <i>p</i>
F 21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения, <i>n</i>	Сочетание факторов	0,553 ± 0,129	0,572
F20.0 Параноидная шизофрения, <i>n</i>	Сочетание факторов	0,745 ± 0,147	0,086
F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод, <i>n</i>	Перенесенная инфекция*	0,706 ± 0,100	0,033
F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера, <i>n</i>	Сочетание факторов*	0,896 ± 0,151	0,011
F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, <i>n</i>	Перенесенная инфекция	0,694 ± 0,101	0,045
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство, <i>n</i>	Психогенные факторы*	0,844 ± 0,113	0,007
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство, <i>n</i>	Психогенные факторы	0,734 ± 0,148	0,101
F42.0, Обсессивно-компульсивное расстройство, <i>n</i>	Сочетание факторов	0,734 ± 0,207	0,234
F45.0 Соматоформные расстройства, <i>n</i>	Психогенные факторы	0,734 ± 0,148	0,101
F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности, <i>n</i>	Психогенные факторы	0,720 ± 0,172	0,176
* $p < 0,05$.			

ГЛАВА 4. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ

4.1. Сравнительная частота диагнозов у пациентов, перенесших и не перенесших инфекцию COVID-19

Сравнительное исследование пациентов, впервые обратившихся за психиатрической помощью в период пандемии COVID-19, и психически больных, поступивших на лечение в связи с обострением психического расстройства, выявило целый ряд различий между группами как в поставленных диагнозах, так и в характере психопатологической симптоматики, появляющейся после перенесенной коронавирусной инфекции. На момент обследования большинство пациентов (80% – в первой группе и 54% – во второй) перенесли COVID-19, причем у значительной части пациентов (46% – в первой группе и 36% – во второй) состояние ухудшилось в связи с перенесенной инфекцией.

Наиболее частыми диагнозами у пациентов первой группы (таблица 9) были: депрессивный эпизод (ДЭ) – 36%, генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – 26%, соматоформные расстройства (12%), тревожно-депрессивное расстройство (10%).

У пациентов, перенесших инфекцию, самым частым диагнозом был ДЭ(37%), а на втором месте было ГТР (22,5%). Среди пациентов, не болевших COVID- 19, наиболее частым диагнозом было ГТР (40%), а на втором месте был ДЭ (30%). Однако различия между этими двумя группами не достигали статистической значимости.

Таблица 9 – Диагнозы психических расстройств в 1-й группе пациентов и наличие инфекции в анамнезе

Диагноз	Всего <i>n</i> = 50	Перенесли (<i>n</i> = 40)	Не перенесли (<i>n</i> = 10)	<i>p</i>
F23.3 Острое бредовое психотическое расстройство, <i>n</i> (%)	4 (8,0)	4 (10,0)	0 (0,0)	0,571
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство, <i>n</i> (%)	5 (10,0)	4 (10,0)	1 (10,0)	1,000
F42.0 Обсессивно-компульсивное расстройство, <i>n</i> (%)	2 (4,0)	2 (5,0)	0 (0,0)	1,000
F32.1 Депрессивный эпизод, <i>n</i> (%)	18 (36,0)	15 (37,5)	3 (30,0)	0,730
F45.0 Соматоформные расстройства, <i>n</i> (%)	6 (12,0)	4 (10,0)	2 (20,0)	0,586
F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности	2 (4,0)	2 (5,0)	0 (0,0)	1,000
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство	13 (26,0)	9 (22,5)	4 (40,0)	0,420

У пациентов второй группы (таблица 10) в основном имело место обострение уже имеющегося психического заболевания в результате воздействия как самой инфекции, так и факторов, связанных с эпидемией. Наиболее частыми диагнозами были биполярное аффективное расстройство (БАР) – 24%, рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) – 20% и шизофрения (20%).

Большинство пациентов второй группы, перенесших инфекцию, обращались в связи с депрессивным эпизодом в рамках БАР (44,4%). На втором месте были пациенты с обострением РДР (29,6%). Среди пациентов, не перенесших инфекцию, наиболее часто встречающимися диагнозами стали генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – 21,7%, псевдоневротическая шизофрения (17%), смешанное

тревожное и депрессивное расстройство (13%), соматоформное расстройство (13%).

Таблица 10 – Диагнозы психических расстройств во 2-й группе пациентов и наличие инфекции в анамнезе

Диагноз	Всего <i>n</i> = 50	Перенесли инфекцию (<i>n</i> = 27)	Не перенесли инфекцию (<i>n</i> = 23)	<i>p</i>
F20.0 Параноидная шизофрения, <i>n</i> (%)	4 (8,0)	2 (7,4)	2 (8,7)	1,000
F21.3 Псевдоневрозоподобная шизофрения, <i>n</i> (%)	6 (12,0)	2 (7,4)	4 (17,4)	0,395
F31.3 Биполярное аффективное расстройство, <i>n</i> (%)	12 (24,0)	12 (44,4)	0 (0,0)	< 0,001*
F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени, <i>n</i> (%)	10 (20,0)	8 (29,6)	2 (8,7)	0,085
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство, <i>n</i> (%)	5 (10,0)	0 (0,0)	5 (21,7)	0,016*
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство, <i>n</i> (%)	4 (8,0)	1 (3,7)	3 (13,0)	0,322
F42.0 ОКР, <i>n</i> (%)	2 (4,0)	0 (0,0)	2 (8,7)	0,207
F45.0 Соматоформное расстройство, <i>n</i> (%)	4 (8,0)	1 (3,7)	3 (13,0)	0,322
F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности, <i>n</i> (%)	3 (6,0)	1 (3,7)	2 (8,7)	0,588

Таким образом, у пациентов, впервые обратившихся к психиатрам на фоне пандемии чаще всего выявлялись расстройства депрессивного и тревожного спектра. Однако наметилась такая тенденция: тревожные расстройства, в частности

ГТР, чаще возникают у пациентов, не болевших COVID-19, а депрессивные – у перенесших коронавирусную инфекцию. Во второй группе та же картина: ГТР обострялось достоверно чаще у не болевших пациентов, то есть под влиянием психогенных факторов, а депрессивный эпизод в рамках БАР возникал после перенесенной инфекции. Депрессивная фаза РДР тоже чаще формировалась у пациентов, переболевших COVID-19, хотя показатели не достигли статистической значимости.

4.2. Выявление клинических особенностей психических нарушений у пациентов, перенесших и не перенесших инфекцию COVID-19

Анализ клинической картины заболеваний у пациентов, перенесших и не перенесших инфекцию, выявил целый ряд психических нарушений, связанных с SARS-CoV-2.

Так, в первой группе пациентов у 4 человек впервые было диагностировано острое бредовое психотическое расстройство. Во всех случаях симптомы расстройства проявлялись в среднем спустя 2 недели после перенесенной инфекции. Все пациенты были молодого возраста (29–38 лет), трое мужчин и одна женщина. В 3 случаях тематика бредовых переживаний была связана с инфекцией. Один пациент испытывал сильный страх повторного заражения, так как считал, что эпидемия возникла в результате «вселенского заговора», «правительство хочет избавиться от экономически невыгодных людей», для этого создали искусственный вирус. Боялся, что вирус внедрится в его ДНК и ДНК его близких, потому избегал общения с окружающими и каждый день тщательно убирал квартиру, с хлоркой мыл туалет и ванную комнату. Заставлял близких соблюдать все меры предосторожности.

Второй пациент утверждал, что в результате заболевания появились смертельно опасные осложнения. «Стало что-то вытекать из носа», «затекать в мягкие ткани». Решил, что это «ликворея», нашел подтверждение этому в

интернете. Жаловался на головные боли, тошноту, «судороги, спазмы», постоянное ощущение, что течет из носа, «собирается капля, и увлажняется весь нос». Обращался к разным специалистам – ликворею не подтвердили, но убеждение, что она есть, сохранялось.

Третья пациентка после перенесенного COVID-19 и нескольких отрицательных тестов была уверена в том, что она остается носителем инфекции. Окружающие об этом догадываются и избегают ее. Старалась не выходить на улицу, сторонилась людей, боясь причинить им вред. Пациентка носила сразу несколько масок, чтобы вирусы не проникали наружу. Через день проходила тестирование, однако отрицательные результаты не успокаивали, считала их ошибочными. Боялась, что ее как «рассадник инфекции» изолируют от общества, «накажут».

Четвертый пациент через две недели после перенесенной коронавирусной инфекции стал тревожным, подозрительным. Ощущал присутствие посторонних людей в квартире, особенно по ночам. Стал приклеивать скотч к дверям, чтобы проверить, не заходил ли кто-то в квартиру. Испытывал дискомфорт, находясь на открытых пространствах: «на станции, когда ждал электричку, или там, где много народу – давило извне, сжимало в груди, будто кто-то наступил ногой». Замечал, что одни и те же машины стоят под окном, видел под окнами мужчину с телефоном, считал, что за ним следят. Возникло предположение, что слежку устроила бывшая его девушка, с которой расстались. Подозрительность и тревога нарастали, перестал выходить из дома.

В последнем случае инфекция являлась триггером в манифестации психического расстройства, фабула бреда которого не была обусловлена эпидемией. В трех других случаях бред формировался по реактивному механизму и содержание бредовых переживаний было связано с заболеванием и эпидемической обстановкой. Все пациенты проходили лечение в психиатрическом стационаре от 10 дней до месяца. У первых трех больных наступило

выздоровление, а у пациента с бредом преследования через 3 месяца возник рецидив.

Путем анализа клинических проявлений депрессивных расстройств у пациентов, которые перенесли или не перенесли инфекцию (таблица 11, рисунок 32), были обнаружены определенные различия в психопатологической симптоматике.

У пациентов с впервые поставленным диагнозом депрессивного эпизода, которые перенесли инфекцию, в дополнение к типичным симптомам депрессии (снижение настроения – 100%, идеаторная – 87% и моторная – 53% заторможенность, нарушения сна – 73%), в большинстве случаев отмечались апатия (93%), жалобы на когнитивные нарушения (67%) и повышение аппетита (73%). Оценка на шкале депрессии MADRS в этой группе пациентов составила в среднем 27 [25,0 – 29,0] баллов, что соответствует депрессивному эпизоду средней степени тяжести. В то же время, на шкале тревоги Гамильтона балл был ниже, чем в других группах – 13 [11,0 – 16,0] баллов (рисунок 27).

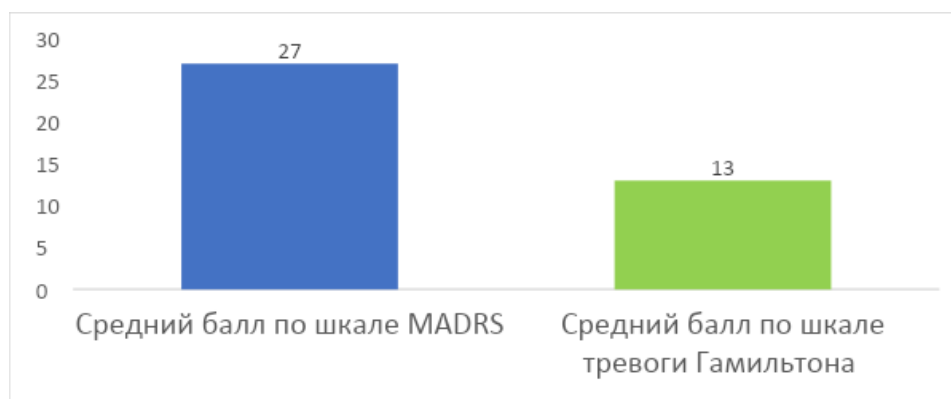


Рисунок 27 – Тяжесть депрессивного эпизода у перенесших инфекцию

Анализ психического состояния пациентов, не болевших COVID-19, показал, что структура депрессивного эпизода у них имела отличительные особенности. Помимо типичных симптомов депрессии, таких как снижение настроения (100%), ангедония (100%) и идеаторная заторможенность (66%), пациенты жаловались на

сильную тревогу (100%), раздражительность (100%), ипохондрические (66%) и соматизированные проявления (66%), связанные с опасениями о возможном заражении. Пациенты испытывали страх, беспокойство о своем здоровье и здоровье своих близких, часто чувствовали отчаяние в связи с невозможностью защитить себя от вируса. Оценка тяжести депрессии по шкале MADRS составляла 26 [23,0-29,0] баллов, а по шкале тревоги – 18 [15,0-23,0] баллов (рисунок 28).

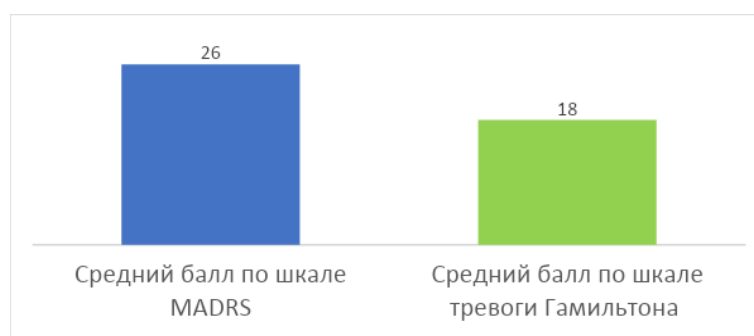


Рисунок 28 – Оценка депрессивного эпизода у пациентов, не перенесших инфекцию

Во второй группе пациентов с БАП было отмечено, что депрессивный эпизод часто возникал в связи с перенесенным COVID-19. Большинство пациентов испытывали те же типичные симптомы депрессии, что и ранее, однако заторможенность (75%), гиперсомния (75%) и повышенный аппетит (75%) встречались чаще, а также появились жалобы на когнитивные нарушения (67%), которые ранее не были выражены или были менее выражены. В период болезни пациенты часто вынуждены были изолироваться от близких, что ухудшало их состояние, а также приводило к отсутствию социальных контактов. Оценка тяжести депрессии по шкале MADRS в среднем составляла 25 [23,0 – 27,0] баллов, что указывает на среднюю степень выраженности депрессивного эпизода. Тревожные симптомы также были выражены средней степени и оценивались по шкале Гамильтона в среднем на 17 [7,0 – 20,0] баллов (рисунок 29).

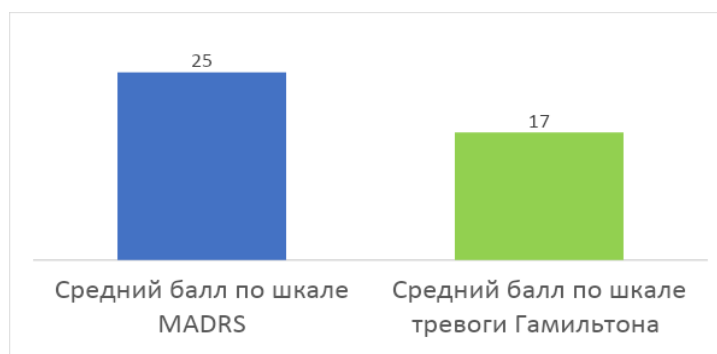


Рисунок 29 – Тяжесть депрессивного эпизода у пациентов с БАР

Большинство пациентов с РДР отмечали связь между их текущим депрессивным эпизодом и предшествующей инфекцией. Депрессия чаще всего возникала в течение двух недель после заболевания и отличалась более тяжелым течением по сравнению с предыдущими эпизодами. Клиническая картина депрессии включала следующие симптомы: снижение настроения (100%), заторможенность (87%), ангедонию (87%), апатию (87%), бессонницу (50%), жалобы на когнитивные нарушения (62%) и необычные для депрессии симптомы, такие как нарушение запоминания и выпадение из памяти отдельных слов. Показатели на шкале депрессии MADRS были самыми высокими и составляли 32 [28,0 – 35,0] балла, что указывает на наличие большого депрессивного эпизода. По шкале тревоги баллы составляли 18 [16,0 – 20,0], что свидетельствует о средней степени выраженности тревожных симптомов (рисунок 30).



Рисунок 30 – Тяжесть депрессивного эпизода у пациентов с РДР, перенесших инфекцию

Среди пациентов с РДР, которые не перенесли инфекцию, многие связывали ухудшение своего состояния с мерами самоизоляции и карантинными ограничениями. Их депрессивные эпизоды характеризовались отсутствием выраженной идеаторной и моторной заторможенности, апатии и плаксивости, но вместо этого симптомы включали выраженную тревогу, раздражительность, соматические жалобы и ипохондрические включения. Оценка тяжести депрессии по шкале MADRS составляла в среднем 28 [25,0 – 31,0] баллов, а по шкале тревоги – 21 [16,0 – 26,0] баллов (рисунок 31).



