

Б.Д. Цыганков¹, Г.Р. Иванова¹, Д.А. Шелег², В.И. Савенкова²

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация

² Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация

Организация психиатрической помощи и психические нарушения у жителей стран, находящихся в условиях пандемии COVID-19 2020 г. (обзор литературы)

В условиях пандемии COVID-19 в психиатрической больнице г. Ухань (провинция Хубэй, Китай) произошло заражение 50 пациентов и 30 медицинских сотрудников, что потребовало от Министерства здравоохранения Китая экстренного анализа ситуации и разработки комплекса мер, направленных на сдерживание распространения вируса и организации полноценной и безопасной психиатрической помощи. Причинами сложившейся ситуации могли быть: отсутствие резервных коек для психиатрических больных, низкая осведомленность врачей-психиатров в вопросах диагностики и лечения инфекционных заболеваний, разделение системы психиатрической помощи между двумя ведомствами, стесненные условия пребывания пациентов в психиатрических стационарах. Для восполнения штата сотрудников в Ухань было направлено более 500 психиатров со всей страны. Психиатрические пациенты с легким и средним течением COVID-19 были перемещены во временные психиатрические больницы, организованные в гимназиях и выставочных центрах. Психиатрические пациенты с тяжелым течением COVID-19 были переведены в инфекционные отделения больниц. Была организована единая система маршрутизации пациентов, введен сменный график работы для врачей. Для снижения нагрузки на общественный транспорт амбулаторное звено психиатрической помощи было вынесено в областные больницы, занимавшиеся до этого только вопросами судебной психиатрии и контролем пациентов с аддиктивными расстройствами. Основываясь на опыте Уханя, психиатрические сообщества разных стран предложили список практических рекомендаций, призванных снизить риски распространения инфекции и оптимизировать работу психиатрической помощи. Все стационары должны располагать резервным коечным фондом, который в спокойное время может быть использован в целях реабилитации и социализации пациентов. Стационары необходимо обеспечить достаточным количеством тестов, лекарственных препаратов и средств индивидуальной защиты. Амбулаторным пациентам необходимо в полном объеме предоставить доступ к медикаментозной и психотерапевтической терапии с привлечением технологий телемедицины для минимизации риска инфицирования. Необходимо реструктурировать время приема врачей, введя работу по сменному графику — две недели через две, что не только обеспечит полноценный отдых, но и позволит врачам проходить карантин после каждой смены.

Ключевые слова: COVID-19, психиатрия, Китай, реформа здравоохранения, психиатрические больницы

Для цитирования: Цыганков Б.Д., Иванова Г.Р., Шелег Д.А., Савенкова В.И. Организация психиатрической помощи и психические нарушения у жителей стран, находящихся в условиях пандемии COVID-19 2020 г. (обзор литературы). *Вестник РАМН*. 2020;75(4):XXX–XXX. doi: 10.15690/vramn1382.

B.D. Tsygankov¹, G.R. Ivanova¹, D.A. Sheleg², V.I. Savenkova²

¹A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow,
Russian Federation

²M.V. Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation

Psychiatric Care Organization and Mental Health Disorders in People of Countries Affected by the COVID-19 Pandemic 2020 (Review)

This review will focus on the organization of psychiatric care in the context of the COVID-19 pandemic in the case of hospitals in China and other countries most affected by the epidemic. The impact of the current situation on the mental health of the population will also be examined. The organization and situation in psychiatric care in China has certain specifics. By 2016, the proportion of psychiatrists and doctors in psychiatric hospitals in China was only 2.15 per 100,000, which is significantly lower than in most developed countries, and the psychiatric hospital beds capacity was 9.95 beds per 100,000. These facts indicate that in the event of an emergency most of the country's psychiatric hospitals should have experienced an acute shortage of staff and beds. The situation with the availability of psychiatric care is complicated by the fact that two ministries — The Ministry of Health and the Ministry of Public Security and the Ministry of Civil Affairs System — govern the psychiatric hospitals in China. Hospitals run by the Ministry of Public Security and the Civil Affairs System are located mainly in the suburbs, they are easily accessible to people living in rural areas, but they provide services only in the field of forensic psychiatry and rehabilitation therapy for patients with addictive disorders. These hospitals are not aimed at outpatient and inpatient care of patients with mental disorders and do not have a trained staff of psychiatrists. Hospitals located within the Ministry of Health have a hospital-bed fund, an outpatient unit, and a staff of medical staff trained to provide psychiatric care. It is here that the majority of patients with serious mental illness are treated, and the outpatient unit is also located here. According to the rules of medical insurance in China, patients with serious mental disorders who are in remission visit the outpatient clinics of these hospitals to be monitored by doctors and receive monthly maintenance therapy. But such hospitals are located mainly in regional administrative centers, which creates the need for patients to use public transport to move between cities in the region. Thus, the introduction of quarantine measures restricting or completely prohibiting the use of public transport dramatically reduces the availability of qualified psychiatric care for both outpatients and patients requiring hospitalization, which can lead to an exacerbation of mental disorders. To complicate the task, in China, most psychiatrists do not receive proper training in the prevention and treatment of infectious diseases. Compared to other medical facilities, psychiatric hospitals are more susceptible to the spread of infection between patients and medical staff. In a psychiatric hospital, patients often stay in cramped conditions, use common dining rooms and sanitary rooms. Psychiatric hospitals are designed without taking into account anti-epidemic requirements, are not equipped with isolation boxes, and have general ventilation. Thus, it is difficult to achieve complete isolation of the patient. Staying in psychiatric hospitals involves classes in groups, which accelerates the spread of infection. Many patients cannot comply with hygiene standards due to an unstable mental state. Moreover, the side immunosuppressive effects of psychotropic drugs and metabolic complications are the reasons for the weakening of the immune response of patients with infectious diseases. In the context of the COVID-19 pandemic, 50 patients and 30 medical personnel were infected in a psychiatric hospital in Wuhan (Hubei Province, China), which required the Ministry of Health of China to urgently analyze the situation and develop a set of measures aimed at containing the spread of the virus and organizing a full and safe psychiatric care. The reasons for this situation could be the lack of reserve beds for psychiatric patients, low awareness of psychiatrists in diagnosing and treating infectious diseases, the separation of the psychiatric care system between the two departments, and the cramped living conditions of patients in psychiatric hospitals. More than 500 psychiatrists from across the country were sent

to Wuhan to fill staff. Psychiatric patients with mild to moderate COVID-19 were transferred to temporary psychiatric hospitals organized in gymnasiums and exhibition centers. Severely ill psychiatric patients COVID-19 were transferred to hospital infectious diseases. A single patient routing system was organized, a shift schedule for doctors was introduced. To reduce the burden on public transport, the outpatient unit of psychiatric care was taken to regional hospitals, which had previously dealt only with forensic psychiatry and the control of patients with addictive disorders. Based on the experience of Wuhan, psychiatric communities from different countries proposed a list of practical recommendations designed to reduce the risks of spreading the infection and optimize the work of psychiatric care. Before admission to the general department of a psychiatric hospital, a fourteen-day observation of incoming patients in a separate room is necessary. It is necessary to ensure full remote monitoring of outpatients. It is necessary to increase the awareness of staff about infectious diseases, methods for their diagnosis and treatment. All hospitals should have a reserve bed capacity, which can be used for the rehabilitation and socialization of patients in quiet times. Hospitals must be provided with a sufficient number of tests, drugs, and personal protective equipment. Outpatients need to be fully provided with access to medical and psychotherapeutic therapy using telemedicine technologies to minimize the risk of infection. It is crucial to restructure the appointment of doctors by introducing work on a shift schedule: two weeks in two weeks, which will not only ensure a good rest but also allow doctors to be quarantined after each shift. In addition to improving the complex of anti-epidemic measures during the treatment of patients with mental illness, it is necessary to pay attention to the prevention of exacerbation of mental disorders and the development of new mental disorders. Quarantine, social distance, and self-isolation can be detrimental to the mental health of a population. Loneliness and a decrease in social interactions are risk factors for the development or aggravation of mental disorders. Concerns about one's health and the health of one's loved ones and uncertainties about the future can generate or exacerbate fear, depression, and anxiety. Continuous exposure to stress factors increases the risk of serious mental disorders, mainly an alarming spectrum, such as panic attacks, obsessive-compulsive and post-traumatic disorders. Medical personnel working with COVID-19 directly may develop anxiety, depression, burnout, alcohol abuse, and the formation of post-traumatic stress disorder. Such a problem as the COVID-19 pandemic cannot be solved without a complex approach to the situation, but the timely follow-up to all recommendations based on the experience of foreign colleagues and our observations will help to reduce the number of cases, prevent a predicted outbreak of mental disorders, and also accelerate the exit from the existing emergency.

Keywords: COVID-19, coronavirus infections, psychiatry, mental disorders, China, health care reform, hospitals, psychiatric, mental health services, pandemics, quarantine

For citation: Tsygankov BD, Ivanova GR, Sheleg DA, Savenkova VI. Psychiatric Care Organization and Mental Health Disorders in People of Countries Affected by the COVID-19 Pandemic 2020 (Review). *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2020;75(4):XXX–XXX. doi: 10.15690/vramn1382.

ВВЕДЕНИЕ

Основные цели данного обзора — изучение влияния пандемии COVID-19 на оказание психиатрической помощи в Китае и ряде других стран, а также поиск эффективных стратегий по оптимизации системы психиатрической помощи в условиях пандемии. При подготовке данного обзора поиск литературы производился по ключевым словам (COVID-19, Coronavirus Infections, Psychiatry, Mental Disorders, China, Health Care Reform, Hospitals, Psychiatric, Mental Health Services, Pandemics, Quarantine) в базе данных MEDLINE посредством PubMed. Были проанализированы работы за последние 5 лет, особое внимание уделялось актуальным материалам, которые освещают события, происходившие в первые месяцы 2020 г. Дополнительными критериями отбора литературных источников являлись импакт-фактор рассмотренных журналов и индекс цитирования статьи.

В декабре 2019 г. в г. Ухань (провинция Хубэй, Китай) произошла вспышка пневмонии неизвестной этиологии. Вскоре был выявлен ее возбудитель, и 11 февраля 2020 г. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) объявила о новом названии для эпидемического заболевания — COVID-19 (позднее SARS-CoV-2). Как вскоре выяснилось, новый вирус отличается высокой контагиозностью и представляет реальную угрозу не только для Китая, но и для всего мира. 30 января 2020 г. ВОЗ объявила вспышку COVID-19 шестой чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, обозначив, что борьба с распространением инфекции требует скоординированных международных действий [1].