Рисунок 31 – Тяжесть депрессивного эпизода у пациентов с РДР, не перенесших инфекцию

Таблица 11 – Клинические особенности депрессивных расстройств у перенесших и не перенесших инфекцию пациентов

Заболевания Симптомы	F32.1 ДЭ средней степени (N = 18)		F31.3 БАР, депр. эпизод	F33.1 РДР (N = 10)		Итого (N = 40)	
	Был COVID N = 15, N (%)	Нет COVID N = 3, N (%)	Был COVID N = 12, N (%)	Был COVID N = 8, N (%)	Нет COVID N = 2, N (%)	Был COVID N = 35, N (%)	Нет COVID N = 5, N (%)
Снижение настроения	15 (100,0)	3 (100,0)	12 (100,0)	8 (100,0)	2 (100,0)	35 (100,0)	5 (100,0)
Ангедония	12 (80,0)	3 (100,0)	11 (91,6)	7 (87,5)	2 (100,0)	30 (85,7)*	5 (100,)*
Идеаторная заторможен-ть	13 (86,6)	2 (66,6)	9 (75,0)	7 (87,5)	0	29 (82,8)	2 (40,0)
Моторная заторможен-ть	8 (53,3)	1 (33,3)	9 (75,0)	6 (75,0)*	0*	23 (65,7)*	1 (20,0)*
Идеи самообвинения	3 (20,0)	2 (66,6)	3 (25,0)	4 (50,0)	1 (50,0)	10 (28,5)	3 (60,0)
Нарушения сна	11 (73,3)	2 (66,6)	11 (91,6)	6 (75,0)	2 (100,0)	28 (80,0)	4 (80,0)
• трудность засыпания	6 (40,0)	1 (33,3)	6 (50,0)	6 (75,0)	1 (50,0)	18 (51,4)	2 (40,0)
• ранние пробуждения	5 (33,3)*	0*	0 (0)	6 (75,0)	2 (100,0)	11 (31,4)	2 (40,0)
• частые пробуждения	2 (13,3)	1 (33,3)	2 (16,6)	2 (25,0)	0	6 (17,1)	1 (20,0)
• отсутствие чувства сна	4 (26,6)*	0*	2 (16,6)	4 (50,0)*	0*	10 (28,5)*	0*
• гиперсомния	3 (20,0)	0	9 (75,0)	1 (12,5)	0	13 (37,1)*	0*
Нарушение аппетита	12 (80,0)	2 (66,6)	9 (75,0)	6 (75,0)	2 (100,0)	27 (77,1)	4 (80,0)

Продолжение таблицы 11

• снижение аппетита	1 (6,6)	0	0	6 (75,0)	1 (50,0)	7 (20,0)	1 (20,0)
• повышение аппетита	11 (73,3)	2 (66,6)	9 (75,0)	0	1 (50,0)	21 (60,0)	3 (60,0)
Раздражит-ть	7 (46,6)*	3 (100,0)*	8 (66,6)	2 (25,0)*	2 (100,0)*	17 (48,5)*	5 (100,0)*
Апатия	14 (93,3)*	0 *	8 (66,6)	7 (87,5)*	0*	31 (88,5)*	0*
Утомляемость	12 (80,0)*	0*	7 (58,3)	7 (87,5)	1 (50,0)	26 (74,2)*	1 (20,0)*
Тревога	5 (33,3)*	3 (100,0)*	2 (16,6)	1 (12,5)*	2 (100,0)*	8 (22,8)*	5 (100,0)*
Плаксивость	10 (66,6)	1 (33,3)	8 (66,6)	5 (62,5)*	0*	23 (65,7)*	1 (20,0)*
Панические атаки	2 (13,3)	1 (33,3)	2 (16,6)	0	0	4 (11,4)	1 (20,0)
Суточные колебания настроения	9 (60,0)	2 (66,6)	6 (50,0)	2 (25,0)*	2 (100,0)*	17 (48,5)	4 (80,0)
Ипохондр. включения	6 (40,0)	2 (66,6)	2 (16,6)	1 (12,5)*	2 (100,0)*	9 (25,7)*	4 (80,0)*
Соматические жалобы	2 (13,3)	2 (66,6)	4 (33,3)	0*	2 (100,0)*	8 (22,8)*	4 (80,0)*
Когнитивные нарушения	10 (66,6)*	0*	8 (66,6)	5 (62,5)*	0*	23 (65,7)*	0*
* $p < 0,05$.							

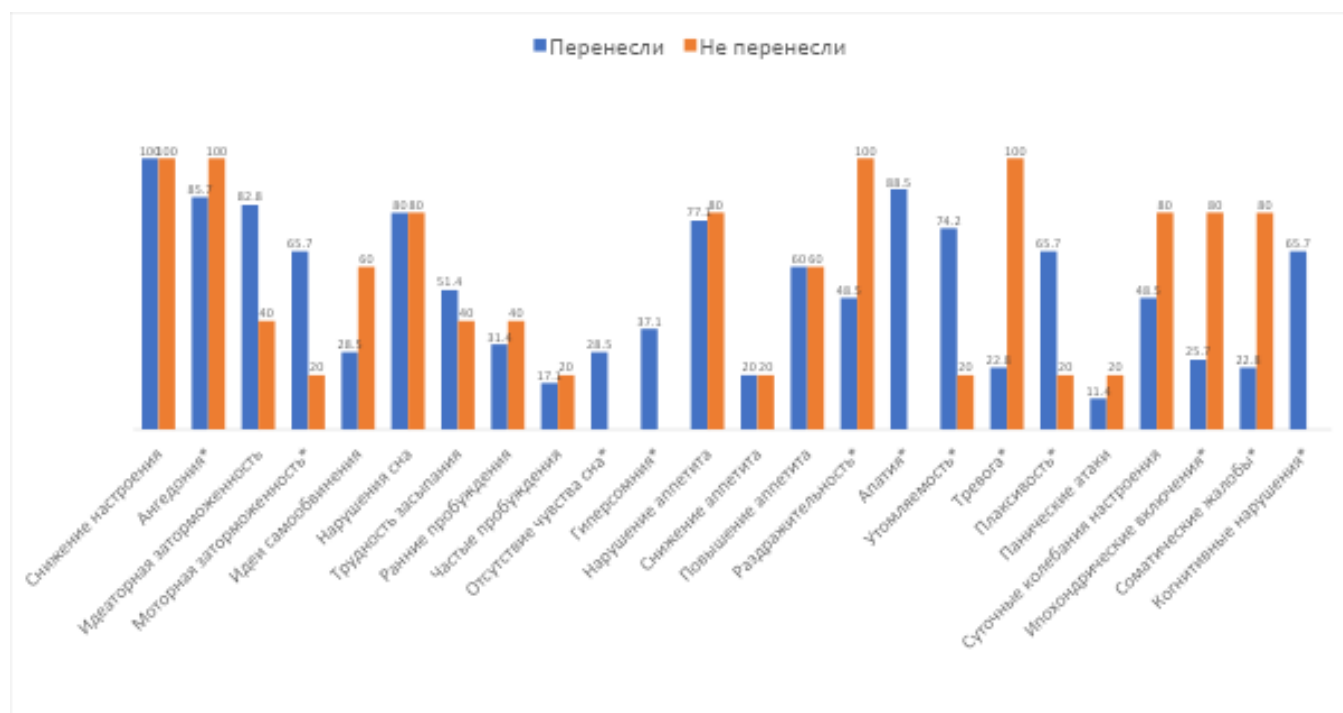


Рисунок 32 – Клинические особенности депрессивных расстройств у перенесших и не перенесших инфекцию пациентов

Путем анализа клинических проявлений тревожных расстройств у пациентов, которые перенесли или не перенесли инфекцию (таблица 12, рисунок 38), были обнаружены определенные различия в психопатологической симптоматике.

У пациентов с генерализованным тревожным расстройством (ГТР), перенесших инфекцию, помимо тревожных симптомов, панических атак и соматических жалоб, также отмечались жалобы на нарушения памяти и трудность сосредоточить внимание. Выраженность тревоги оценивалась в среднем в 27 [19,0 – 35,0] баллов, а депрессии – 20 [15,0 – 26,0] баллов (рисунок 33).

Таблица 12 – Клинические особенности тревожных расстройств у перенесших и не перенесших инфекцию пациентов

Заболевания	F41.1 ГТР (N = 18)		F41.2 СТДР (N = 9)		F45.0 СР (N = 10)		Итого (включая ОКР) (N = 41)	
	Был COVID N = 6, N (%)	Нет COVID = 12, N (%)	Был COVID N = 3, N (%)	Нет COVID N = 6, N (%)	Был COVID N = 3, N (%)	Нет COVID N = 7, N (%)	Был COVID N = 14, N (%)	Нет COVID N = 27, N (%)
Симптомы								
Тревога	6 (100,0)	12 (100,0)	3 (100,0)	6 (100,0)	3 (100,0)	7 (100,0)	14 (100,0)	27 (100,0)
Ажитация	2 (33,3)*	11 (91,6)*	1 (33,3)	6 (100,0)	0*	5 (71,4)*	4 (28,5)*	22 (81,4)*
Нарушения сна	4 (66,6)	8 (66,6)	2 (66,6)	3 (50,0)	1 (33,3)	5 (71,4)	9 (64,2)	16 (59,2)
• трудность засыпания	3 (50,0)	6 (50,0)	1 (33,3)	2 (33,3)	1 (33,3)	3 (42,8)	5 (35,7)	11 (40,7)
• ранние пробуждения	0*	5 (41,6)* 8 (66,6)*	1 (33,3)	2 (33,3)	1 (33,3)	1 (14,2)	2 (14,2)	8 (29,6)
• частые пробуждения	1 (16,6)*	2 (16,6)	0	2 (33,3)	0*	4 (57,1)*	2 (14,4)*	14 (51,8)*
• отсутствие чувства сна	1 (16,6)	0	2 (66,6)	1 (16,6)	1 (33,3)	3 (42,8)	5 (35,7)	6 (22,2)
• гиперсомния	0		0	0	0	0	1 (7,1)	0
Нарушение аппетита	3 (50,0)	11 (91,6)	1 (66,6)	4 (66,6)	1 (33,3)	6 (85,7)	6 (42,8)*	23 (85,1)*
• Снижение аппетита	1 (16,6)	1 (8,3)	1 (66,6)	0	1 (33,3)	1 (14,2)	2 (14,2)	3 (11,1)
• Повышение аппетита		10 (83,3)				5 (71,4)*		20 (74,1)
	2 (33,3)		0	4 (66,6)	0*		7 (50,0)	
Раздражит-ть	2 (33,3)*	11 (91,6)*	0*	6 (100,0)*	0	3 (42,8)	3 (21,4)*	21 (77,7)*
Навязчивые мысли	3(50,0)	8 (66,6)	3 (100,0)	5 (83,3)	3 (100,0)	5 (71,4)	11 (78,5)	20 (74,1)
Навязчивые действия	0	0	0	0	0	0	2 (14,2)	2 (7,4)
Панические атаки	4 (66,6)	9 (75,0)	2 (66,6)	4 (66,6)	2 (33,3)	4 (57,1)	9 (64,2)	15 (55,5)
Ипохондрические включения	3(50,0)	8 (66,6)	2 (66,6)	3 (50,0)	3 (100,0)	6 (85,7)	10 (71,4)	19 (70,3)

Продолжение таблицы 12

Соматические жалобы	2 (33,3)	7 (58,3)	0*	5 (83,3)*	3 (100,0)	7 (100,0)	5 (35,7)*	19 (70,3)*
Когнитивные нарушения	4 (66,6)*	0*	1 (33,3)	0	0	0	6 (42,8)*	0*
* $p < 0,05$.								

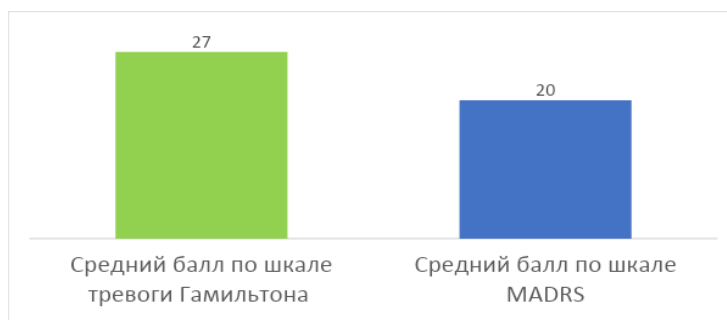


Рисунок 33 – Оценка тревожных и депрессивных симптомов у пациентов с ГТР, перенесших инфекцию

Среди пациентов, не перенесших COVID-19, было замечено более высокое проявление тревожности в структуре генерализованного тревожного расстройства. Большинство пациентов (91,6%) отметили наличие ажитации, а 92% жаловались на раздражительность. Кроме того, у 67% пациентов были отмечены ипохондрические включения. Проблемы со сном также были характерны для данной группы пациентов (67%), включая трудности с засыпанием и частые пробуждения во сне. Соматические проявления тревоги (58%) включали одышку, головные боли напряжения, тахикардию и чувство «кома за грудиной». У трети пациентов были навязчивые мысли и страхи, связанные с возможностью заражения и тяжелыми последствиями инфекции. Тем не менее, на шкале депрессии MADRS среднее значение было относительно низким (19 [17,0 – 23,0] баллов), что указывает на отсутствие депрессивного эпизода. Однако, тяжесть тревоги, измеренная по шкале Гамильтона, была немного выше, чем у первой группы пациентов, составляя 28 [26,0 – 30,0] баллов (рисунок 34).



Рисунок 34 – Оценка тревожных и депрессивных симптомов у пациентов с ГТР, не перенесших инфекцию

В случае смешанного тревожного и депрессивного расстройства (СТДР) у пациентов, перенесших инфекцию, наблюдалась особая клиническая картина, отличающаяся от типичных проявлений подобного расстройства. Особенно выраженные нарушения сна, такие как отсутствие чувства сна, присутствовали у большого числа обследуемых. Снижение аппетита также было заметным симптомом. В значительной степени пациенты проявляли мнительность и настороженность по отношению к любым изменениям в своем состоянии, что ранее было им не свойственно. Как и у пациентов с депрессивными расстройствами, наблюдались жалобы на когнитивные нарушения (33%), которые усиливали тревогу и страх из-за возможности их необратимости. Возникали панические атаки (66%), особенно в местах скопления людей, и навязчивые мысли о возможности повторного заражения. По шкале депрессии MADRS, средняя тяжесть депрессии составляла 20 [17,0 – 23,0] баллов, что указывает на отсутствие клинически значимого депрессивного эпизода у большинства пациентов. Однако по шкале тревоги Гамильтона симптомы тревожного расстройства были умеренно выражены и оценивались в 26 [22,0 – 30,0] баллов (рисунок 35).



Рисунок 35 – Оценка тревожных и депрессивных симптомов у пациентов с СТДР, перенесших инфекцию

В случаях СТДР у пациентов без перенесенной инфекции в анамнезе, была отмечена высокая степень тревоги с ажитацией (100%), раздражительностью (100%) и увеличением аппетита (66,6%). В отличие от тех, кто перенес инфекцию, пациенты жаловались на соматические проявления тревоги (83,3%). По шкале MADRS, у большинства пациентов не наблюдалось клинически значимых признаков депрессивного эпизода, тяжесть депрессии составляла 18 [16,0 – 22,0] баллов. По шкале тревоги Гамильтона, симптомы тревожного расстройства были средне выраженными и оценивались в 27 [22,0 – 31,0] баллов (рисунок 36).



Рисунок 36 – Оценка тревожных и депрессивных симптомов у пациентов с СТДР, не перенесших инфекцию

При соматоформных расстройствах, возникших в результате перенесенного COVID-19 в легкой форме, пациенты выражали глубокие опасения относительно возможных осложнений и развития постковидного синдрома, что неизбежно приводило к чрезмерной заботе о своем здоровье. Они постоянно контролировали

различные показатели, включая температуру, пульс, артериальное давление, сатурацию кислорода, даже если все значения оставались в норме. Кроме того, пациенты жаловались на слабость, утомляемость, постоянную тревожность, нарушение сна, а также на нехватку воздуха, что дополнительно усиливало их беспокойство.

Среди пациентов, не перенесших инфекцию, наблюдались симптомы ипохондрического синдрома, которые сопровождались настойчивыми мыслями о наличии заболевания, возникающей тревогой и сложностью отвлечься от них. Они также испытывали физические проявления, такие как затрудненное дыхание, одышку, сердцебиение, тяжесть в груди, головные боли и расстройства ЖКТ (боли в животе, диарея), в результате чего они часто обращались к врачам и требовали проведения дополнительных обследований.

У двух пациентов, которые перенесли COVID-19 в легкой форме, было обнаружено обсессивно-компульсивное расстройство. Они испытывали навязчивый страх заражения и неустанно соблюдали меры индивидуальной защиты, такие как постоянное мытье рук, обработка поверхностей дезинфицирующими средствами и ношение средств индивидуальной защиты. Даже после выздоровления у них оставался страх повторного заражения и смерти, что заставляло их соблюдать меры предосторожности компульсивного характера.

У двух других пациентов обострение обсессивно-компульсивного расстройства произошло на фоне пандемии, вызванной COVID-19. Они отметили появление новых симптомов, таких как навязчивые мысли о заражении, необоснованное использование средств индивидуальной защиты и требования соблюдения этих мер от своих близких (рисунок 37).

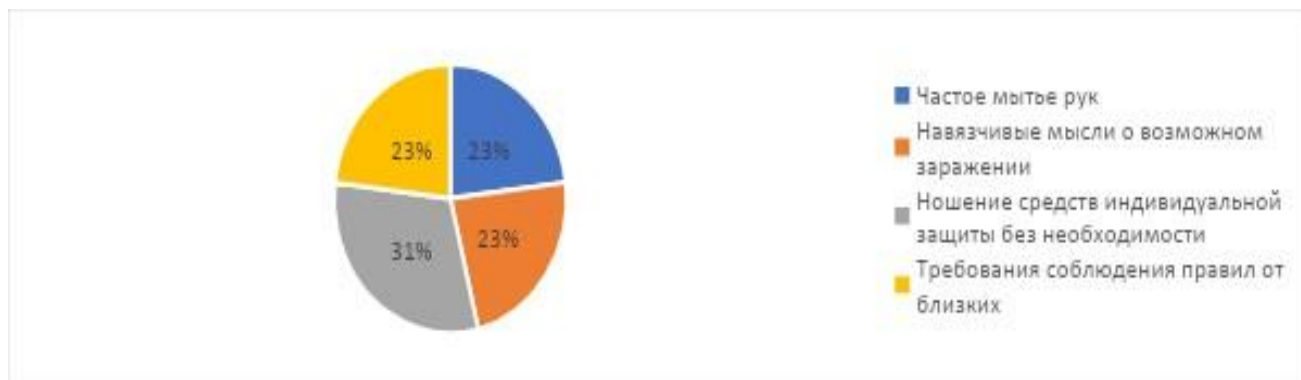


Рисунок 37 – Изменение симптомов ОКР у пациентов с ранее диагностированным расстройством

У пациентов с невротоподобной шизофренией, перенесших коронавирусную инфекцию, наблюдались новые ипохондрические идеи, связанные с возможными осложнениями и опасными формами заболевания, которые ранее не были отмечены. Одновременно у двух больных с параноидной шизофренией, находившихся в обязательной самоизоляции во время инфицирования, наблюдалось ухудшение состояния, но симптомы не выходили за рамки обычного обострения.