Совершенно очевидно, что вспышка такого масштаба не могла не оказать влияния на все виды общественной деятельности, особенно затронув область здравоохранения. Резкое ухудшение эпидемиологической ситуации значительно усложнило работу во всех сферах оказания медицинской помощи. На сегодняшний день уже появились публикации, посвященные деятельности медицинских учреждений в условиях эпидемии, что позволяет проанализировать возникшие трудности и предусмотреть возможности их коррекции. В данном обзоре рассмотрены организация оказания психиатрической помощи в условиях пандемии на примере больниц Китая и других стран, наиболее подвергшихся распространению эпидемии, а также влияние сложившейся ситуации на психическое здоровье населения в целом.

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КИТАЕ ДО ПАНДЕМИИ

Организация и состояние психиатрической помощи в Китае имеет определенную специфику. В силу различных причин в последние десятилетия страна столкнулась с серьезным дефицитом кадровых, материальных и стационарных ресурсов в области сохранения психического здоровья своего населения. Согласно статистике, 173 млн китайцев имеют диагностированное психическое расстройство, из них 158 млн никогда не получали полноценного лечения [2].

Для решения проблемы доступности психиатрической помощи населению Китая в 2004 г. была разработана национальная программа под названием «Программа управления и лечения тяжелых психических заболеваний с субсидиями от Центрального правительства», или «Программа 686».

В рамках этой реформы внимание уделялось в первую очередь пациентам с психическими расстройствами и относительно высоким риском агрессивного поведения с угрозой физического насилия. В эту группу вошли пациенты с шизофренией, шизоаффективным расстройством, параноидным психозом, биполярным аффективным расстройством, эпилепсией и умственной отсталостью. Однако, несмотря на очевидные изменения, к 2016 г. доля психиатров и врачей в психиатрических больницах Китая составляла лишь 2,15 на 100 тыс. населения, что значительно ниже, чем в большинстве развитых стран, а 557 психиатрических больниц располагали 129 314 койками, что составляло 9,95 койки на 100 тыс. населения. Такие показатели предполагали, что в случае чрезвычайной ситуации, требующей мобилизации и организации служб чрезвычайного реагирования, подавляющее большинство психиатрических больниц страны должно было оказаться в затруднительном положении и испытать острую нехватку кадров и коек [2–4].

Также ситуацию с доступностью психиатрической помощи усложняет тот факт, что психиатрические больницы Китая находятся в ведомстве двух министерств: Министерства здравоохранения и Министерства общественной безопасности и системы гражданских дел (аналога нашего Министерства внутренних дел). Больницы, находящиеся в ведомстве Министерства общественной безопасности и системы гражданских дел, расположены в основном в пригородах, они легко доступны для населения, проживающего в сельской местности, но предоставляют услуги только в области

судебной психиатрии, терапии и реабилитации пациентов с аддиктивными расстройствами. Эти больницы не направлены на амбулаторную и стационарную помощь больным с психическими заболеваниями и не располагают подготовленным штатом специалистов психиатров.

С другой стороны, больницы, находящиеся в ведомстве Министерства здравоохранения, располагают стационарным коечным фондом, амбулаторным звеном и штатом медицинских сотрудников, подготовленных для оказания психиатрической помощи. Именно здесь проходят лечение большинство пациентов с серьезными психическими заболеваниями, здесь же расположено и амбулаторное звено. Согласно правилам медицинского страхования Китая, пациенты с серьезными психическими расстройствами, находящиеся в ремиссии, посещают амбулатории этих больниц для наблюдения врачами и получения ежемесячной поддерживающей терапии. Но расположены такие больницы в основном в региональных административных центрах, и пациенты вынуждены использовать общественный транспорт для перемещения между городами в регионе. Таким образом, введение карантинных мер, ограничивающих или полностью запрещающих использование общественного транспорта, резко снижает доступность квалифицированной психиатрической помощи как для амбулаторных пациентов, так и для пациентов, требующих госпитализации, что может приводить к обострению психических расстройств [3].

Усложняло задачу и то, что в Китае большинство психиатров не получают надлежащей подготовки по вопросам профилактики и лечения инфекционных заболеваний. В последнее десятилетие во многих медицинских школах время стажировки студентов по психиатрии было увеличено за счет сокращения стажировки по специальностям общего профиля. Это явилось одной из причин того, что для контроля распространения COVID-19 подготовленные медицинские работники оказались недостаточно компетентными [3].

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА СИСТЕМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КИТАЕ

Согласно официальным данным, психиатрическая служба Китая столкнулась с новой инфекцией 8 февраля 2020 г. В китайском еженедельнике появилось сообщение о том, что в крупной психиатрической больнице Уханя по меньшей мере у 50 пациентов с психическими расстройствами и у 30 медицинских сотрудников был диагностирован COVID-19.