У пациентов, страдающих шизофренией, но не перенесших COVID-19, психогенные факторы, связанные с пандемией, привели к обострению навязчивых мыслей, ипохондрических переживаний, увеличению ритуалов и аутизации, а также сильному страху заражения. Меры предосторожности, такие как самоизоляция, мытье рук и обработка поверхностей, вызвали усиление аутизации и изоляции от окружающих. Пациенты отмечали, что в клинике они чувствовали себя в безопасности и более спокойно (рисунок 38).

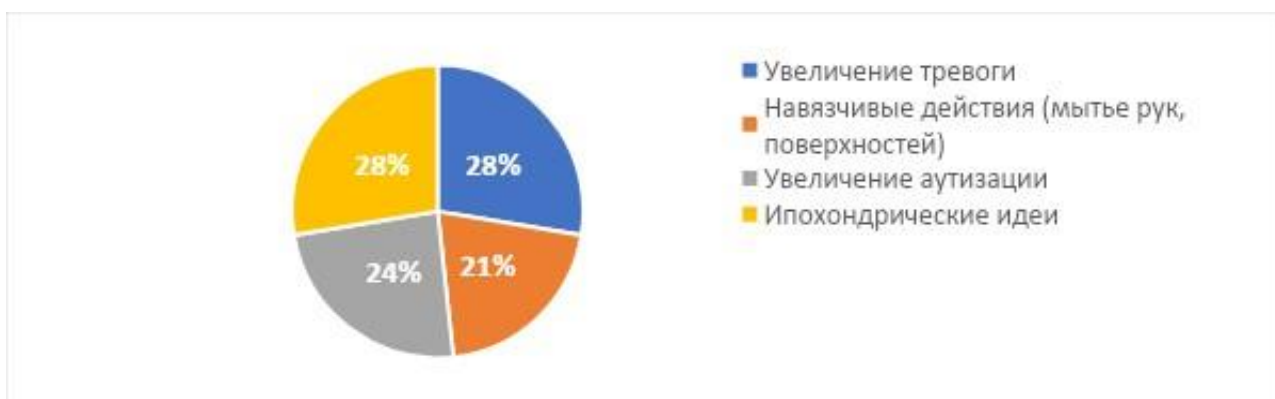


Рисунок 38 – Изменение симптомов шизофрении у пациентов с ранее диагностированным расстройством

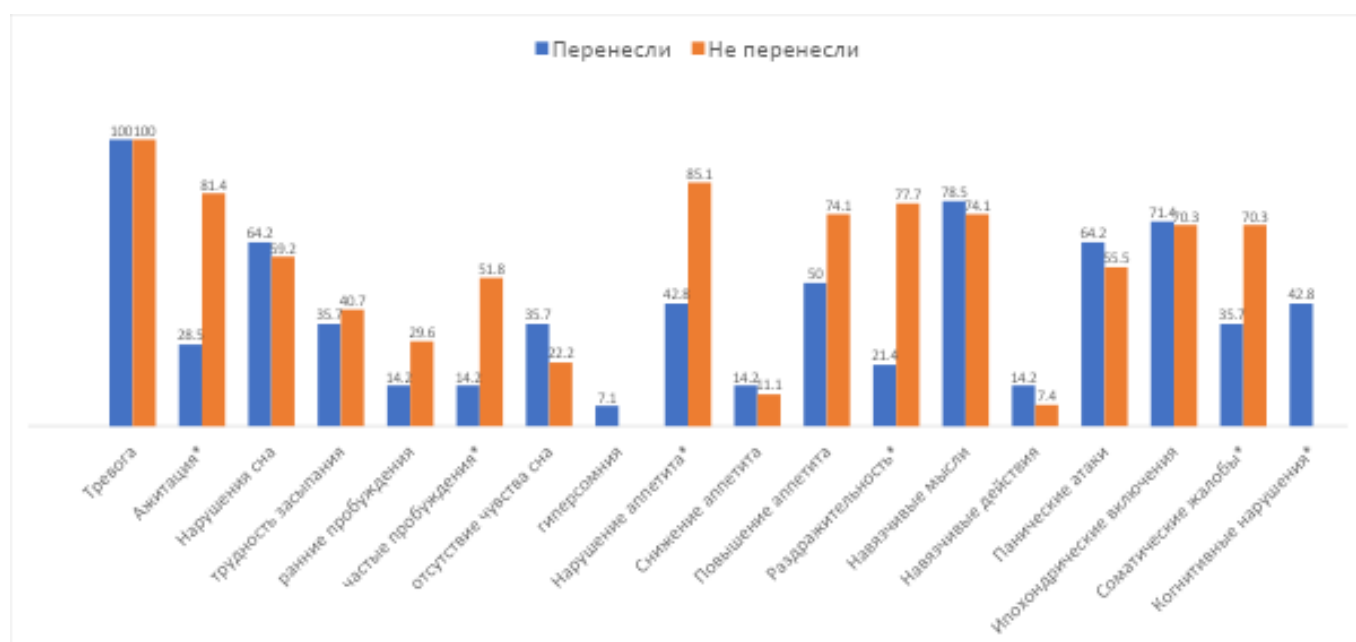


Рисунок 39 – Клинические особенности тревожных расстройств у перенесших и не перенесших инфекцию пациентов

Далее представлены клинические иллюстрации особенностей психических расстройств и у пациентов без психических нарушений в анамнезе (№ 1, 2), а также пациента с ранее диагностированным психическим заболеванием (№ 3).

Клиническая иллюстрация 1

Больной Г. 1995 года рождения. Сообщает о проблемах с тревожностью, ощущении «тяжести в голове», затруднениях с концентрацией внимания и трудности в выполнении работ.

Анамнез: Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать работает инженером, обладает выраженной эмоциональностью, тревожностью и склонностью к чрезмерной заботе о сыне. Отец ранее занимал должность генерального директора компании по продаже морепродуктов, но сейчас находится на инвалидности из-за серьезной раны, полученной в огнестрельном инциденте. В семье есть только один ребенок. Он рос как послушный и спокойный малыш, никак не отставал в развитии. С трехлетнего возраста он ходил в детский сад, проявляя при этом соответствующую застенчивость и стеснительность. Тем не менее, периодически он проявлял инициативу в рамках игр и общения. Когда настал момент перехода в школу в семь лет, ему пришлось адаптироваться к новому коллективу, у него возникли определенные трудности, и он оказался в известной степени замкнутым. Учебный процесс в шестилетнем возрасте не приносил ему удовольствия, и отсутствовали явные предпочтения по предметам.

Вплоть до седьмого класса он боролся с избыточным весом, что сделало его объектом насмешек со стороны сверстников. Эти ситуации оказывали на него сильное эмоциональное воздействие, и он делился своими переживаниями с матерью. С течением времени он стал проявлять больше инициативы в общении со сверстниками в попытке избежать дальнейших оскорблений. Осознавая озабоченность матери как по поводу его веса, так и взаимоотношений с одноклассниками, были предприняты шаги для консультации с разными специалистами, которые провели соответствующие обследования.

Последующее обследование со стороны эндокринолога привело к рекомендации начать лечение метформином, в связи с обнаруженной

гипергликоземией. В результате применения данной терапии удалось достичь нормализации веса. Сложности появились в отношениях с родителями, когда они начали раздумывать о разводе. Пытался заставить их отказаться от этой идеи. Возник разногласия, и он даже угрожал уйти из дома, если они разведутся. В старших классах его эмоции к школе поменялись, и он стал радостно ходить туда, завоевав множество друзей и создав свою компанию. В 11 классе начал готовиться к поступлению на экономический факультет МАИ. В период сдачи ЕГЭ его охватили нервозность и трудности с концентрацией внимания. Эти факторы отразились на результатах экзамена, где его баллы оказались на 15 пунктов ниже, чем на пробных тестах. Парадоксально, но эти набранные баллы все равно оказались достаточными для поступления.

Однако первый курс института принес с собой новые вызовы. Ему пришлось столкнуться с трудностями в общении с одногруппниками. Уверенность начала уходить, а на ее место пришла стеснительность, что придало его истории уникальный оттенок. Это было связано с потерей уверенности и появлением стеснительности. Впоследствии, привыкнув к новой обстановке, он стал более коммуникабельным, и отношения с одногруппниками улучшились. Он стал регулярным участником вечеринок, где употребление алкоголя стало обыденной практикой, и иногда он экспериментировал с марихуаной. Параллельно начал встречаться с представительницами противоположного пола., но скорее для развития общительности, а не для серьезных отношений. Он также уделял много времени тренировкам в тренажерном зале, чтобы сохранить физическую форму и привлечь внимание противоположного пола. После окончания института он устроился аналитиком в фармацевтическую компанию. Сначала было сложно адаптироваться к новому коллективу, и работа доставляла трудности. Спустя полгода его сократили, но он быстро нашел новую работу в той же области. На новой работе он быстро подружился с коллегами, и ему нравилась его деятельность. Завязал романтические отношения с одной из коллег и вскоре они решили начать жить вместе.

Впервые переживания за свое здоровье пациент отмечает в феврале 2020 года. Он отслеживал последние новости, чтобы быть в курсе текущей ситуации и предпринимал попытки провести анализ собственных представлений о том, как эпидемия развивается. Боялся заразиться в общественных местах, включая свое рабочее место. Стал соблюдать социальную дистанцию, носить маску и избегать контакта с больными людьми.

Вскоре он решил изолироваться самостоятельно, взяв отпуск. Сделал запас средств индивидуальной защиты и продуктов первой необходимости. Он придерживался строгих правил: бегал по лестнице, избегая вдыхания воздуха в подъезде, и, вернувшись домой, неукоснительно проводил дезинфекцию. Это касалось не только его самого, но и всей одежды. Он неумолимо убеждал свою партнершу в необходимости придерживаться строгих мер индивидуальной защиты. Он требовал, чтобы она соблюдала социальную дистанцию, и даже после возвращения домой носила маску и перчатки в течение некоторого времени.

В период изоляции он чувствовал себя в безопасности дома, но в остальное время переживал страх заражения. Когда в мае 2020 года официальный режим дистанционной работы был отменен, ему пришлось вернуться в офис. Он начал использовать такси, стараясь избегать контактов и принимая все возможные меры индивидуальной защиты, такие как респираторы и перчатки.

Через две недели после возвращения на работу он начал испытывать приступы нехватки воздуха и «удушья», что сильно его напугало. Он сразу же подумал о коронавирусной инфекции и даже позвонил матери, чтобы поделиться своими опасениями. Однако он не вызвал врача, опасаясь стать источником заражения.

Состояние улучшилось через два дня, но в июне у него появились новые симптомы. Имел место определенный сбой в когнитивной функции, чувство «помутнения в голове». Также отмечал тошноту, снижение памяти, головокружение, нарушения сна, напряжение и выраженную астению. При обследовании у терапевта диагноз коронавирусной инфекции не подтвердился.

Он начал понимать, что его беспокойства и переживания могли вызвать серьезное расстройство психики. Под руководством невролога он принимал различные препараты, но не ощущал существенного улучшения. Его работоспособность упала, концентрация внимания была нарушена, и постоянное чувство тревоги не уходило, даже при строгом следовании рекомендациям по защите от коронавируса.

Его партнерша, не выдержав постоянного контроля и подозрений, приняла решение разорвать отношения. Он принял решение обратиться за медицинской помощью в клинику психиатрии им. С. С. Корсакова.

Психический статус при поступлении: Пациент тщательно выбрал место на стуле, чтобы сохранить некоторую дистанцию от медицинского персонала. В лице его скрыто под медицинской маской, а руки защищаются обертками из резиновых перчаток. По просьбе врача он снимает перчатки, на руках заметны признаки чрезмерной сухости и мелких трещин, вызванных частой обработкой и использованием дезинфицирующих средств.

Пациент выражает сожаление о том, что слишком интенсивно следил за эпидемией и строго соблюдал рекомендации, признавая, что эти действия стали избыточными. Однако он сталкивается с невозможностью контролировать свои беспокойства, так как их отсутствие вызывает постоянную тревогу и страх.

С начала февраля 2020 года пациент почти полностью ограничил свои перемещения за пределами дома, предпочитая пользоваться такси. Он всегда беспокоится о наличии средств гигиены и защиты от вируса. Пациент осознает, что ранее существовала реальная угроза, но теперь он стремится снизить уровень тревоги. Несмотря на улучшение настроения, он все равно беспокоится о влиянии текущего состояния на свою работу и личную жизнь.

Находясь в стационаре, пациент ощущает большую уверенность, но при этом строго придерживается всех рекомендаций. Он проявляет активный интерес к длительности лечения и прогнозу. Суицидальных тенденций и обманов восприятия не выявлено. Пациент ищет помощи.

Результаты магнитно-резонансной томографии (МРТ): МР-единичные очаги повышенного мр-сигнала в правой лобной доле – вероятнее всего, сосудистого генеза.

УЗДС БЦА: без патологии.

Дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий: без патологии.

Заключение по данным экспериментально-психологического обследования: Пациент проявляет активное участие в исследовании, готовность к диалогу и открытость к общению. В ходе ответов на вопросы демонстрируется положительная реакция и содержательность ответов. Основная жалоба пациента связана с ощущением страха. Он реагирует на поощрение, соблюдает адекватную дистанцию в общении, но его поведение выглядит немного ограниченным и нескованным. Он стремится делиться своим опытом и переживаниями, ищет внимания, поддержки и понимания.

В процессе выполнения экспериментальных заданий пациент следует указаниям, работает с умеренным темпом, усталость не выявлена. Память и внимание функционируют без нарушений. Операции мышления, включая анализ, синтез, обобщение и абстрагирование, находятся на нормальном уровне.

Следует подчеркнуть выраженную тревожную составляющую в личности пациента, что проявляется в повышенных показателях невротической триады и личностной тревожности, оставаясь в пределах нормы. Уровень реактивной тревожности согласно шкале Спилбергера – Ханина является высоким. Способность справляться со стрессом ограничена, и пациент использует неконструктивные механизмы справления, включая «отрицание», «подавление» и «интеллектуализацию».

Анализ психологических защит с использованием опросника LSI Г. Келлермана и Р. Плутчика выявил следующие ведущие механизмы: «отрицание», «подавление» и «интеллектуализация». Общее психоинтеллектуальное состояние не имеет отклонений, память и внимание

функционируют без нарушений. Однако основные черты личности, такие как высокая реактивная тревожность и использование неконструктивных стратегий преодоления трудностей, заслуживают внимания.

Таким образом, исследование позволяет заключить, что у пациента сохранено общее психоинтеллектуальное состояние. Тем не менее структура личности, основанная на высокой тревожности и неконструктивных защитных механизмах, может потребовать дополнительного внимания и поддержки в дальнейшей работе над его психологическим состоянием.

Проводилась терапия: Первоначально пациенту назначили гидроксизин в дозе 25 мг три раза в день и мirtазапин в дозе 15–30 мг на ночь. Однако после двух недель терапии не наблюдалось заметного улучшения состояния. Пациент продолжал ощущать тревогу, страх, сниженное настроение, проблемы со сном и чувство постоянной угрозы заражения.

В связи с этим было принято решение о коррекции терапевтической схемы. Теперь пациенту назначен флувоксамин в дозе 100 мг на ночь, а также бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в дозе 0,5 мг на ночь. Эти изменения в назначенных лекарствах осуществляются с целью достижения более эффективных результатов в устранении тревожных симптомов и улучшении общего состояния пациента.

Динамика в отделении: В процессе лечения отмечены положительные изменения в динамике состояния пациента. Прежний страх заражения уступил место более уверенному отношению, и он стал меньше придерживаться предосторожностей (при сохранении использования маски). Важным фактором является тот факт, что он начал общаться с другими пациентами и выходить на улицу. Улучшение заметно также на физическом уровне – физические симптомы исчезли.

Пациент стал более активным и общительным, выражая стремление вернуться к работе. Важно отметить, что пациент начал замечать подъем настроения. Теперь мысли о возможной инфекции не навязывают себя в его

сознании столь интенсивно, как раньше. Они возникают только в тех случаях, когда кто-то начинает обсуждать эту тему, или когда он сталкивается с ней в новостях. Сон стал гораздо более качественным, пациент спит без пробуждений в течение ночи, что благотворно сказывается на его общем самочувствии. Похоже, что его аппетит остается на нормальном уровне, что может свидетельствовать о улучшении психоэмоционального состояния.

Важным изменением является то, что пациент начал активно планировать свое время после того, как он выйдет из клиники. Он строит планы на будущее, что может свидетельствовать о восстановлении интереса к жизни и уверенности в своей способности справляться с вызовами. Эти позитивные изменения говорят о том, что выбранная терапевтическая схема с флувоксамином и бромдигидрохлорфенилбензодиазепином действительно может давать положительные результаты в улучшении психологического состояния пациента. Это указывает на его стремление к адаптации к обыденной жизни и возвращению к повседневным занятиям.

Амбулаторное наблюдение: Через шесть месяцев заметно, что качество жизни пациента заметно улучшилось, и он успешно адаптировался к новой ситуации. Он добился заметных успехов в преодолении своих тревожных состояний и страхов, что сказалось на его общей жизненной деятельности. Он даже принял решение сменить свою работу на более высокооплачиваемую. Отмечается, что он больше не ощущает страх заражения, и его настроение стало стабильным и уравновешенным.

Пациент успешно интегрировался в свою личную жизнь – он живет с партнершей, активно занимается физическими упражнениями, что важно для поддержания физического и психического благополучия. При этом он продолжает заботиться о своем здоровье, регулярно проходя обследования для контроля гормонального баланса и оставаясь в контакте с психиатром.

После того как пациент переболел новой коронавирусной инфекцией в легкой форме в феврале 2021 года, интересное обстоятельство заключается в том,

что это событие не оказало негативного воздействия на его психическое состояние. Этот факт свидетельствует о сильной укрепившейся устойчивости пациента к стрессовым ситуациям и способности справляться с ними.

Исходя из вышеизложенных факторов, предлагается продолжить применение поддерживающей терапии, основанной на использовании флувоксамина в дозе 50 мг на ночь. Это важное решение, направленное на поддержание стабильности психологического состояния пациента и обеспечение успешной адаптации в повседневной жизни.

Этот подход, выбранный медицинскими специалистами, помогает сохранить достигнутые положительные изменения в психическом состоянии пациента, способствует его устойчивости к потенциальным стрессовым ситуациям и обеспечивает общее благополучие. Этот вариант терапевтической стратегии обоснован и целесообразен в контексте наблюдаемых положительных результатов и прогресса пациента.

Комментарий

В рамках данного клинического наблюдения возникает вопрос о возможности обсессивно-компульсивного расстройства, которое впервые проявилось во время эпидемии COVID-19 у пациента с выраженными чертами тревожности и мнительности в личности. В данной ситуации пациент переживает навязчивые страхи заражения, которые проявляются через характерные ритуалы, включающие детальную обработку предметов после прогулок и покупок, стремление избегать выходов из дома, строгое соблюдение социальной дистанции и постоянное использование индивидуальных средств защиты, даже в ситуациях, не требующих этого.

Постоянные настойчивые мысли о возможной инфекции постоянно беспокоили пациента, и он активно сопротивлялся этим страхам. Его эмоциональное состояние характеризовалось постоянной тревожностью и фиксацией на страхе перед инфицированием. Он часто возвращался к этой теме в разговорах, как будто не мог от нее отвлечься. Помимо этого, наблюдается

сниженное настроение и желание освободиться от этих навязчивых мыслей, чтобы вернуться к нормальной повседневной жизни.

Важно подчеркнуть, что тревожные и мнительные черты характера, представляющие собой предшествующие особенности, стали заметными еще в раннем детстве. Отсутствие адаптации в коллективе, склонность к застенчивости и избеганию проявления инициативы в группе, предпочтение соглашаться с общим мнением и избегать выделения – все эти черты зарождались с молодости. С 14 лет началась активная забота о своем здоровье и чрезмерная реакция на любые изменения в нем.

В данной ситуации следует отметить, что пациент находился в нормальном состоянии здоровья и успешно социализировался до начала данного психического состояния. Однако первые проявления этой патологии появились в контексте эпидемии COVID-19, которая сама по себе является источником стресса и психологической травмы. Это обстоятельство могло стать катализатором для развития данного психического расстройства. Следует отметить, что массовый страх, связанный с COVID-19, вероятно, связан с неопределенностью характера и непредсказуемостью развития болезни, а также с общим восприятием риска заражения и реакцией на него, даже у тех, кто ранее не сталкивался с подобными мыслями.

В данной ситуации первым проявлением психического расстройства стало чувство страха заражения и беспокойство о своем здоровье. Несмотря на то, что у пациента не было прямого контакта с инфекцией или больными, у него возникла паническая тревога относительно возможного заражения. Это стало непонятным и навязчивым состоянием для него.

В текущем состоянии больной проявляет навязчивые методы предотвращения заражения, которые привлекают внимание. Он тщательно обрабатывал предметы и продукты, принесенные домой, с использованием дезинфицирующих средств. Он испытывал страх перед вдохновением воздуха на улице и строго соблюдал правила дистанцирования, даже когда рядом находилась

его партнерша. Его действия также включали обработку одежды и рук, а также ношение маски даже внутри квартиры. Он даже временно прекратил посещение работы, решив дожидаться объявления самоизоляции. Его тревожила возможная нехватка средств защиты, поэтому он активно пополняет запасы.

Психические расстройства, возникшие в период пандемии, проявляются в том, что многие люди сталкиваются с ухудшением психического состояния из-за чрезмерного следования ритуалам и правилам индивидуальной защиты. Эмоциональное беспокойство может также вызвать опасения о доступности необходимой помощи и услуг в условиях изоляции. Это может привести к стремлению запастись продуктами, медикаментами, средствами гигиены, масками и другими ресурсами.

Наш пациент, не являющийся членом группы риска для серьезных осложнений от инфекции, избежал заражения коронавирусом. Тем не менее он активно следил за статистикой заражений, обновлениями по эпидемии и анализировал ситуацию. Такое поведение пациента, включая мониторинг информации и стремление быть в курсе событий, оказывает влияние на возможное развитие психических расстройств в контексте пандемии COVID-19.

С учетом клинических особенностей болезни, был разработан план лечения с применением флувоксамина. Применение флувоксамина в режиме поддерживающей терапии привело к снижению страха заражения и улучшению адаптации пациента. Даже при заражении коронавирусом, психическое состояние не ухудшилось.

Применение флувоксамина также соответствует принципам лечения психических расстройств в условиях пандемии. Этот препарат характеризуется безопасностью, обладает антидепрессивным и противотревожным действием, что содействует улучшению состояния пациента.

Данное клиническое наблюдение подчеркивает, что развитие психических расстройств в период пандемии зависит не только от страха перед серьезным заболеванием и смертью, но также от непрерывного воздействия информации о

количестве зараженных и погибших, а также предпринимаемых мерах предосторожности и общественных настроений, принимающих форму паники. Проактивное психиатрическое вмешательство для пациентов, которые развивают психические расстройства в контексте эпидемии, может помочь предотвратить их ухудшение и способствовать более быстрой адаптации. Это особенно значимо, учитывая быстрый и непредсказуемый характер развития пандемической обстановки.

Клиническая иллюстрация 2

Больной Т. 1982 года рождения. Предъявляет жалобы на плохой сон, пробуждения, кошмарные сновидения. отсутствие чувства отдыха после сна, плаксивость, подавленность, тревогу, ощущение слезки, «отключение» мыслей.

Анамнез (со слов больного): Психопатологическую отягощенность наследственности отрицает. Родился в полной семье, единственный ребенок. Отец на данный момент работает охранником, характеризует его, как «знаю отца на 30%...». Мать – волевая, строгая, ответственная. Работает на заводе инженером-технологом. Беременность и роды прошли без осложнений. Рос и развивался без патологий. Посещал ДДУ, кружки: оригами «из бумаги что-то делал», вышивание, вязание, танцы (2–3 года). Когда пошел в школу, не помнит, «может раньше и знал, но информация стирается». Учился «средне-хорошо»: гуманитарные дисциплины удовлетворительно/неудовлетворительно, точные науки удовлетворительно/хорошо. Первый раз попробовал алкоголь в 8 классе, «был портвейн, плохо себя чувствовал после». В 9 классе, на праздновании Нового года, «выпил 1 литр водки – самочувствие потом было ужасное». В 10–11 классах регулярно употреблял спиртные напитки, «знал свою меру». После окончания школы поступил в МГИУ (Московский государственный индустриальный университет), на специальность инженер-технолог. На 1–2 курсе института употреблял марихуану, гашиш, «таблетки». Не понравился эффект гашиша, описывал его, как «тело в иголках». Во время учебы работал менеджером в фирме

по выращиванию семян, продавцом на рынке. После окончания института работал «менеджером-кадровиком» (работа с документацией). В возрасте 23 лет получил сотрясение головного мозга из-за нападения на него с целью грабежа: «во время драки ударили бутылкой по голове, и я потерял сознание». Не женат. В декабре 2020 года переболел новой коронавирусной инфекцией. Через две недели начались перепады настроения, лень, апатия. Пропал аппетит на три дня, ничего не ел, ничего не хотелось делать. В общении с родителями стал без причины эмоционально повышать голос. Появилась забывчивость («дверь закрыл или нет») и проблемы со сном («не мог уснуть, мало спал, часто просыпался»). Видел яркие цветные сны на военную тематику, демонических животных. Просыпался от присутствия «кого-то» в квартире или от ощущения «будто кто-то схватил за ногу». Однажды после пробуждения увидел перед собой силуэт, который «стоял и смотрел» на него. Испугался и бросил тапок в силуэт. После неоднократных видений «мне надоело все это, просто стал поворачивался на другой бок». Присутствие «кого-то» оставалось, стал приклеивать скотч к дверям для подтверждения своих ощущений. Стал испытывать дискомфорт, находясь на открытых пространствах: «на станции, когда ждал электричку, или там, где много народу – давило внешне, сжимало в груди, будто кто-то наступил ногой». Замечал, что одни и те же машины стоят под окном, видел под окнами мужчину с телефоном, считал, что за ним следят. Возникло предположение, что это устроила бывшая девушка. Подозрительность нарастала, почти перестал выходить из дома. По настоянию родных обратился в клинику и был госпитализирован. На фоне лечения (трифтазин, азалептин) стал спокойнее, но полной редукции симптоматики не было. После выписки наблюдался в диспансере, снижены дозировки препаратов. Усилилась подозрительность. Заподозрил, что женщина в парке за ним следит, после чего стал за ней смотреть, сел напротив на скамейку, чтобы «вывести ее на чистую воду». Сохранялись и усилились обманы восприятия. В квартире стало некомфортно от звуков, переехал жить в загородный дом, что не принесло облегчение. Просыпался и видел над собой силуэт мужчины, также различные

звуки, разговоры родителей, которые слышал как будто с 1-го этажа. Обратился к врачу-психиатру, который рекомендовал госпитализацию.

Осмотр невролога: Пациент демонстрирует нормальное состояние органов зрения. Размер глазных щелей составляет $D = S$. Полный объем движения глазных яблок сохранен. Форма зрачков правильная, круглая, и их диаметры равномерны ($D = S$). Наблюдается живая и содружественная реакция на свет, а также нормальная конвергенция. Лицо симметрично, язык расположен вдоль средней линии. Сухожильные рефлексy активны и равномерны ($D = S$). Не выявлено нарушений чувствительности. В позе Ромберга пациент демонстрирует устойчивость, а выполнение координаторных проб оценивается как удовлетворительное. Отсутствуют признаки менингеальных и очаговых нарушений.

Соматический статус: Кожные покровы и видимые слизистые обнаруживаются в состоянии чистоты, с сохранением нормальной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы при пальпации характеризуются безболезненностью, подвижностью и отсутствием увеличения. Дыхание обладает везикулярным характером, аускультативно хрипы не выявляются. Сердечные тоны являются ясными и ритмичными, без наличия шумов. Артериальное давление составляет 125/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 78 ударов в минуту, температура тела – $36,0^{\circ}\text{C}$. Язык влажный и чистый. Живот имеет правильную форму, мягкий на ощупь и не вызывает болевых ощущений. Печень не обнаруживается увеличенной и безболезненной при пальпации. Симптомы поколачивания на обеих сторонах являются отрицательными. Периферические отеки отсутствуют. Функции физиологических систем организма находятся в норме.

Психический статус при поступлении: Спокоен, при расспросах об ощущении преследования становится напряженным, встревоженным. Жалобы на беспокойство во сне, частые пробуждения, ночью просыпается от голосов и различных звуков. 2–3 раза в неделю просыпается и видит силуэт склоненного над ним мужчины, отчего пугается. Сначала вскакивал и включал свет, потом было лень, просто переворачивался на другой бок. На улице слышит, как его окликают по имени. Есть дискомфорт и тревожность в транспорте, ощущение, что кто то-то смотрит, одни и те же машины стоят под окном, видел под окнами мужчину с телефоном, уверен, что все это имеет к нему отношение. Заподозрил, что женщина в парке за ним следит, после чего стал за ней смотреть, сел напротив на скамейку, чтобы вывести ее на чистую воду. Сообщает, что из-за постоянных звуков от соседей пришлось переехать за город, однако облегчения это не принесло – слышит с 1 этажа голоса родителей и другие звуки. Свое настроение характеризует как «нулевое». Суицидальные мысли не выявляются. Критика частичная. Согласен на госпитализацию.

Проведено лечение: Трифтазином до 0,02 г/сут., клозапином до 0,15 г/сут., мirtазапином до 0,03 г/сут., тригексифенидилом до 0,002 г/сут.

Динамический статус: Первое время в отделении был тревожен, растерян. Выглядел подавленным. Жаловался на плохой сон, пробуждения, кошмарные сновидения, отсутствие чувства отдыха после сна, плаксивость, подавленность, тревогу. В беседах с лечащим врачом рассказывал о своих переживаниях по поводу ощущения слезки, «отключение» мыслей. Сообщал, что «часто меняются соседи по палате, ощущение что их специально меняют». На фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось: стал спокойнее, уменьшилась тревога, улучшилось настроение, нормализовался ночной сон. Внешне выглядит спокойным. Жалоб активно не высказывает. В отделении ничем не занят. Большую часть времени проводит с телефоном, лежа на кровати. В беседе сообщает: «Чувствую себя на 45 процентов лучше». Просит о выписке. Настроение ближе к ровному. Выходит в сад клиники курить. Иногда гуляет. Соматически

благополучен. Физиологические отправления в норме. Больной выписывается домой с улучшением. Трудоспособность восстановлена.

Заключение: Острое бредовое расстройство (F23.3 по МКБ-10).

Комментарий

Данный случай иллюстрирует возникновение острого психоза после перенесенной коронавирусной инфекции. Это один из четырех психозов, описанных в диссертации. В трех других случаях тематика бреда была тесно связана с эпидемией, бред формировался по реактивному механизму и быстро купировался под воздействием психофармакотерапии. В данном случае состояние тоже ухудшилось через две недели после перенесенной инфекции SARS-CoV-2. Но на фоне подавленного настроения с тревогой, нарушением сна, зрительными обманами восприятия во время пробуждения возникло подозрение, что за ним следят. Далее стал развиваться острый чувственный бред преследования (подозрение пало на знакомую девушку, с которой произошел разрыв отношений), с которым и был стационарирован. Однако, в отличие от других упомянутых пациентов, полной редукции симптоматики не произошло и через три месяца возник рецидив. Обострение сопровождалось усложнением симптоматики: присоединением слуховых галлюцинаций, к бредовым идеям преследования присоединился элемент инсценировки, но без признаков психического автоматизма. Однако, при психологическом обследовании были выявлены нарушения мышления по эндогенному типу, что прогностически неблагоприятно и может способствовать развитию эндогенного процесса. Об этом свидетельствует неполная редукция симптоматики после второго стационарного лечения и переход заболевания в хроническую стадию. В этом наблюдении психоз возник после перенесенной инфекции, что повлияло на симптоматику ухудшения психического состояния на начальном этапе в плане незначительного нарушения когнитивных функций (нарушение внимания, забывчивость), апатии, снижения мотивации.

Клиническая иллюстрация 3

Больной Г. 1967 года рождения. Предъявляет жалобы на спазмы в желудке, плохой аппетит, запоры, «все застаивается в животе».

Анамнез (со слов больного): Отягощенная психопатологическая наследственность не наблюдается. Пациент родился в результате нормально протекавшей беременности, соблюдая установленный срок. Он является единственным ребенком в своей семье. Его физическое и психическое развитие соответствует нормам возраста. С детства он проявлял активность, был впечатлительным и общительным. Посещал детский сад, но друзей найти было трудно, так как часто болел из-за чего много времени проводил дома. Во дворе было много друзей, любил играть в подвижные игры, часто «баловались» (например, нравилось пугать бабушек, сидящих у подъезда, звонить в дверь и убежать). Нравилось собирать разные коллекции фантиков, монет. В школу пошел с 7 лет. Учеба особого интереса не вызывала, учился «как-нибудь». До 4 класса получал четверки, после 4 класса учиться стал хуже, потому что с трудом давались точные науки. Во дворе играл с друзьями в хоккей. Расстраивался, когда приходилось пропускать игру из-за болезни, дома чувствовал себя одиноко. В 11 лет длительное время лечился от воспаления легких, много времени провел в больницах. Из-за чего пришлось остаться в 4 классе на второй год. В новом коллективе адаптировался с трудом, потому что «были уже сложившиеся компании, было сложно влиться», позже нашел себе друзей. Учился средне. С 8 класса стал употреблять алкоголь. В старших классах предпочитал проводить время в компании друзей, гулять, посещать клубы, общаться с противоположным полом. Окончил 11 классов. Успешно сдал вступительные экзамены в институт, поступил в МГМСУ им. А. И. Евдокимова на стоматологический факультет. Учеба особого интереса не вызывала. Часто пропускал занятия, многие одноклассники раздражали, так как «были заучками». Было несколько друзей с курса. Свободное время предпочитал проводить в компании друзей, в клубах, в барах. На последних

курсах института стал работать ассистентом стоматолога. Успешно окончил институт, устроился работать по специальности. Продолжил обучение в интернатуре. На одной из вечеринок познакомился со своей будущей женой, вскоре начали совместно жить. После нескольких лет совместного проживания родилась дочь. После рождения ребенка сократил прием алкоголя. В 30 лет появилась тревога, навязчивая мысль, что на работе мог заразиться ВИЧ, так как частослышал о таких случаях от коллег. В течение года несколько раз проходил обследование по этому поводу, патологий выявлено не было. Спрашивал мнение жены, «может ли он заразиться данным заболеванием». Снизилось настроение, переживал за свое здоровье. Данное состояние прошло самостоятельно, к врачам не обращался. В 2010 году (43 года) в состоянии алкогольного опьянения, поехал кататься с другом на квадроциклах, произошла авария(не справился с управлением), в следствие чего были получены ЧМТ, повреждение шейного отдела позвоночника. Друг получил более тяжелые травмы, некоторое время провел в реанимации. Переживал за состояние друга, так как «в случае его смерти мог быть осужден». С момента аварии участились головные боли, продолжительное время наблюдался у невролога. В 2013 году (46 лет) на плановом МРТ головного мозга были выявлены изменения в мозжечке, врач озвучила предположение, что это мог быть инсульт. Был напуган этим диагнозом, прочитал множество статей на эту тему в интернете. Вскоре нашел у себя все признаки инсульта, онемело лицо, появилось головокружение, казалось, что чувствительность на руках стала меньше. Начал обследоваться у неврологов. Появилась тревога, снизилось настроение. Через несколько недель состояние купировалось самостоятельно. Продолжал работать, вел активный образ жизни. В 2020 году была проведена операция по удалению полипа в носовой полости. При операции «открыли соустье на 1,5 см», ощущал это как «огромные дырки в носу», испытывал трудности с дыханием, «дышал, а надышаться не мог, не хватало воздуха».