Несмотря на то что еще 3 февраля 2020 г. в одной из инфекционных больниц Уханя было создано отделение на 30 коек для психиатрических больных, быстро растущее число новых случаев инфицирования привело к острой нехватке больничных коек. Эта ситуация потребовала экстренной реорганизации психиатрической помощи. На замену инфицированному персоналу в Ухань было отправлено более 500 психиатров со всей страны. Для упрощения доступа к психиатрической помощи во всех медицинских учреждениях были вывешены QR-коды для немедленного вызова врачей-психиатров [5].

В самих психиатрических больницах были созданы изоляторы. Однако вскоре стало ясно, что этот вариант может только увеличить риск инфицирования, особенно если больницы не оснащены всеми необходимыми средствами защиты. Поэтому система организации психиатрической помощи была пересмотрена еще раз.

Для клинически стабильных пациентов со средним и легким течением COVID-19 были созданы временные карантинные больницы в гимназиях и выставочных центрах. Психиатрические пациенты с тяжелым течением COVID-19 помещались в инфекционные отделения больниц, где были организованы система маршрутизации пациентов и сменный график работы сотрудников. Районные больницы,

подведомственные Министерству общественной безопасности и системы гражданских дел, получили дополнительный медицинский персонал и были переоборудованы под амбулаторный прием пациентов, чтобы минимизировать необходимость использования общественного транспорта [3].

Следует отметить, что по сравнению с другими медицинскими учреждениями психиатрические стационары в Китае оказались более восприимчивы к распространению инфекции между пациентами и медицинским персоналом. Эта особенность связана с тем, что в психиатрическом стационаре пациенты часто пребывают в стесненных условиях, используют общие столовые и санитарно-гигиенические комнаты. Эффективное проветривание помещений посредством открытых окон ограничено из-за риска возможной попытки суицида пациентов, а использование дезинфицирующих средств для рук — из-за опасений, что пациенты могут употреблять эти вещества внутрь [3, 6].

Кроме того, психиатрические больницы спроектированы без учета противозидемических требований, не оснащены изоляционными боксами, имеют общую вентиляцию, не оборудованы устройствами отрицательного давления, часто не предусмотрены личные ваннные комнаты и отдельные пути перемещения для инфицированных и неинфицированных пациентов. Таким образом, в условиях психиатрического стационара крайне сложно добиться полной изоляции заболевшего [7]. В отличие от процесса лечения пациентов обычной больницы, которые находятся на больничных койках маломестных палат и редко взаимодействуют друг с другом, пребывание в психиатрических стационарах предусматривает психотерапевтические и реабилитационные занятия в группах, что только ускоряет распространение инфекции. Многие пациенты не в состоянии придерживаться мер профилактики и соблюдать санитарно-гигиенические нормы из-за неполного понимания ситуации или нестабильного психического состояния. Кроме того, недостаточный контроль за своим соматическим состоянием в связи с наличием психического заболевания, побочные иммуносупрессорные эффекты психотропных препаратов, метаболические осложнения являются причинами ослабления иммунного ответа организма пациентов при инфекционных заболеваниях [8–12].

Так, было отмечено, что у пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями риск смертности от сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний в 3,7 раза выше, чем в остальной популяции. Это особенно важно с учетом того, что рецептор ACE-2, с которым связывается COVID-19, высоко экспрессируется в сердце и легких [9]. По статистическим данным в Ухани было показано, что риск заражения COVID-19, возникновения пневмонии и других соматических осложнений был выше среди психически больных [3].

Полученный опыт показал, что для решения проблемы чрезмерной зависимости населения Китая от центральных больниц требуется организовать полноценный амбулаторный прием в пригородных психиатрических больницах, расположенных в зонах проживания больных. Кроме того, для клинически стабильных пациентов предпочтительнее оказание помощи на дому, что позволит им избежать посещения больницы. Было важно разработать систему предупреждения и контроля распространения инфекционных заболеваний и в психиатрических больницах, создав систему маршрутизации больных, их разделения на потоки (больные с психическими нарушениями средней тяжести и с тяжелыми проявлениями психической патологии) [3].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ В РЯДЕ СТРАН

Проанализировав сложившуюся в Китае ситуацию в период пандемии, Yu-Taο Xiang et al. пришли к выводу, что среди всего спектра проблем, возникших в связи с

эпидемией, можно выделить три базисные причины: неподготовленность персонала психиатрических стационаров к работе в чрезвычайной ситуации; более высокий, чем в соматических стационарах, риск распространения COVID-19 в психиатрических клиниках; невозможность проведения поддерживающей терапии в амбулаторных условиях в период ограничения работы общественного транспорта [3].

Анализ ошибок, допущенных в организации психиатрической помощи в период пандемии, позволил разработать следующие рекомендации для психиатрических служб Китая [7].

Перед госпитализацией в общее отделение психиатрической больницы необходимо 14-дневное наблюдение поступающих пациентов в отдельном помещении, не связанном со стационаром единой вентиляционной системой. Следует максимально подробно выяснять историю контактов пациента и временно запретить любые посещения пациентов родственниками, обеспечив возможности для их дистанционного общения. Следует проинформировать родственников пациентов о необходимости соблюдения в стационаре жестких карантинных мер, уверив их, что, несмотря на режим изоляции, все потребности пациента удовлетворяются в полном объеме. Необходимо уделять повышенное внимание пациентам, не способным контролировать свое поведение. Нужно обеспечить полноценный удаленный мониторинг амбулаторных больных, призванный отсрочить их возможную госпитализацию на как можно более длительный срок. Следует улучшить осведомленность персонала об инфекционных заболеваниях, способах их диагностики и лечения. Весь медицинский персонал должен проходить температурный контроль дважды в день.