Появилась утомляемость, принял решение уволиться с работы. Ходил по врачам, обследовался. Весной 2021 года перенес COVID-19. В августе 2021 года поехал в Германию, на операцию по поводу «закрытия носовой перегородки». Однако перегородка не срослась. Был расстроен этим, появилась тревога, что что-то сделали с перегородкой, стало что-то стекать из носа, подумал про ликворею, что «пробили кости». Прочитал статьи в интернете, узнал, что ликвор может «затекать в мягкие ткани». Стала болеть голова, все время было ощущение, что течет из носа, собирается «капля, и увлажняется весь нос». Обошел множество врачей, ликворею не подтвердили, но подозрения, что она есть сохранялись, так как болит голова, тошнит, появились по утрам «судороги, спазмы, сильнее укачивает». Головная боль над глазами, в висках, теменной области, в течение дня то сильнее, то слабее. Большую часть времени проводил лежа. С трудом засыпал. Появились «зажимы в шее». Помогал феназепам, но вскоре прежняя дозировка перестала действовать, а по прошествии 12 часов с момента приема, появлялась раздражительность, состояние ухудшалось. Беспокоили спазмы в желудке, плохой аппетит, запоры, ощущение, что «все застаивается в животе». Обратился на консультацию и был госпитализирован в 1 ОПО.

Соматический статус: Кожа чистая. Лимфатические узлы на периферии не увеличены. Отеков нет. В легких звучит обычное дыхание, нет хрипов. Сердечные звуки ясные и ритмичные. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, не вызывает боли. Печень и селезенка нормального размера. Симптом Пастернацкого отрицательный на обеих сторонах.

Неврологический статус: Состояние глазных щелей характеризуется равенством диаметра и расстояния между ними ($D = S$). Фотореакция сохранена как в прямом, так и в содружественном направлениях. Лицо демонстрирует симметрию. Реакция глоточного рефлекса выражена. Язык находится в средней линии. Мышечный тонус не показывает изменений, а парезы отсутствуют. Сухожильные рефлексы соответствуют норме ($D = S$). Не выявлено признаков патологии. При выполнении координаторных проб пациент демонстрирует

корректные результаты. В позе Ромберга он остается устойчивым. Не обнаружено менингеальных и очаговых симптомов.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований: В пределах нормальных значений.

Психический статус при поступлении: Фиксирован на своем соматическом состоянии, подробно перечисляет детали своего состояния, ипохондричен. Характеризует себя как мнительного и ипохондричного, но «ощущение капли в носу и головные боли – реальны, а ликворрея бывает скрытая. Боюсь менингита». Решил обратиться к психиатру, чтобы справиться с «депрессией из-за всего этого». «Очень сильная депрессия», все время лежу, подавленно-тревожное настроение, перенес очень много стрессов (у родителей ковид, у дочери боррелиоз), ругает себя, что «принял неправильное решение, сделав операцию». Беспокоят спазм в желудке, плохой аппетит, запоры, «все застаивается в животе». Соглашается, что надо лечиться. Суицидальные мысли не выявлены. Критика к своему состоянию неполная. Согласен на госпитализацию.

Экспериментально-психологическое обследование: Тревожен. Раздражителен. Жалуется на слабость, говорит, что голова ничего не соображает. Критикует экспериментальные методики. Часто возвращается к своим жалобам. На вопросы отвечает по существу. Привлекает возможность поговорить о себе получить сочувствие и поддержку. Инструкции к экспериментальным заданиям в основном придерживается. Темп работы неравномерный. Внимание неустойчивое. Отвлекается на побочные ассоциации. Мотивационный компонент сохранен, интересуется правильностью выполнения и результатами обследования. При исследовании мыслительной деятельности грубых нарушений мышления не отмечено. Операции анализа, синтеза, абстрагирования – сохранены. Неравномерность уровня обобщения. Переносный смысл передает верно. Скорость и темп ассоциативного процесса неравномерный. В текущем состоянии отмечаются признаки умеренной выраженной депрессии с соматическими жалобами и высокой тревогой, снижение перспективы, самообвинение. (19 баллов

по шкале депрессии А. Бека BDI). Ведущие психологические защиты проекция, регресс (LSI Г. Келлермана – Р. Плутчика). При исследовании личности (профиль MMPI) отмечаются высокий уровень тревоги и выраженный демонстративный компонент. Признаки аутоагрессии и ипохондрические тенденции, эмоциональная лабильность, склонность к застреванию негативного аффекта.

Таким образом, нет оснований полагать, что наблюдается нарушение мышления согласно эндогенному типу. В ходе обследования на первом плане стоит выявление признаков умеренной депрессии у личности с выраженным уровнем тревожности, демонстративностью, а также присутствием ипохондрического компонента и тенденцией к застреванию на некоторых мыслях. Мотивационный и интеллектуальный аспекты функционируют нормально. Отмечается снижение способности к поддержанию активного внимания и умеренное неравномерное обобщение информации.

Получал **терапию** флуоксетином 20 мг утром, оланзапином-5 мг на ночь, rispoleptom 0,5 мл утром, вечером, миртазапином 30 мг на ночь.

На фоне лечения состояние улучшилось. Улучшилось настроение. Ушла тревога. Мысли о «возможной ликвореи» сохраняются, но стали менее актуальны, может от них отвлекаться. Пришел к выводу, что будет просто наблюдаться у ЛОРа. Стал более активен. Улучшилась концентрация внимания. Аппетит и ночной сон достаточны. Соматическое состояние стабильное. Выписан домой. Трудоспособность восстановлена. Даны рекомендации.

Заключение: Ипохондрическое расстройство (F45.2 по МКБ-10).

Комментарий

Анализ анамнеза и психического статуса пациента в рамках данного исследования раскрывает важные связи между развитием его жизни и проявлениями психопатологии. Рассмотрение эволюции личной истории с ранних лет до настоящего времени позволяет выявить ключевые события и факторы, оказывающие влияние на его психическое состояние. Особое внимание стоит обратить на заболевания, пережитые в детстве, которые вероятно стали точкой

отсчета в психоэмоциональной адаптации пациента. Эти физиологические стрессоры, возможно, оказали долгосрочное воздействие на формирование его восприятия здоровья и психологической реакции на него. Период учебы стал следующей значимой точкой в психической динамике пациента. Ухудшение учебной мотивации и результатов, возможно, связанных с усугублением физических трудностей, подчеркивает влияние соматических факторов на психологическое состояние и адаптацию к изменяющейся среде. Примечательно, что в последние годы пациент пережил существенные изменения в своем психическом статусе. Он перешел от активного социального общения к моментам интроспекции и гиперфокусировки на физических симптомах. Гипервнимательность и гиперчувствительность, демонстрируемые в его описаниях, могут свидетельствовать о повышенной реакции на физические ощущения. Значимость внешних стрессоров, таких как травмы и заболевания близких, как провоцирующего фактора для усиления симптомов, подчеркивает влияние психосоциальных факторов на психическое состояние. Пациент проявляет признаки депрессивных и тревожных состояний, таких как подавленное настроение, утрата интереса к жизни и обеспокоенность своими физическими симптомами. Ограниченная критика к своему состоянию может свидетельствовать о субъективных искажениях.

На основе анализа представленных данных можно предположить наличие ипохондрического расстройства. Этот диагноз обосновывается наличием характерных признаков, включая гиперфокусировку на физических ощущениях, иррациональные опасения и переживания, связанные с состоянием здоровья. Кроме того, учитывая психосоматический характер данного случая, необходим комплексный подход к его лечению и ведению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пандемия новой коронавирусной инфекции продолжается уже три года. За все время эпидемии появлялись новые штаммы вируса, росли заражения и смертность. По состоянию на апрель 2023 года зарегистрировано 756 миллионов подтвержденных случаев тяжелого острого респираторного синдрома, вызванного коронавирусом 2 (SARS-CoV-2), вызывающим COVID-19, а также 6,84 миллионов смертей во всем мире. На Российскую Федерацию приходится более 18 миллионов подтвержденных случаев и 380 тысяч смертей.

Исследования показывают, что в период эпидемии можно выделить две основные категории психических расстройств: связанные с непосредственным воздействием инфекционного заболевания на психическое состояние и развивающиеся под влиянием различных психогенных факторов. Среди таких факторов можно выделить следующие: обязательное соблюдение самоизоляции, Невозможность поддерживать связь и взаимодействие с родственниками и близкими, потеря рабочих позиций вследствие экономических трудностей в разнообразных секторах экономики, переход на удаленный режим работы – факторы, существенно изменяющие привычный уклад жизни. Все эти факторы стали источником психических расстройств, даже среди людей, ранее не имевших опыта обращения к психиатрам.

В настоящее время все больше появляется клинических исследований, касающихся возникновения и обострения психических расстройств во время пандемии. С одной стороны, исследователи указывают на значительное увеличение тревожных и депрессивных нарушений, обусловленных воздействием различных факторов и обстоятельств, связанных с пандемией, а также на возникновение психотических симптомов в остром периоде инфекции у людей без психиатрического анамнеза. В последнее время появились данные о последствиях перенесенной коронавирусной инфекции COVID – 19, квалифицируемых как постковидный синдром, включающий соматоневрологические нарушения и

связанные с ними психопатологические проявления. В некоторых работах исследована реакция пациентов, страдающих психическими заболеваниями, на пандемию. При этом одни авторы указывают на обострение имеющихся симптомов болезни, а другие – даже на облегчение симптоматики. Практически нет клинических исследований, касающихся влияния новой коронавирусной инфекции на психопатологическую картину и течение психических расстройств. Отсутствуют данные о том, какие нарушения чаще возникают или обостряются психогенно, какие – вследствие перенесенной инфекции и какое влияние оказывает на психическое состояние вакцинация.

Пациенты отбирались на основании указания пациентом на то, что ухудшение психического состояния было связано либо с обстоятельствами в период пандемии, такими как самоизоляция, разлука с близкими, воздействия СМИ, экономические и социальные изменения в жизни пациента; либо возникновения психических нарушений после перенесенной инфекции, подтвержденными медицинской документацией.

Согласно определенным задачам, критерии для включения пациентов в исследование определялись следующим образом: возрастной диапазон пациентов от 18 до 65 лет; наличие первичных психических расстройств, обусловленных пандемией коронавирусной инфекции; ухудшение существующих психических заболеваний. Среди критериев невключения были: наличие тяжелых соматических заболеваний у пациентов; злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами; серьезные органические поражения головного мозга, не связанные с воздействием коронавирусной инфекции; нежелание или недостаточная способность пациентов предоставить информированное согласие на участие в исследовании; состояние беременности или период грудного вскармливания.

В исследовании согласно критериям отобрано 100 пациентов: 50 с впервые возникшими психическими нарушениями вследствие пандемии, 50 с ухудшением ранее диагностированного заболевания в период пандемии.

Для сбора клинической информации была разработана специальная форма регистрации обследования, в которую включались все необходимые данные для выполнения поставленных исследовательских задач. Заполненная форма содержала следующие сведения о пациентах: социально-демографические характеристики; анамнез жизни, образование, трудовую деятельность и семейные обстоятельства; историю текущего заболевания: Связь с началом заболевания/обострения в контексте коронавирусной инфекции, проявление симптомов психических расстройств, изменения состояния в условиях длительной пандемии, а также учет ранее наблюдавшихся психических изменений (для первой группы пациентов) или предыдущих эпизодов обострения (в случае повторных обращений пациентов), оценка психического, соматического и неврологического статусов до начала лечения, результаты лабораторных и инструментальных исследований пациента, а также заключения специалистов-врачей (при наличии); данные о перенесенной инфекции, тяжесть течения, наличие госпитализаций в связи с коронавирусной инфекцией, сведения о вакцинации; в начале исследования и в процессе терапии в амбулаторных условиях или в стационаре проводились как клиническая, так и психометрическая оценка состояния пациентов.

На начальном этапе исследования было выполнено сопоставление социально-демографических характеристик и клинико-психопатологических особенностей между анализируемыми группами.

На последующем этапе исследования проводилось сопоставление особенностей течения, возможных факторов риска и предикторов начала заболевания, клинические особенности психических нарушений в обеих группах.

Для статистического анализа использовалась программа StatTech v. 2.8.8, разработанная ООО «Статтех» в России. Количественные показатели были подвергнуты оценке на соответствие нормальному распределению с использованием критерия Колмогорова – Смирнова. В случае отсутствия нормального распределения, количественные данные были описаны с помощью медианы (Me) и интерквартильного размаха (IQR), выраженного через нижний и

верхний квартили (Q1-Q3). Для категориальных данных были представлены абсолютные значения и процентные соотношения.

Далее были проведены анализы демографических характеристик выборки. Относительно возрастного состава, пациенты из обеих групп существенно не различались, преимущественно представляя молодой возрастной диапазон (до 40 лет). Средний возраст на момент включения в исследование составил 34,0 [27,0; 43] лет для первой группы и 37,0 [27; 452] лет для второй группы ($p > 0,05$). Почти половина пациентов (52%) не состояли в браке, а более половины (56%) не имели детей.

Однако существовали различия между группами пациентов в отношении уровня образования и трудового статуса. В первой группе большее количество пациентов обладало высшим образованием (82%) и работало на момент обследования (72%). Во второй группе, с другой стороны, 10% пациентов имели инвалидность. Эти различия могут объясняться тем, что пациенты с психическими заболеваниями, особенно с хроническими патологиями, которые начались в раннем возрасте, часто имеют меньшую социальную адаптацию.

Группы статистически значимо отличаются по наличию психических расстройств в семейном анамнезе. Наследственная отягощенность была выявлена у 32% пациентов первой группы и 44% пациентов второй группы ($p = 0,027$). Во второй группе наследственность отягощена преимущественно расстройствами аддиктивного (22%) и шизофренического (22%) спектров, реже – аффективными и обсессивно-фобическими. В первой группе у 20% пациентов в семейном анамнезе встречались аддиктивные расстройства, у 8% аффективные и у 4% – обсессивно-фобические.

В проведенном исследовании были выявлены определенные особенности преморбидной личности у обследованных лиц. Среди этих особенностей были выявлены психастенические, сенситивные, истероидные, циклотимические и шизоидные черты. Особенно высокая частота наличия психастенических черт была отмечена в первой группе пациентов (54%), что существенно превышает уровень

второй группы (28%) с $p < 0,005$. Во второй группе пациентов наблюдаются преимущественно психастенические, циклотимические и шизоидные черты, которые присутствуют в 28% и 22% случаев соответственно.

Изучение психогенных факторов, влияющих на развитие психических расстройств во время пандемии, выявило их различное воздействие на пациентов двух групп.

В первой группе значительно больше долю составляли пациенты (62%), ощущавшие влияние средств массовой информации на свое состояние, в то время как только 32% пациентов во второй группе были беспокоены из-за новостей и статистических данных в СМИ (Односторонний коэффициент связи (ОШ) = 0,288; 95% доверительный интервал (ДИ): 0,127 – 0,658, $p < 0,05$). Пациенты из первой группы, по отношению к пациентам из второй группы, более ярко ощущали влияние эффекта карантина и связанных с ним событий на их психическое состояние. Доля таких пациентов составляла 76% по сравнению с 48% во второй группе (Отношение шансов = 0,291; 95% доверительный интервал: 0,124 – 0,685, $p < 0,05$).

Беспокойство относительно возможности заражения коронавирусом близких родственников было значительно более выражено среди пациентов второй группы (54%, 95% ДИ: 1,017 – 5,108, $p < 0,05$). В то же время, пациенты обеих групп не различались по таким аспектам, как экономические изменения из-за пандемии, наличие родственников, переболевших инфекцию, или принадлежность к группе риска.

Относительно пациентов, обратившихся впервые к психиатру, и тех, у кого уже был поставлен психиатрический диагноз, 78% и 68% соответственно связали ухудшение их психического состояния с экономическими трудностями (Отношение шансов = 0,599; 95% ДИ: 0,245 – 1,472). Воздействие болезни на состояние заметили 24% пациентов первой группы и 26% во второй группе (95% ДИ: 0,450 – 2,753).