На данный момент один из наиболее подробных и исчерпывающих списков практических инструкций по противодействию распространению COVID-19 в амбулаторных и стационарных службах психиатрической помощи разработало Итальянское общество эпидемиологической психиатрии (SIEP) [13].

Италия — одна из стран, наиболее пострадавших от пандемии COVID-19. Можно предположить, что к такой тяжелой ситуации с психиатрической помощью привела реформа деинституционализации 1978–1988 гг., завершившаяся полной ликвидацией государственных психиатрических больниц. Эта реформа значительно уменьшила число коек для психиатрических больных и лишила Италию необходимых во время эпидемии резервов. Так, по данным на 2013 г., Италия располагала 10 психиатрическими койками на 100 тыс. населения, когда в Германии на то же время насчитывалось 126 психиатрических коек на 100 тыс. [14].

SIEP предложило проводить регистрацию и консультировать пациентов по телефону, что должно предшествовать или заменять амбулаторные посещения. При общении с пациентом необходимо собрать как можно больше информации о его соматическом и психическом состоянии, установить наличие контактов с инфицированными лицами. Во время регистрации по телефону нужно предоставить пациенту всю необходимую информацию о графике работы медицинского учреждения, изменении формы доступа к медицинским услугам, рекомендациях органов общественного здравоохранения относительно мер противодействия пандемии. Необходимо информировать пациентов и их родственников о круглосуточной доступности неотложных служб, которыми можно воспользоваться в случае чрезвычайной ситуации.

Очное посещение больного следует назначать в критических клинических ситуациях, при необходимости назначения фармакологической терапии (например, внутримышечных препаратов длительного действия), при наличии юридических обязательств по опеке над пациентом. Очные посещения могут быть отложены в клинически стабильных состояниях, при хорошей приверженности лечению, при поддержке и контроле за выполнением лечебных рекомендаций со стороны

родственников, заинтересованности самого пациента в дистанционных консультациях.

Следует заранее планировать периодичность дистанционной связи пациента и специалиста, составлять четкое расписание сеансов, которое должно быть зафиксировано в медицинской документации. Нужно убедиться, что пациент понимает, что дистанционное общение призвано снизить риски распространения эпидемии, что пациент дает свое согласие на временную отмену очных посещений и перенос их в дистанционный формат.

Электронные медицинские записи должны содержать полную информацию о пациенте, информацию о регистраторе и расписании дистанционных консультаций.

Должен быть составлен определенный график ежедневных очных посещений врачей в амбулаторном звене, которые не могут быть отложены или отменены, чтобы избежать скопления людей в зонах ожидания.

Рассматриваемые рекомендации регламентируют также меры предупреждения возможного заражения COVID-19 во время оказания амбулаторных услуг [13, 15]. Так, специалисты на стойке регистрации должны использовать средства индивидуальной защиты, дезинфицирующие средства для рук и протирания поверхностей. Перед входом в здание пациенты должны получить рекомендации по использованию антисептика для рук и соблюдению социального дистанцирования внутри помещения. Каждый пациент должен заполнить чек-лист для оценки риска инфицирования COVID-19, чтобы предоставить данные о своем текущем состоянии здоровья, а специалист на стойке регистрации — проверить информацию о пациенте и уточнить причину визита в медицинское учреждение.

Необходимо обеспечить свободный и продуманный маршрут от входа в здание до зоны сортировки и зоны ожидания. В зоне ожидания должны быть созданы условия для обеспечения социального дистанцирования. Все зоны пребывания пациентов следует оборудовать памятками о необходимости соблюдения социального дистанцирования. Сопровождающим людям не рекомендуется заходить в медицинское учреждение вместе с пациентом. Исключение может быть сделано для лиц, ухаживающих за пациентами с тяжелыми физическими ограничениями.

Непосредственно перед посещением врача-специалиста пациент должен обработать руки антисептическим раствором. Врач обязан использовать средства индивидуальной защиты. Кабинеты и помещения должны регулярно проветриваться. Если у пациента имеются признаки подъема температуры или респираторных симптомов, необходимо выдать ему водостойкую хирургическую маску, а врач должен надеть одноразовый фартук и длинные перчатки.

При посещении пациентов на дому врач-психиатр должен предпринять все меры для снижения риска передачи вируса при обследовании пациента. Необходимо использовать одноразовый фартук, водостойкую медицинскую маску и длинные перчатки.

Групповые мероприятия как для пациентов, так и для членов их семей должны быть приостановлены до завершения пандемии. В качестве альтернативы могут быть предложены индивидуальные сеансы или семейные встречи.

Контакты между врачами разных подразделений должны быть приостановлены. При необходимости консилиумов и общих заседаний они должны проводиться дистанционно с использованием технологий телемедицины. Следует также сократить число сотрудников, работающих в одном отделении, для сохранения человеческих ресурсов в случае вспышки заболевания, это может быть достигнуто за счет разделения персонала на две команды с двухнедельными графиками работы и отдыха.

Прием в стационарные психиатрические отделения должен продолжаться со следующими корректировками [13].

Нужно ограничить новые поступления клиническими ситуациями, которые не могут быть отложены. У поступающих пациентов следует проверять состояние здоровья и осведомляться об эпидемических контактах в предыдущие 14 дней. Необходимо уведомлять пациентов о методах противоэпидемической безопасности и распространять печатные материалы с рекомендациями.

Пациент, находящийся в группе риска по заражению COVID-19, может быть принят только в случае, если учреждение может предоставить помещения для изоляции и средства индивидуальной защиты. Не следует допускать посетителей в медицинские учреждения кроме случаев, когда это необходимо. Следует создать условия для дистанционного общения пациентов с членами семьи.

Госпитализированные пациенты не должны покидать пределы отделения. В любом случае, пациенты с COVID-19 должны находиться отдельно от других людей до тех пор, пока тестирование не покажет, что они больше не являются инфицированными. Из-за потенциальной возможности быстрого распространения вируса и возникновения серьезных осложнений необходимо немедленно приступить к осуществлению профилактических мероприятий.

Независимо от модели, разработанной китайскими и итальянскими коллегами, в апреле 2020 г. Б.Д. Цыганковым была предложена маршрутизация психически больных в психиатрических стационарах России, включающая создание обсервационных, карантинных и инфекционных отделений (блоков) в психиатрических больницах и психиатрических отделениях в инфекционных больницах. Больных с хроническими психическими заболеваниями с нарушенным социальным поведением (несоблюдение режима самоизоляции и санитарно-эпидемических норм) было предложено госпитализировать в обсервационные отделения. На период эпидемии медицинский персонал рекомендуется перевести на сменную двухнедельную работу, чередующуюся с двухнедельным отдыхом, с проживанием в общежитиях при психиатрических больницах [16].

В США особое внимание было уделено раннему выявлению COVID-19. В частности, предложено проводить скрининг вновь госпитализированных пациентов психиатрических лечебниц на новый вирус SARS-CoV-2, что обусловлено необходимостью выявления пациентов с возможным бессимптомным вирусоносительством. Тестирование, по мнению авторов, является едва ли не единственным действенным методом в борьбе с увеличением новых случаев заражения, так как в данном случае нельзя надеяться на проявление симптоматики вируса как на диагностический признак или рассчитывать на сдерживающий потенциал самоизоляции. Высокий риск быстрого распространения инфекции в психиатрических больницах авторы статьи видят в особенностях близкого общения в ограниченном пространстве отделений, нехватке персонала и общем дефиците материальных ресурсов во многих лечебных учреждениях [17].

Данный подход был бы эффективным в случае существования тест-системы с высокой степенью достоверности, на практике же он оказался малорезультативным. Даже при оптимальных условиях современные диагностические тесты не позволяют достоверно выявлять всех инфицированных людей. По мере увеличения числа зараженных увеличивается и число ложноотрицательных результатов. Кроме того, каждую неделю создаются новые серологические, ПЦР-тесты, и это создает путаницу в их оценке. Возможно, поможет улучшить ситуацию тестирование на COVID-19 всех пациентов перед поступлением в стационар два раза (или более). Эта мера снизит долю ложноотрицательных результатов [17].

В любом случае, больные с SARS-CoV-2 должны оставаться отдельно от других пациентов до тех пор, пока тестирование не покажет, что они больше не являются инфицированными. Из-за потенциальной возможности быстрого распространения вируса

и возникновения серьезных осложнений необходимо немедленно приступить к осуществлению подобных профилактических мероприятий.

Помимо совершенствования комплекса противоэпидемических мер во время лечения больных психическими заболеваниями необходимо уделять внимание профилактике обострения психических заболеваний и развития новых психических расстройств. Пандемия и принимаемые в связи с этим меры (карантин, социальное дистанцирование и самоизоляция) могут оказывать пагубное воздействие на психическое здоровье населения. Одиночество и снижение социальных взаимодействий являются факторами риска развития или утяжеления ряда психических расстройств. Беспокойство о своем собственном здоровье и здоровье своих близких (особенно пожилых или страдающих от каких-либо соматических заболеваний), неуверенность в будущем могут порождать или усугублять страх, депрессию и тревогу. Непрерывное воздействие стрессовых факторов увеличивает риск серьезных психических нарушений преимущественно тревожного спектра, таких как панические атаки, обсессивно-компульсивное и посттравматическое расстройства [18].

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ И ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

По данным китайских ученых, оценка первичной психологической реакции населения на эпидемию в период с 31 января по 2 февраля 2020 г., всего через две недели после вспышки COVID-19 в Китае, выявила 53,8% респондентов, оценивших ее психологическое воздействие как умеренное или тяжелое, 16,5% сообщили о умеренно выраженных депрессивных симптомах, 28,8% — о умеренно выраженных тревожных симптомах и 8,1% — о умеренно выраженном уровне эмоциональной лабильности [19].

В Китае значительное внимание уделялось контролю за психологическим состоянием не только пациентов, но и медицинских работников. В одном из широких исследований приняли участие 1563 сотрудника больницы в Гуанчжоу. Наличие депрессии было выявлено в 50% наблюдений, тревожности — в 45%, бессонницы — в 36%. Связанные со стрессом симптомы были обнаружены у 73% респондентов [20].