Среди пациентов, обратившихся впервые к психиатру, только 20% связывали ухудшение своего состояния с принадлежностью ко второй группе риска. Во второй группе этот показатель был немного выше – 28%, однако статистической значимости в этой разнице не обнаружено (95% ДИ: 0,615 – 3,935).

В контексте прямого воздействия вируса и вакцинации на состояние исследуемых пациентов стало ясно, что на момент обращения большинство пациентов уже перенесли коронавирусную инфекцию, преимущественно в легкой форме (60% в первой группе и 38% во второй группе). Отметим, что во второй группе процент лиц, не сталкивавшихся с COVID-19, значительно выше – 46% по сравнению с 20%. Среди существенной части пациентов (46% в первой группе и 36% во второй группе) было отмечено ухудшение психического состояния в связи с перенесенной коронавирусной инфекцией.

Количество привившихся в группе психически больных было меньше в 1,6 раза по сравнению с впервые обратившимися, что является статистически значимым показателем (ОШ = 0,341; 95% ДИ: 0,150 – 0,772, $p < 0,05$). После вакцинации психическое состояние улучшилось лишь у 18% пациентов второй группы и у 28% – первой. Данные показатели статистически значимо не отличались (ОШ = 0,564; 95% ДИ: 0,218 – 1,459, $p < 0,05$).

Анализ диагнозов, поставленных пациентам, и причинных факторов показал, что у пациентов первой группы наиболее часто диагностировали депрессивный эпизод – 18 больных (36%), генерализованное тревожное расстройство – 13 человек (26%), соматоформные расстройства – 6 пациентов (12%), тревожно-депрессивное расстройство – 5 человек (10%).

В результате воздействия психогенных факторов чаще возникали тревожные (36,8%) и депрессивные (21,1%) расстройства. После перенесенной коронавирусной инфекции на первом месте отмечались депрессивные расстройства (54,2%), затем – острые психотические состояния (16,7%). Более половины случаев депрессии (72,2%) развивались в результате перенесенной инфекции. Смешанным тревожным и депрессивным расстройством страдали

5 пациентов первой группы, большинство из которых связывали ухудшение состояния с комплексным влиянием перенесенной инфекции и психогенных факторов. В генезе соматизированных расстройств были задействованы и те, и другие факторы. Обсессивно-компульсивное расстройство и декомпенсация личностного расстройства были вызваны исключительно психогенным воздействием.

Был проведен многофакторный анализ воздействия психогенных факторов и перенесенной инфекции на развитие симптомов различных расстройств. Было выявлено статистически значимое влияние перенесенной инфекции на развитие симптомов острого полиморфного психотического расстройства – отношение рисков (ОР) составило $0,783 \pm 0,140$ (95% ДИ: 0,508 – 1,000, $p = 0,042$); депрессивного эпизода средней степени – $ОР = 0,697 \pm 0,081$ (95% ДИ: 0,539 – 0,855, $p = 0,012$). Психогенные факторы значимо повлияли на проявление симптомов генерализованного тревожного расстройства – $ОР = 0,677$ (95% ДИ: 0,497 – 0,856, $p = 0,039$). Сочетание факторов увеличивало шансы развития смешанного тревожного и депрессивного расстройства – $ОР = 0,840 \pm 0,114$ (95% ДИ: 0,617 – 1,000, $p = 0,007$).

В группе пациентов, включенных во вторую категорию, также обнаружилось различия в факторах, влияющих на ухудшение их состояния, а также в установленных диагнозах. Биполярное аффективное расстройство, включающее депрессивные эпизоды или состояния смешанной направленности, оказалось самым частым диагнозом среди пациентов во второй группе. Этот диагноз был поставлен 12 пациентам, что составило 24% от общего числа. Отмечается, что большинство из них ухудшали свои состояния после перенесенных инфекционных заболеваний.

В 20% случаев (10 человек) было установлено рекуррентное депрессивное расстройство, обострившееся после перенесенного COVID-19. Также 20% (10 человек) страдали от шизофрении еще до начала пандемии, и у большинства из них обострение своего состояния произошло под воздействием коронавируса.

Интересно, что два случая обострения обсессивно-компульсивного расстройства были замечены в контексте пандемии, с дополнительными навязчивыми страхами заражения. В основном у пациентов второй группы отмечается усиление уже выявленных психических заболеваний на фоне пандемии, причем наиболее распространенной причиной такого ухудшения является либо сам COVID-19, либо сочетание инфекции с психогенными факторами.

Дополнительно, 18% (9 человек) участников второй группы показали новые симптомы, сопровождающиеся изменением поставленного диагноза. Эти изменения, как правило, затрагивают диагнозы, связанные с невротическими и аффективными расстройствами. Например, у пятерых пациентов из-за доминирующей тревожности был поставлен диагноз генерализованного тревожного расстройства, которое развилось в условиях психотравмирующей ситуации.

При многофакторном анализе влияния психогенных факторов, перенесенной инфекции и сочетания этих факторов на симптоматику второй группы были получены следующие результаты. Достоверно перенесенная инфекция повлияла на возникновение симптомов обострения биполярного аффективного расстройства – $OR = 0,706$ (95% ДИ: 0,511 – 0,902, $p = 0,033$); рекуррентного депрессивного расстройства $OR = 0,896$ (95% ДИ: 0,601 – 1,000, $p = 0,011$). Психогенные факторы значимо повлияли на развитие симптомов генерализованного тревожного расстройства – $OR = 0,844$ (95% ДИ: 0,624 – 1,000, $p = 0,007$).

Сравнительное исследование пациентов, впервые обратившихся за психиатрической помощью в период эпидемии COVID-19, и психически больных, поступивших на лечение в связи с обострением психического расстройства, выявило целый ряд различий не только в диагнозах, но и в психопатологической симптоматике. У больных с впервые диагностированным депрессивным эпизодом, перенесших инфекцию, наряду с типичными депрессивными симптомами (снижение настроения – 100%, идеаторная – 87% и моторная – 53% заторможенность, нарушения сна – 73%) в большинстве случаев отмечались

апатия (93%), жалобы на когнитивные нарушения (67%) и повышение аппетита (73%). Оценка по шкале депрессии MADRS в этой группе пациентов составила в среднем 27 [25,0 – 29,0] баллов, что соответствует депрессивному эпизоду средней степени тяжести. По шкале тревоги Гамильтона, напротив, балл был ниже, чем в остальных группах – 13 [11,0 – 16,0] баллов.

В структуре депрессивного эпизода у не болевших COVID-19 пациентов наблюдалась иная клиническая картина: помимо типичных проявлений депрессии (снижение настроения – 100%, ангедонии – 100%, идеаторной заторможенности – 66%), пациенты отмечали тревогу (100%), раздражительность (100%), ипохондрические (66%) и соматизированные включения (66%), связанные с опасениями возможного заражения. Пациенты испытывали страх, беспокойство за здоровье свое и близких, часто ощущали отчаянье в связи с невозможностью уберечься от вируса. Тяжесть депрессии по шкале MADRS – 26 [23,0 – 29,0], по шкале тревоги – 18 [15,0 – 23,0] баллов.

Во второй группе все пациенты с БАР прослеживали связь с перенесенным COVID-19: начало депрессии в период болезни, ухудшение состояния в связи с необходимостью изолироваться от близких в период заболевания, отсутствием социальных контактов. Симптомы депрессивного эпизода в большинстве своем были такими же, как и при ранее возникавших эпизодах, однако пациенты чаще отмечали заторможенность (75%), гиперсомнию (75%), повышение аппетита (75%), жалобы на когнитивные нарушения (67%), ранее которых не было или они были выражены в значительно меньшей степени. Тяжесть депрессии по шкале MADRS в среднем составляла 25 [23,0 – 27,0] баллов, тревоги по шкале Гамильтона – 17 [7,0 – 20,0] баллов, что указывает на депрессивный эпизод средней степени и средней же степени выраженности тревожные симптомы.

Большинство пациентов с РДР отмечали связь очередного депрессивного эпизода с перенесенной инфекцией. Депрессия возникала в течение двух недель после заболевания и отличалась более выраженной тяжестью в сравнении с предыдущими эпизодами. Клиническая картина включала следующие симптомы:

снижение настроения (100%), заторможенность (87%), ангедонию (87%), апатию (87%), отсутствие чувства сна (50%), жалобы на когнитивные нарушения (62%), не характерные для депрессии (нарушение запоминания и выпадение из памяти отдельных слов). Отмечались самые высокие показатели MADRS – 32 [28,0 – 35,0] балла, что указывает на большой депрессивный эпизод. По шкале тревоги – 18 [16,0 – 20,0] баллов, что означает среднюю степень выраженности.

Пациенты с РДР, не перенесшие инфекцию, связывали ухудшение состояния с карантинными мерами, самоизоляцией. При этом сами депрессивные эпизоды значительно отличались отсутствием идеаторной и моторной заторможенности, апатии, плаксивости, гиперсомнии, наличием и выраженностью тревоги, раздражительности, соматических жалоб и ипохондрических включений. По шкале MADRS тяжесть депрессии оценивалась в среднем в 28 [25,0 – 31,0] баллов, а по шкале тревоги – 21 [16,0 – 26,0] балл.

При сравнении симптомов тревожных расстройств у пациентов с наличием и отсутствием инфекции в анамнезе также были установлены определенные различия. У пациентов с ГТР, перенесших инфекцию, наряду с тревожными симптомами, паническими атаками, соматическими жалобами и фиксацией на свое состоянии (контролем соматических функций) отмечались жалобы на нарушения памяти, трудность сосредоточить внимание. Выраженность тревоги оценивалась в среднем в 27 [19,0 – 35,0] баллов, депрессии – 20 [15,0 – 26,0] баллов.

В структуре ГТР у пациентов, не болевших COVID-19, отмечалась более выраженная тревога, достигающая до ажитации (91,6%), раздражительность (92%), ипохондрические включения (67%). Нарушения сна (67%) характеризовались трудностью засыпания и частыми пробуждениями. Пациенты отмечали соматические проявления тревоги (58%): одышку, чувство «кома за грудиной», головные боли напряжения, тахикардию. Треть пациентов данной группы жаловались на появление навязчивых мыслей о заражении и возможных тяжелых последствиях инфекции вплоть до летального исхода. По шкале депрессии MADRS в среднем 19 [17,0 – 23,0] баллов, что указывает на отсутствие клинически

выраженного депрессивного эпизода. Тяжесть тревоги по шкале Гамильтона была несколько выше, чем в первой группе пациентов – 28 [26,0 – 30,0] баллов.

При СТДР у пациентов, перенесших инфекцию, клиническая картина также отличалась от типичной выраженными нарушениями сна (отсутствием чувства сна), снижением аппетита. У большого числа пациентов отмечалась мнительность и настороженность к любым изменениям в состоянии, ранее им не свойственные. Так же, как и в случае пациентов с депрессивными расстройствами, отмечались жалобы на когнитивные нарушения (33%), также усиливающие тревогу и страх в связи с их возможной необратимостью. Наблюдались также панические атаки (66%), особенно в местах скопления людей, навязчивые мысли о том, что можно повторно заразиться. По шкале MADRS тяжесть депрессии в среднем составляла 20 [17,0 – 23,0] баллов, что указывает на отсутствие у большинства пациентов клинически выраженного депрессивного эпизода. По шкале тревоги Гамильтона – 26 [22,0 – 30,0] баллов, что свидетельствует о средне выраженных симптомах тревожного расстройства.

Случаи СТДР у пациентов, не перенесших инфекцию, характеризовались выраженной тревогой с ажитацией (100%), раздражительностью (100%), повышением аппетита (66,6%). В отличие от перенесших инфекцию пациенты жаловались на соматические проявления тревоги (83,3%). По шкале MADRS тяжесть депрессии в среднем составляла 18 [16,0 – 22,0] баллов, что указывает на отсутствие у большинства пациентов клинически выраженного депрессивного эпизода. По шкале тревоги Гамильтона – 27 [22,0 – 31,0] баллов, что свидетельствует о средне выраженных симптомах тревожного расстройства.

При соматоформных расстройствах, возникших в результате перенесенного COVID-19 в легкой форме, пациенты опасались возникновения осложнений и постковидного синдрома. Они постоянно измеряли температуру, пульс, АД, сатурацию, хотя все показатели были в норме. Жаловались на слабость, утомляемость, тревожность, нарушение засыпания, нехватку воздуха.

В случае соматизированных расстройств у пациентов, не перенесших инфекцию, наблюдались симптомы ипохондрического синдрома: навязчивые мысли о возможном наличии заболевания, тревога, невозможность отвлечься от болезненных переживаний. Также пациенты предъявляли соматические жалобы на затрудненность дыхания, одышку, сердцебиение, чувство тяжести в груди, головные боли, симптомы нарушения работы ЖКТ (боли в животе, диарея). Они обращались к врачам, требовали дополнительных обследований.

У двух пациентов впервые было обнаружено обсессивно-компульсивное расстройство, которое выражалось через настойчивый страх заражения и жесткое соблюдение индивидуальных мер защиты от инфекции. Они регулярно проводили частое мытье рук, обрабатывали поверхности дезинфицирующими средствами и носили средства индивидуальной защиты. После перенесенной коронавирусной инфекции в легкой форме навязчивости сохранялись, больные боялись повторного заражения и смерти.

Также у больных невротоподобной шизофренией, перенесших инфекцию, появились ипохондрические идеи, ранее не фигурировавшие в картине заболевания: мысли о возможных осложнениях инфекции, наличии особенно опасных форм заболевания. Двое пациентов с параноидной шизофренией на фоне обязательной самоизоляции во время инфицирования отмечали ухудшение состояния, однако симптомы не выходили за рамки типичных.

У больных шизофренией, не переболевших COVID'ом, обострение было вызвано психогенными факторами, что отражалось на клинической картине заболевания. Так, пациенты с невротоподобной шизофренией указывали на обострение навязчивостей и ипохондрических переживаний, усиление ритуалов и аутизации, связанных с мерами предосторожности из-за страха заражения: самоизоляция, частое мытье рук, постоянная обработка поверхностей, соответственно усиление аутизации и изоляции от окружающих из-за мыслей о возможном заражении. Они отмечали, что в клинике чувствуют себя в безопасности, более спокойно.

ВЫВОДЫ

1. В период пандемии новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 у впервые обратившихся к психиатру пациентов наиболее часто диагностировали депрессивный эпизод, генерализованное тревожное расстройство, соматоформное расстройство. Наиболее частыми причинами обращения к психиатру пациентов с уже имеющимися психическими заболеваниями были обострения в рамках биполярного аффективного расстройства (депрессивная фаза, смешанное состояние), рекуррентного депрессивного расстройства и шизофрении.

1.1. Пациенты с впервые развившимися в период пандемии психическими расстройствами в отличие от пациентов, уже имевших психиатрический диагноз, статистически значимо чаще имели высшее образование, были трудоустроены и не имели инвалидности.

2. Факторы, способствующие развитию или обострению психических нарушений в период пандемии, можно разделить на психогенные и ассоциированные с заболеванием COVID-19.

2.1. К психогенным факторам риска, обусловленным пандемией, относятся: влияние средств массовой информации, экономические изменения, социальная изоляция, ограничительные меры и карантин, а также наличие инфекции SARS COV-2 и отягчающих факторов риска у родных. Впервые заболевшие чаще реагировали на информацию в СМИ, карантин, изоляцию, а пациенты с имеющимися заболеваниями чаще испытывали страх и переживания за родных и их здоровье, опасаясь остаться без покровительства. Экономические потрясения повлияли на обе группы примерно в равной степени.

3. Пациенты с впервые развившимися психическими расстройствами по сравнению с пациентами с уже имеющимися психическими заболеваниями на момент обращения к психиатру значимо чаще имели в анамнезе факт перенесенного COVID-19. При этом значительная часть пациентов (60% от

перенесших COVID-19 в первой группе и 70% во второй) связывали ухудшение психического состояния с перенесенной коронавирусной инфекцией.

4. Соотношение диагнозов и факторов, оказавших влияние на возникновение или обострение психического расстройства, различалось в исследуемых группах пациентов.

4.1. У пациентов, впервые обратившихся к психиатру, под действием психогенных факторов чаще возникало генерализованное тревожное расстройство, в результате перенесенной инфекции – острое психотическое расстройство и депрессивный эпизод, при сочетании факторов – смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

4.2. В группе пациентов, имевших ранее диагноз психического расстройства, обострение заболевания под влиянием психогенных факторов наблюдалось при генерализованном тревожном расстройстве, после перенесенной инфекции – при биполярном аффективном расстройстве (текущий депрессивный эпизод), рекуррентном депрессивном расстройстве. При воздействии сочетания факторов возникал эпизод смешанного характера у пациентов с биполярным аффективным расстройством.

5. Клиническая картина психических расстройств, развившихся или обострившихся на фоне пандемии, отличалась в зависимости от факта перенесенного COVID-19:

5.1 У большинства пациентов, перенесших инфекцию, отмечались когнитивные нарушения: нарушение запоминания, снижение концентрации внимания и понимания, выпадение из памяти отдельных слов.

5.2 Депрессивные расстройства в группе пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, характеризовались моторной и идеаторной заторможенностью, апатией, плаксивостью, когнитивными нарушениями. В группе пациентов, не болевших COVID-19, выраженность депрессивных переживаний была преимущественно легкая, более характерны были жалобы на тревогу, раздражительность, панические атаки, ипохондрические включения.

5.3 Тревожные расстройства у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, характеризовались наличием раздражительности, соматических жалоб, нарушений сна и аппетита, панических атак, когнитивных нарушений. Для тревожных состояний у пациентов, не перенесших COVID-19, характерны были симптомы агитации, ипохондрические включения, навязчивые мысли о возможном заражении и опасности инфекции.

5.4 У 4 больных, впервые обратившихся за психиатрической помощью через 2 недели после перенесенной коронавирусной инфекции, были диагностированы острые бредовые расстройства. В 3 случаях тематика бредовых переживаний была связана с инфекцией и эпидемической обстановкой, бред формировался по реактивному механизму; в одном случае был выявлен бред преследования, спровоцированный перенесенной инфекцией SARS-CoV-2. В последнем случае инфекция являлась триггером в манифестации психического расстройства, фабула бреда которого не была обусловлена эпидемией.

5.5. Обострения шизофрении у пациентов, не болевших COVID-19, отличались усилением навязчивых страхов заражения коронавирусной инфекцией, ритуалов, ипохондрических переживаний и аутизации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая риск развития депрессивных и тревожных расстройств, психотических состояний после перенесенного COVID-19, переболевшим пациентам следует проводить оценку психического состояния и катamnестическое наблюдение для своевременного выявления и предупреждения развития психических расстройств.

2. У пациентов с текущими психическими заболеваниями психогенные факторы и перенесенное инфекционное заболевание могут провоцировать обострение, что требует повышенного внимания к данному контингенту пациентов, регулярного наблюдения врачом-психиатром с целью наиболее раннего распознавания начинающегося обострения.

3. При диагностике и оценке тяжести психических расстройств, ассоциированных с COVID-19, необходимо учитывать влияние инфекционного заболевания на психопатологическую структуру психического расстройства, проявляющееся чаще всего присоединением когнитивных нарушений и углублением депрессии, что может влиять на проводимую терапию.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БАР – биполярное аффективное расстройство.

ГТР – генерализованное тревожное расстройство.

ДЭ – депрессивный эпизод.

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

МРТ – магнитно-резонансная томография.

ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство.

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция.

ПАВ – психоактивные вещества.

ПРЛ – пограничное расстройство личности.

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство.

РДР – рекуррентное депрессивное расстройство.

СР – соматоформное расстройство

ЦНС – центральная нервная система.

ЭКГ – электрокардиография (электрокардиограмма).

ЭЭГ – электроэнцефалография (электроэнцефалограмма).

MADRS (Montgomery – Asberg Depression Rating Scale) – шкала Монгомери – Асберга для оценки депрессии.

HARS/Ham-A (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS/Ham-A) - Шкала Гамильтона для оценки тревоги - клиническая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бачило, Е. В. Оценка психического здоровья медицинских работников в период пандемии COVID-19 в России / Е. В. Бачило, Д. Е. Новиков, А. А. Ефремов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – Т. 121. – № 3. – С. 104–109.
2. Валидация русскоязычной версии шкалы «Стресс и тревога во время вирусной эпидемии – 9-пунктный опросник» (SAVE-9) среди медицинских работников в период пандемии COVID-19 / Е. С. Мосолова, С. Чанг, Д. Н. Сосин, С. Н. Мосолов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2022. – Т. 14. – № 1. – С. 45–51.
3. Влияние психических расстройств на исход COVID-19 / Н. Н. Петрова, В. Э. Пашковский, М. С. Сивашова [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13. – № 5. – С. 40–47.
4. Всемирная организация здравоохранения, 2020а. Новый коронавирус (2019-nCoV): обзор ситуации. По состоянию на 21 апреля 2023 года.
5. Депрессии с расстройствами пищевого поведения: клинические проявления и терапия / В. Э. Медведев, Фролова В.И., Гушанская Е.В. [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – Т. 12. – № 4. – С. 49–56.
6. Дороженок, И. Ю. Депрессии в период пандемии COVID-19 (разборы клинических случаев) / И. Ю. Дороженок // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13. – № 1. – С. 81–86.
7. Дороженок, И. Ю. Соматизированные расстройства аффективного и невротического регистров в условиях пандемии COVID-19 (разборы клинических случаев) / И. Ю. Дороженок // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – Т. 12. – № 6. – С. 137–143.
8. Иванец, Н. Н. Когнитивные нарушения у больных COVID-19, получавших терапию респираторной поддержки (обзор литературы) / Н. Н. Иванец, А. В. Волков, М. А. Кинкулькина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.

- А. Семашко. – 2021. – № 4. – С. 138–147.
9. Кочетова, Ю. А. Исследования психического состояния людей в условиях пандемии COVID-19 / Ю. А. Кочетова, М. В. Климакова // Современная зарубежная психология. – 2021. – Т. 10, № 1. – С. 48-56.
 10. Куташов, В. А. Применение Актовегина у пациентов с когнитивными нарушениями после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 / В. А. Куташов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13. – № 2. – С. 65–72.
 11. Медведев, В. Э. COVID-19 и психическое здоровье: вызовы и первые выводы / В. Э. Медведев, О. А. Доготарь // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – Т. 12. – № 6. – С. 4–10.
 12. Медведев, В. Э. Влияние работы и учебы в условиях пандемии на психическое состояние медицинских специалистов / В. Э. Медведев, О. А. Доготарь, Н. Ю. Лызлова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2022. – Т. 14. – № 5. – С. 36–42.
 13. Медведев, В. Э. Расстройства тревожно-депрессивного спектра на фоне COVID-19: возможности терапии / В. Э. Медведев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13. – № 2. – С. 111–116.
 14. Мосолов, С. Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARSCoV-2 / С. Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. – 2021. – № 3. – С. 2–23.
 15. Обсессивно-компульсивное расстройство в период пандемии sARS-CoV-2 (клиническое наблюдение) / Н. А. Тювина, Т. Н. Максимова, С. В. Прохорова, В. О. Высокова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13. – № 5. – С. 134–139.
 16. Остроумова, Т. М. Когнитивные нарушения у пациентов, перенесших COVID-19 / Т. М. Остроумова, П. А. Черноусов, И. В. Кузнецов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13. – № 1. – С. 126–130.
 17. Пандемия COVID-19 и психическое здоровье медицинских работников / Н. А. Острякова, С. А. Бабанов, Д. В. Винников [и др.] // Медицина труда и

- промышленная экология. – 2021. – Т. 61. – № 9. – С. 627– 632.
18. Парфенов, В. А. Острые и отдаленные неврологические нарушения у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию / В. А. Парфенов, А. А. Кулеш // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2022. – Т. 14. – № 3. – С. 4–11.
 19. Петрова, Н. Н. Здоровье пациентов с серьезными психическими заболеваниями в период COVID-19: фокус на шизофрении / Н. Н. Петрова // Современная терапия психических расстройств. – 2021. – № 1. – С. 8–13.
 20. Петрова, Н. Н. Постковидный синдром: распространенность и методы терапии психоневрологических осложнений. Фокус на флувоксамин / Н. Н. Петрова, А. В. Маркин, П. В. Морозов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2021. – Т. 23. – № 4. – С. 42–48.
 21. Петрова, Н. Н. Выбор антидепрессанта в период пандемии COVID-19 / Н. Н. Петрова, А. В. Маркин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2021. – Т. 23. – № 6. – С. 16–22.
 22. Поперечное онлайн-исследование условий труда и психологического статуса российских врачей во время пандемии COVID-19/ А. В. Власова, М. В. Ветлужская, Ю. А. Лутохина, П. А. Харитонова // Вестник РАМН. – 2021. – Т. 76. – № 6. – С. 635–641.
 23. Психические нарушения в период пандемии новой коронавирусной инфекции: причины и предрасполагающие факторы / Н. А. Тювина, В. О. Высокова, Е. Н. Ефремова, О. В. Лавриненко // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2022. – Т. 14. – № 6. – С. 33– 39.
 24. Психические нарушения в период пандемии новой коронавирусной инфекции: клинические особенности / Н. А. Тювина, В. О. Высокова, Т. Н. Максимова, С. В. Прохорова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2023. – Т. 15. – № 3. – С. 60–67.
 25. Психические реакции врачей на фоне пандемии SARS- CoV-2 (сообщение 1) / М. А. Кинкулькина, Ж. Р. Гарданова, В. В. Новиков, Д. Ф. Хритинин // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2020. – № 10. – С. 8–14.
 26. Психические реакции врачей психиатров и наркологов на фоне пандемии

- COVID-19 / В. В. Новиков, А. М. Новикова, Д. С. Петров [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 4. – С. 844–847.
27. Психолого-психиатрические аспекты непривычных условий существования, вызванных пандемией COVID-19 / Д. Ф. Хритинин, В. К. Шамрей, А. Я. Фисун, Е. С. Курасов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2020. – № 9. – С. 9–19.1
28. Проблемы психоэмоционального благополучия медицинского персонала, работающего в условиях пандемии COVID-19 / М. А. Самушия, А. А. Рагимова, Н. А. Амосова [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2020. – Т. 75. – № S5. – С. 426–433.
29. Сравнительный анализ показателей тревоги и депрессии стационарных больных клиники профессиональных заболеваний в условиях лечения пациентов с COVID-19 / Е. В. Жовнерчук, В. А. Мусаилов, Д. Е. Хатин [и др.] // Медицина труда и промышленной экологии. – 2021. – Т. 61. – № 5. – С. 330–333.
30. Тревожность: феноменология, эпидемиология и факторы риска на фоне пандемии, вызванной новым коронавирусом SARS-CoV-2 (COVID-19) / А. Г. Меркин, С.С. Акинфиева, А.В Мартюшев-Поклад [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13. – № 1. – С. 107–112.
31. Тревожные переживания медицинских работников и других групп населения, вызванные распространением COVID-19 / О. И. Одарущенко, А. А. Кузюкова, М. Ю. Яковлев [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2020. – Т. 64. – № 6. – С. 364–367.
32. Хритинин, Д. Ф. Психологические, психиатрические и неврологические аспекты COVID-19 / Д. Ф. Хритинин, В. К. Шамрей, И. В. Литвиненко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2023. – Т. 123. – № 4-2. – С. 44–51.
33. Хритинин, Д. Ф. Некоторые психиатрические и неврологические аспекты бессимптомного и легкого течения COVID-19 / Д. Ф. Хритинин, В. К. Шамрей, Е. С. Курасов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С.

- Корсакова. – 2021. – Т. 121. – № 12. – С. 13–18.
34. COVID-19: каковы риски для пациентов с нарушениями сна? / Л. С. Коростовцева, М. В. Бочкарев, А. А. Шумейко [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2020. – Т. 26. – № 4. – С. 466–482.
 35. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China / C. Wang, R. Pan, X. Wan et al. // Brain Behav. Immun. – 2020. – Vol. 87. – P. 40–48.
 36. Abba-Aji, A. COVID-19 Pandemic and Mental Health: Prevalence and Correlates of New-Onset Obsessive-Compulsive Symptoms in a Canadian Province. / A. Abba-Aji, D. Li D, M. Hrabok et al. // Int J Environ Res Public Health. – 2020 Sep 24. – Vol. 17 (19). – P. 6986.
 37. Adalja, A. A. Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19 / A. A. Adalja, E. Toner, T. V. Inglesby // JAMA. – 2020. – Vol. 323. – P. 1343–1344.
 38. Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents / S. J. Schmidt, L. P. Barblan, I. Lory, M. A. Landolt // Eur. J. Psychotraumatol. – 2021. – Vol. 12. – P. 1901407.
 39. Analysis of personal and national factors that influence depression in individuals during the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional survey / J. H. Lee, H. Lee, J. E. Kim et al. // Glob. Health. – 2021. – Vol. 17. – P. 1–12.
 40. Asmundson, G. J. G. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak / G. J. G. Asmundson, S. Taylor // J Anxiety Disord. – 2020 Mar. – Vol. 70. – P. 102196.
 41. Barbisch, D. Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola / D. Barbisch, K. L. Koenig, F. Y. Shih // Disaster Med Public Health Prep. – 2015 Oct. – Vol. 9 (5). – P. 547–553.
 42. Benatti, B. What Happened to Patients With Obsessive Compulsive Disorder During the COVID-19 Pandemic? A Multicentre Report From Tertiary Clinics in Northern Italy / B. Benatti, U. Albert, G. Maina // Frontiers in Psychiatry. – 2020. – Vol. 11. – P. 720.
 43. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA / M. Taquet, S.

- Luciano, J. R. Geddes, P. J. Harrison // *Lancet Psychiatry*. – 2021 Feb. – Vol. 8 (2). – P. 130–140.
44. Brooks, S. K. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence / S. K. Brooks, R. K. Webster, L. E. Smith // *Lancet*. – 2020. – Vol. 395 (10227). – P. 912–920.
45. Bäuerle, A. Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany / A. Bäuerle, M. Teufel, V. Musche // *J Public Health (Oxf)*. – 2020. – Vol. 42(4). – P. 672–678.
46. Caring for persons in detention suffering with mental illness during the Covid-19 outbreak / M. Liebreuz, D. Bhugra, A. Buadze, R. Schleifer // *Forensic Sci Int Mind Law*. – 2020. – Vol. 1. – P. 100013.
47. Casagrande, M. The enemy who sealed the world: Effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population / M. Casagrande, F. Favieri, R. Tambelli // *Sleep Medicine*. – 2020 Nov. – Vol. 75. – P. 12–20.
48. Castellini, G. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre vs post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls / G. Castellini, E. Cassioli, E. Rossi // *Int J Eat Disord*. – 2020. – Vol. 53. – P. 1855–1862.
49. Chakraborty, A. Impact of COVID-19 on Obsessive Compulsive Disorder (OCD) / A. Chakraborty, S. Karmakar // *Iran J Psychiatry*. – 2020. – Vol. 15. – P. 256–259.
50. Chung, R. Y. Anti-Chinese sentiment during the 2019-nCoV outbreak / R. Y. Chung, M. M. Li // *Lancet*. – 2020 Feb 29. – Vol. 395 (10225). – P. 686–687.
51. Czeisler, M. É. Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Challenges, Populations at Risk, Implications, and Opportunities / M. É. Czeisler, M. E. Howard, Rajaratnam S. M. W. // *American Journal of Health Promotion*. – 2021. – Vol. 35 (2). – P. 301–311.
52. Cénat, J. M. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis / J.

- M. Cénat, C. Blais-Rochette, C. K. Kokou-Kpolou // *Psychiatry Res.* – 2021. – Vol. 295. – P. 113599.
53. COVID-19 and implications for eating disorders / F. Fernández-Aranda, M. Casas, L. Claes et al. // *Eur. Eat. Disord. Rev.* – 2020. – Vol. 28. – P. 239–245.
54. Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19/ A. Hampshire, W. Trender, S. R. Chamberlain et al. // *EClinicalMedicine.* – 2021 Sep. – Vol. 39. – P. 101044.
55. Current and Future Challenges in the Delivery of Mental Healthcare during COVID-19 / M. Gautam, A. Thakrar, E. Akinyemi, G. Mahr // *SN Compr Clin Med.* – 2020. – Vol. 2 (7). – P. 865–870.
56. Daly, M. Psychological distress and adaptation to the COVID-19 crisis in the United States / M. Daly, E. Robinson // *J Psychiatric Res.* – 2021. – Vol. 136. – P. 603–609.
57. De Pue, S. The impact of the COVID-19 pandemic on wellbeing and cognitive functioning of older adults / S. De Pue, C. Gillebert, E. Dierckx // *Sci. Rep.* – 2021. – Vol. 11. – P. 4636.
58. Desclaux, A. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal / A. Desclaux, D. Badji, A. G. Ndione // *Soc Sci Med.* – 2017 Apr. – Vol. 178. – P. 38–45.
59. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry / F. Hao, W. Tan, L. Jiang et al. // *Brain Behav Immun.* – 2020 Jul. – Vol. 87. – P. 100–106.
60. Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? / G. J. G. Asmundson, M. M. Paluszek, C. A. Landry et al. // *J Anxiety Disord.* – 2020. – Vol. 74. – P. 102271.
61. Dubey, S. Psychosocial impact of COVID-19 / S. Dubey, P. Biswas, R. Ghosh // *Diabetes Metab Syndr.* – 2020. – Vol. 14 (5). – P. 779–788.
62. Eid, R. S. Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies / R. S. Eid, A. R. Gobinath, L. A. M. Galea // *Prog Neurobiol.* – 2019 May. – Vol. 176. – P. 86–102.