Подобные тенденции отмечали и в других странах с высокой степенью распространения коронавирусной инфекции, например в Италии. Наряду с инфицированием большого количества медицинского персонала, нехватке кадров способствовали реакции профессионального выгорания и психического истощения [18].

Были выявлены определенные факторы, дезадаптивно влияющие на медицинский персонал, такие как быстрое распространение COVID-19 среди населения, тяжесть клинических проявлений заболевания, отсутствие полноценных знаний о способах его эффективного лечения, высокий уровень летальности. Стрессогенными факторами также выступали недостаток средств индивидуальной защиты, опасения по поводу невозможности обеспечить компетентную помощь в мобильных госпиталях, недостаточное количество лекарственных препаратов, аппаратов искусственной вентиляции легких и коек в отделениях интенсивной терапии, которые необходимы для ухода за пациентами, находящимися в критических состояниях. Были выявлены и другие факторы риска, в том числе значительные изменения в повседневной социальной и семейной жизни, чувство недостаточной поддержки со стороны государства, опасения по поводу собственного самочувствия, боязнь передать инфекцию членам семьи или другим людям, отсутствие повсеместного тестирования, изоляция, чувство неуверенности, социальная стигматизация, чрезмерная нагрузка. Из-за всех перечисленных факторов медицинские работники подвергались повышенному риску воздействия тяжелого стресса с проявлениями тревоги, депрессии, профессионального выгорания, алкоголизации и формирования посттравматического стрессового расстройства, что, возможно, будет иметь долгосрочные последствия в отношении психического здоровья медиков [21].

Данные психометрических исследований граждан и медицинского персонала выявили острую необходимость в противодействии развитию психических расстройств, возникающих во время и после эпидемии COVID-19. 26 января 2020 г. Национальная комиссия здравоохранения Китая разработала принципы экстренного психологического вмешательства, подчеркивая необходимость профилактики психических расстройств и предоставления первоочередной психиатрической помощи сотрудникам здравоохранения, работающим в «красных зонах». Рекомендации комиссии реализовались в создании горячих линий психологической поддержки, популяризации научной литературы по борьбе с острыми психологическими реакциями на стресс, повсеместном предоставлении возможности психиатрических консультаций и лечения [5].

В течение одного месяца шесть специализированных учреждений по охране психического здоровья опубликовали научно-популярные книги на тему «Психология устойчивости к эпидемиям». В сборник вошли «Руководство по общественной психологической самопомощи и консультированию на COVID-19», «Противоэпидемическая психолого-пандемическая самопомощь для всех», «Руководство по психологической защите учащихся начальных и средних школ и их родителей во время эпидемии». Для распространения информации о борьбе с психологическими кризисами широко использовались такие онлайн-платформы, как WeChat и TikTok [5].

Для снижения риска развития психических расстройств были предложены простые рекомендации общего характера [18, 22]:

- 1) ограничить стрессогенные информационные источники — полагаться только на официальные данные, ограничив время на поиск информации об эпидемии;
- 2) не допускать коммуникативную изоляцию — поддерживать общение с друзьями, членами семьи и близкими людьми, в том числе дистанционно, в случае недостаточной эффективности общения с близкими следует обращаться на профессиональные «телефоны доверия»;
- 3) поддерживать обычный распорядок дня — соблюдать режим сна и бодрствования и привычную диету;
- 4) сосредоточиться на пользе изоляции — этот переходный этап необходим, чтобы сберечь свое здоровье и защитить других людей, останавливая распространение COVID-19 и тем самым обеспечивая свое собственное будущее;
- 5) обратиться за профессиональной помощью, если последствия стресса становятся слишком травмирующими, психиатрическая служба должна быть готова к оказанию психологической, психиатрической консультативной помощи [18].

Для выявления вариантов психологических реакций населения на введение карантина и ситуацию со вспышкой заболевания в Китае был проведен ряд научных исследований, одно из которых выясняло различия в психологическом ответе жителей, напрямую пострадавших от вируса или карантина, и граждан, которые сталкивались с угрозой и ограничениями только опосредованно. Исследование проводилось с помощью дистанционного анкетирования, всего было опрошено 1593 человека. Для психометрической оценки респондентов использовались шкалы Занга для самооценки тревоги (SAS) и самооценки депрессии (SDS). Кроме того, оценивались осведомленность граждан о ситуации, их состояние здоровья, опасения и размер материального ущерба.

В результате выяснилось, что 77% респондентов считали, что получили полную и достаточную информацию о COVID-2019, 15% респондентов отметили, что понесли значительные экономические потери, 13% получили финансовую поддержку от государства, а 40% — психологическую поддержку и консультирование. В среднем распространенность тревоги составила 8%, депрессии — 15%. Распространенность тревоги и депрессии была значительно выше в затронутой карантином и вирусом группе и составляла 22 и 13% соответственно. Кроме того, с высоким уровнем депрессии и тревоги

были связаны район проживания, низкая самооценка состояния здоровья, беспокойство по поводу возможного заражения, экономические потери и неполучение финансовой поддержки. Младшая возрастная группа (< 30 лет) имела более высокие уровни тревожности и депрессии, чем старшая, студенческая группа — значительно более высокий уровень депрессии, чем другие группы. В группе с высоким средним уровнем дохода (более 9 тыс. юаней) уровень депрессии был значительно ниже, чем в группах с низким и средним уровнем дохода [23].