63. El Haj, M. High depression and anxiety in people with Alzheimer's disease living in retirement homes during the covid-19 crisis / M. El Haj, E. Altintas, G. Chapelet // *Psychiatry Res.* – 2020. – Vol. 291. – P. 113294.
64. El Sayed, S. Post-COVID-19 fatigue and anhedonia: A cross-sectional study and their correlation to post-recovery period / S. El Sayed, D. Shokry, S. M. Gomaa // *Neuropsychopharmacol Rep.* – 2021. – Vol. 41 (1). – P. 50–55.
65. Epigenetic dysregulation of ACE2 and interferon-regulated genes might suggest increased COVID-19 susceptibility and severity in lupus patients / A. H. Sawalha, M. Zhao, P. Coit, Q. Lu // *Clin Immunol.* – 2020 Jun. – Vol. 215. – P. 108410
66. Escolà-Gascón, Á. Pseudoscientific beliefs and psychopathological risks increase after COVID-19 social quarantine / Á. Escolà-Gascón, F. X. Marín, J. Rusiñol // *Global Health.* – 2020 Jul 30. – Vol. 16 (1). – P. 72.
67. Feeling safe or unsafe in psychiatric inpatient care, a hospital-based qualitative interview study with inpatients in Sweden / V. Pelto-Piri, T. Wallsten, U. Hylen et al. // *Int J Ment Health Syst.* – 2019. – Vol. 13. – P. 23–32.
68. Finatti, F. Psychosis in Patients in COVID-19-Related Quarantine: A Case Series / F. Finatti, G. Pigato, C. Pavan // *Prim Care Companion CNS Disord.* – 2020 May 14. – Vol. 22 (3). – P. 20102640.
69. First confirmed detection of SARS-CoV-2 in untreated wastewater in Australia: A proof of concept for the wastewater surveillance of COVID-19 in the community / W. Ahmed, N. Angel, J. Edson et al. // *Sci Total Environ.* – 2020 Aug 1. – Vol. 728. – P. 138764.
70. Franchini, L. Mental health services for mood disorder outpatients in Milan during COVID-19 outbreak: The experience of the health care providers at San Raffaele hospital / L. Franchini, N. Ragone, F. Seghi // *Psychiatry Res.* – 2020. – Vol. 292. – P. 113317.
71. Gao, J. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak / J. Gao, P. Zheng, Y. Jia // *PLoS One.* – 2020 Apr 16. – Vol. 15 (4). – P. e0231924.
72. Global socio-economic losses and environmental gains from the Coronavirus pandemic / M. Lenzen, M. Li, A. Malik et al. // *PLoS One.* – 2020 Jul 9. – Vol. 15

- (7). – P. 0235654.
73. Goel, N. Sex differences in the HPA axis / N. Goel, J. L. Workman, T. T. Lee // *Compr Physiol.* – 2014 Jul. – Vol. 4 (3). – P. 1121–1155.
 74. González-Sanguino, C. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain / C. González-Sanguino, B. Ausín, M.Á. Castellanos // *Brain Behav Immun.* – 2020. – Vol. 87. – P. 172–176.
 75. Grover, S. Psychological impact of COVID-19 lockdown: An online survey from India / S. Grover, S. Sahoo, A. Mehra // *Indian Journal of Psychiatry.* – 2020. - Vol. 62 (4). – P. 354–362.
 76. Guo, Q. Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: a mixed-method study / Q. Guo, Y. Zheng, J. Shi // *Brain Behav Immun.* – 2020 Aug. – Vol. 88. – P. 17–27.
 77. Haider, I. I. Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health / I. Haider, F. Tiwana, S. M. Tahir // *Pak J Med Sci.* – 2020 May. – Vol. 36 (COVID19-S4). – P. S90–S94.
 78. Hamama-Raz, Y. The toll of a second lockdown: A longitudinal study / Y. Hamama-Raz, R. Goodwin, E. Leshem, // *J Affect Disord.* – 2021. - Vol. 294. – P. 60–62.
 79. Hawryluck, L. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada / L. Hawryluck, W. L. Gold, S. Robinson et al. // *Emerg Infect Dis.* – 2004 Jul. – Vol. 10 (7). – P. 1206–1212.
 80. Health-Related Quality of Life and Posttraumatic Stress Disorder among Survivors of an Outbreak of Legionnaires Disease / D. L. Kamilla, V. Annelies, T. Pythia et al. // *Clinical Infectious Diseases.* – July 2002. – Vol. 35. - Iss. 1, 1. – P. 11–17.
 81. Ho, C. S. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic / C. S. Ho, C. Y. Chee, R. C. Ho // *Ann Acad Med Singap.* – 2020 Mar 16. – Vol. 49 (3). – P. 155–160.
 82. How is COVID-19 affecting patients with obsessive-compulsive disorder? A longitudinal study on the initial phase of the pandemic in a Spanish cohort / P.

- Alonso, S. Bertolín, J. Segalàs et al. // *Eur Psychiatry*. – 2021 Jun 8. – Vol. 64(1). – P. e45.
83. Hofer, A. Mental health in individuals with severe mental disorders during the covid-19 pandemic: a longitudinal investigation / A. Hofer, T. Kachel, B. Plattner // *NPJ Schizophr*. – 2022. – Vol. 8 (1). – P. 17. Published 2022 Mar 8.
 84. Huang, Y. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey / Y. Huang, N. Zhao // *Psychiatry Res*. – 2020. – Vol. 288. – P. 112954.
 85. Impact of Human Disasters and COVID-19 Pandemic on Mental Health: Potential of Digital Psychiatry / K. Ćosić, S. Popović, M. Šarlija, I. Kesedžić // *Psychiatr Danub*. – 2020 Spring. – Vol. 32 (1). – P. 25–31.
 86. Impact of the COVID-19 Outbreak on Emergency Care Utilization in Patients with Acute Myocardial Infarction: a Nationwide Population-based Study / H. K. Sung, J. H. Paik, Y. J. Lee, S. Kang // *J Korean Med Sci*. – 2021 Apr 26. – Vol. 36 (16). – P. e111.
 87. Impact of the COVID-19 pandemic on patients with pre-existing anxiety disorders attending secondary care / R. Plunkett, S. Costello, M. McGovern et al. // *Ir J Psychol Med*. – 2021. – Vol. 38. – P. 123–131.
 88. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review / J. Xiong, O. Lipsitz, F. Nasri et al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2020 Dec. 1. – Vol. 277. – P. 55–64.
 89. Jahanshahi, A. A. The distress of Iranian adults during the Covid-19 pandemic – More distressed than the Chinese and with different predictors / A. A. Jahanshahi, M. M. Dinani, A. N. Madavani // *Brain Behav Immun*. – 2020. – Vol. 87. – P. 124–125.
 90. Jeong, H. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome / Jeong H., Yim H.W., Song Y.J. // *Epidemiol Health*. – 2016 Nov 5. – Vol. 38. – P. e2016048.
 91. Kamara, S. Mental health care during the Ebola virus disease outbreak in Sierra Leone / S. Kamara, A. Walder, J. Duncan // *Bull World Health Organ*. – 2017. – Vol. 95 (12). – P. 842–847.

92. Kang, L. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus / L. Kang, Y. Li, S. Hu // *Lancet Psychiatry*. – 2020 Mar. – Vol. 7 (3). – P. 14.
93. Kinner, S. A. Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19 / S. A. Kinner, J. T. Young, K. Snow // *Lancet Public Health*. - 2020. – Vol. 5 (4). – P. 188–189.
94. Lakeman, R. The Impact of Social Distancing on People with Borderline Personality Disorder: The Views of Dialectical Behavioural Therapists / R. Lakeman, J. Crighton // *Issues Ment Health Nurs*. – 2021. – Vol. 42. – P. 410–416.
95. Larson, H. J. The biggest pandemic risk? Viral misinformation / H. J. Larson // *Nature*. – 2018 Oct. – Vol. 562 (7727). – P. 309.
96. Lee, S. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens / S. Lee, L. Y. Chan, A.M. Chau // *Soc Sci Med*. – 2005 Nov. – Vol. 61 (9). – P. 2038–2046.
97. Lei, L. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China / L. Lei, X. Huang, S. Zhang // *Med Sci Monit*. – 2020. – Vol. 2. – P. 924609.
98. Li, S. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. / S. Li, Y. Wang, J. Xue // *International journal of environmental research and public health*. – 2020 Mar. 19 - Vol. 17 (6), 2032.
99. Manuell, M. E. Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine / M. E. Manuell, J. Cukor // *Disasters*. – 2011 Apr. – Vol. 35 (2). – P. 417–442.
100. Mao, L. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China / L. Mao, H. Jin, M. Wang // *JAMA Neurol*. – 2020. - Vol. 77 (6). – P. 683–690.
101. Martin, A. Socio-Economic Impacts of COVID-19 on Household Consumption and Poverty / A. Martin, M. Markhvida, S. Hallegatte // *Econ Dis Cli Cha*. – 2020. - Vol. 4. – P. 453–479.

102. Mazza, C. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors / C. Mazza, E. Ricci, S. Biondi // *Int J Environ Res Public Health*. – 2020. – Vol. 17 (9). – P. 3165.
103. Mazza, M. G. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors / M. G. Mazza, R. De Lorenzo, C. Conte // *Brain Behav Immun*. – 2020. – Vol. 89. – P. 594–600.
104. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population / M. Pierce, H. Hope, T. Ford et al. // *Lancet Psychiatry*. – 2020 Oct. – Vol. 7 (10). – P. 883–892.
105. Merchant, R. M. Social Media and Emergency Preparedness in Response to Novel Coronavirus / R. M. Merchant, N. Lurie // *JAMA*. – 2020 May 26. – Vol. 323 (20). – P. 2011–2012.
106. Mihashi, M. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak / M. Mihashi, Y. Otsubo, X. Yinjuan // *Health Psychol*. – 2009 Jan. – Vol. 28 (1). – P. 91–100.
107. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study / A. Varatharaj, N. Thomas, M. A. Ellul et al. // *Lancet Psychiatry*. – 2020 Oct. – Vol. 7 (10). – P. 875–882.
108. Nicola, M. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review / M. Nicola, Z. Alsafi, C. Sohrabi // *Int J Surg*. – 2020 Jun. – Vol. 78. – P. 185–193.
109. Olagoke, A. A. Exposure to coronavirus news on mainstream media: The role of risk perceptions and depression / A. A. Olagoke, O. O. Olagoke, A. M. Hughes // *Br J Health Psychol*. – 2020 Nov. – Vol. 25 (4). – P. 865–874.
110. Pan, K. Y. The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts / K. Y. Pan, A. A. L. Kok, M. Eikelenboom // *Lancet Psychiatry*. – 2021. – Vol. 8. – P. 121–129.
111. Pathirathna, M. L. Impact of the COVID-19 pandemic on suicidal attempts and death rates: a systematic review / M. L. Pathirathna, H. M. R. K. G. Nandasena, M.

- M. P. Atapattu // *BMC Psychiatry*. – 2022. – Vol. 22. – P. 506.
112. Pfefferbaum, B. Mental Health and the Covid-19 Pandemic / B. Pfefferbaum, C. S. North // *N Engl J Med*. – 2020. – Vol. 383. – P. 510–512.
113. Pirkis, J. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries / J. Pirkis, A. John, S. Shin // *Lancet Psychiatry*. – 2021. – Vol. 8 (7). – P. 579–588.
114. Post-SARS psychological morbidity and stigma among general practitioners and traditional Chinese medicine practitioners in Singapore / S. Verma, S. Mythily, Y. H. Chan et al. // *Ann Acad Med Singap*. – 2004 Nov. – Vol. 33 (6). – P. 743–748.
115. Postolache, T. T. Targetable Biological Mechanisms Implicated in Emergent Psychiatric Conditions Associated With SARS-CoV-2 Infection / T. T. Postolache, M. E. Benros, L. A. Brenner // *JAMA Psychiatry*. – 2020 Jul 31.
116. Prevalence of Underlying Diseases in Hospitalized Patients with COVID-19: a Systematic Review and Meta-Analysis / A. Emami, F. Javanmardi, N. Pirbonyeh, A. Akbari // *Arch Acad Emerg Med*. – 2020 Mar 24. – Vol. 8 (1). - P. e35.
117. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China / W. Li, Y. Yang, Z. H. Liu et al. // *Int J Biol Sci*. – 2020 Mar 15. – Vol. 16 (10). – P. 1732–1738.
118. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic / J. P. Rogers, E. Chesney, D. Oliver et al. // *Lancet Psychiatry*. – 2020 Jul. – Vol. 7 (7). – P. 611–627.
119. Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey / M. Colizzi, E. Sironi, F. Antonini et al. // *Brain Sci*. – 2020. – Vol. 10.
120. Pulla, P. Covid-19: India imposes lockdown for 21 days and cases rise / P. Pulla // *BMJ*. – 2020. – Vol. 368.
121. Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China / D. Liu, R.F. Baumeister, J.C. Veilleux et al. // *Psychiatry Res*. – 2020 Oct. – Vol. 292. – P. 113297.

122. Robertson, E. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers / E. Robertson, I. Hershenfield, S. L. Grace, // *Can J Psychiatry*. – 2004 Jun. – Vol. 49 (6). – P. 403–407.
123. Rodríguez-Muñoz, A. Los Efectos Psicológicos de la Cuarentena por el COVID-19: Un estudio Longitudinal / A. Rodríguez-Muñoz, M. Antino, P. Ruíz-Zorrilla // Universidad Complutense. – Madrid, Spain, 2020.
124. Rossi, R. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy / R. Rossi, V. Socci, D. Talevi // *Front Psychiatry*. – 2020. – Vol. 11. – P. 790.
125. Sareen, J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment / J. Sareen // *Can J Psychiatry*. – 2014 Sep. – Vol. 59 (9). – P. 460–467.
126. Severely increased generalized anxiety, but not COVID-19-related fear in individuals with mental illnesses: A population based cross-sectional study in Germany / E. M. Skoda, A. Bäuerle, A. Schweda et al. // *Int J Soc Psychiatry*. – 2021. – Vol. 67. – P. 550–558.
127. Shah, M. Eating disorders in the age of COVID-19 / M. Shah, M. Sachdeva, H. Johnston // *Psychiatry Res*. – 2020 Aug. – Vol. 290. – P. 113122.
128. Siu, J. Y. The SARS-associated stigma of SARS victims in the post-SARS era of Hong Kong / J. Y. Siu // *Qual Health Res*. – 2008 Jun. – Vol. 18 (6). – P. 729–738.
129. Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia / U. Pellecchia, R. Crestani, T. Decroo et al. // *PLoS One*. – 2015 Dec 9. – Vol. 10 (12). – P. e0143036.
130. Soltaninejad, K. Methanol Mass Poisoning Outbreak: A Consequence of COVID-19 Pandemic and Misleading Messages on Social Media / K. Soltaninejad // *Int J Occup Environ Med*. – 2020 Jul 10. – Vol. 11 (3). – P. 148–150.
131. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. / A. M. Lee, J. G. Wong, G. M. McAlonan et al. // *Can J Psychiatry*. – 2007 Apr. – Vol. 52(4). – P. 233–240.
132. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak

- in a population sample in the northern Spain / N. Ozamiz- Etxebarria, M. Dosil-Santamaria, M. Picaza-Gorrochategui, N. Idoiaga- Mondragon // *Cad Saude Publica*. – 2020 Apr 30. – Vol. 36 (4). – P. 00054020. English, Spanish.
133. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China / Y. Wang, Y. Di, J. Ye, W. Wei // *Psychol Health Med*. – 2021 Jan. – Vol. 26 (1). - P. 13–22.
 134. Suicide risk during the COVID-19 pandemic in Italy / M. Amore, M. Menchetti, C. Tonti et al. // *Front Psychiatry*. – 2021. – Vol. 12. – P. 589634.
 135. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital / R. Maunder, J. Hunter, L. Vincent et al. // *CMAJ*. – 2003 May 13. – Vol. 168 (10). – P. 1245–1251.
 136. The impact of the COVID -19 pandemic on eating disorder risk and symptoms / R. F. Rodgers, C. Lombardo, S. Cerolini et al. // *Int. J. Eat. Disord*. – 2020. – Vol. 53. – P. 1166–1170.
 137. The impact of SARS-CoV-2 on emotional state among older adults in Latin America / M. Soto-Añari, M. A. Ramos-Henderson, L. Camargo et al. // *Int. Psychogeriatr*. – 2021. – Vol. 33. – P. 193–194.
 138. The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak / A. Depoux, S. Martin, E. Karafillakis et al. // *J Travel Med*. – 2020 May 18. – Vol. 27 (3). – P. 031.
 139. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China / W. Cao, Z. Fang, G. Hou et al. // *Psychiatry Res*. – 2020 May. – Vol. 287. – P. 112934.
 140. The Role of Social Media in the Advent of COVID-19 Pandemic: Crisis Management / J. Abbas, D. Wang, Z. Su, A. Ziapour // *Mental Health Challenges and Implications. Risk Manag Healthc Policy*. – 2021 May 12. – Vol. 14. – P. 1917–1932.
 141. Tsai, J. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations / I. Tsai, M. Wilson // *Lancet Public Health*. – 2020. – Vol. 5 (4). – P. e186–e187.
 142. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience / D. L. Reynolds, J. R. Garay, S. L. Deamond et al. // *Epidemiol Infect*.

– 2008 Jul. – Vol. 136 (7). – P. 997–1007.

143. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak / S. X. Zhang, Y. Wang, A. Rauch, F. Wei // *Psychiatry Res.* – 2020 Jun. – Vol. 288. - P. 112958.
144. Using online social networks to track a pandemic: A systematic review / M. A. Al-Garadi, M. S. Khan, K. D. Varathan et al. // *J Biomed Inform.* – 2016 Aug. – Vol. 62. – P. 1–11.
145. Wang, C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China / C. Wang, R. Pan, X. Wan // *Int J Environ Res Public Health.* – 2020. – Vol. 17 (5). – P. 1729. doi:10.3390/ijerph17051729.
146. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020 // World Health Organization. – 2020.
147. Zarocostas, J. How to fight an infodemic / J. Zarocostas // *Lancet.* – 2020 Feb 29. - Vol. 395 (10225). – P. 676.
148. Zhang, W. R. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China / W. R. Zhang, K. Wang, L. Yin // *Psychother. Psychosom.* – 2020. – Vol. 89. – P. 242–250.
149. Zhang, Y. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and global mental health / Y. Zhang, K. W. Lange // *Glob Health J.* – 2021 Mar. – Vol. 5 (1). – P. 31–36.
150. Özdin, S. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender / S. Özdin, Ş. Bayrak Özdin // *Int J Soc Psychiatry.* – 2020 Aug. – Vol. 66 (5). – P. 504–511.