Анкетирование 263 респондентов в Цзиньчжоу (провинция Ляонин) и их оценка по шкале влияния травматического события (IES) показали, что средний балл IES у респондентов составил 13,6, что соответствовало умеренному стрессовому воздействию. Только 7,6% участников имели балл IES ≥ 26 , что соответствовало умеренному и тяжелому проявлению посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [24].

Доля проявления тревожных и депрессивных симптомов в Китае оказалась достаточно низкой по сравнению с подобными исследованиями во время других эпидемий. Например, 39% населения выражали беспокойство по поводу «птичьего» гриппа во Франции [25], 48% имели симптомы тревоги и депрессии после вспышки Эболы в Сьерра-Леоне [26], 16% чувствовали тревогу на ранней стадии вспышки гриппа H1N1 в Нидерландах [27]. Причины такого относительно низкого распространения тревожных и депрессивных расстройств могут, по-видимому, объясняться тем, что правительство Китая приняло быстрые и решительные меры для обеспечения чувства безопасности граждан, своевременно и полно сообщая об изменении ситуации с COVID-19, что стало эффективным способом уменьшения паники среди населения: у китайских граждан наблюдалась высокая осведомленность о способах профилактики и возможностях лечения коронавирусной инфекции, в стране была быстро создана система психологической помощи, что позволило не допустить ухудшения психологического состояния инфицированных людей [23].

Несмотря на активную борьбу ряда стран с уменьшением тревожной и депрессивной симптоматики у граждан, одним из глобальных последствий пандемии может стать то, что психиатрическим проблемам будет уделяться меньше внимания, чем соматическим и эпидемиологическим заболеваниям. Многие из психосоциальных и психических последствий пандемии в предстоящие месяцы будут рассматриваться только психиатрами и специалистами в области психического здоровья. Тем не менее существует вероятность резкого увеличения числа впервые выявленных психических расстройств и ухудшения состояния лиц с уже диагностированными заболеваниями в период после снятия карантинных мер [18].

Подобные опасения уже подтверждаются рядом клинических наблюдений: появляются первые публикации, описывающие вовлечение инфодемических переживаний в структуру бредовых расстройств у пациентов, находящихся в состоянии психоза [28]. Было отмечено увеличение числа пациентов с соматоформными расстройствами, которые по своим проявлениям могут имитировать соматические заболевания по типу вирусных инфекций, что приведет к чрезмерному и нерациональному использованию ресурсов системы здравоохранения в случаях, когда силы терапевтов будут направлены на лечение этих пациентов [29].

Неожиданные трудности могут возникать в среде пациентов, страдающих шизофренией и связанными с ней расстройствами. Бред, галлюцинации, девиантное поведение, когнитивные нарушения, плохое понимание ситуации, а также неблагоприятные демографические характеристики, такие как проживание в тесных, скученных условиях и бездомность, могут повышать риск инфицирования таких людей COVID-19. Кроме того, люди, страдающие шизофренией, имеют неблагоприятные прогностические факторы в виде более слабого физического здоровья, худшего

социально-экономического положения, повсеместной стигмы и дискриминации [6].

Соблюдение социального дистанцирования и уменьшение контактов с другими людьми приводит к уменьшению социальной поддержки и нарушению родственных связей, являющихся благоприятными прогностическими факторами выздоровления и последующей интеграции больных шизофренией в общество [30]. Кроме общения с родственниками ухудшается и взаимодействие больных шизофренией с клубами, интернатными мероприятиями, социальными проектами по реабилитации. Стабильные, интегрированные в общество пациенты без постоянной поддержки могут ухудшаться, десоциализироваться [6].

Кроме снижения качества психологической поддержки, может снизиться и качество оказания фармакологической терапии. Многие препараты, применяемые для лечения тяжелых форм шизофрении, требуют постоянного контроля показателей крови и уровней гормонов, что может вызывать определенные трудности в условиях загруженности биохимических лабораторий тестированием на COVID-19 [6].

Не стоит забывать и о рисках обострения психической симптоматики во время лечения от коронавирусной инфекции, которое сопровождается не только полной изоляцией больного, но и применением широкого спектра лекарственных препаратов, часть из них может вступать в неблагоприятные лекарственные взаимодействия с фармакологической терапией психического заболевания [31].

Кроме стресса, связанного с пандемией, и осложнений, вызванных противовирусной терапией, усугубить течение психотических расстройств может и сама инфекция COVID-19. Существуют исследования, свидетельствующие о возможном вкладе семейства коронавирусов в развитие психотических заболеваний. Так, уровень иммуноглобулинов G к коронавирусам HKU1 и NL63 был достоверно выше (HKU1, $p < 0,002$; NL63, $p < 0,00001$) у пациентов, страдающих шизофренией, чем у контрольной группы [32, 33].

Кроме того, существуют предположения, что новый вирус можно связать не только с психическими, но и с нейродегенеративными заболеваниями.

Ученые из университетов Бразилии предполагают, что SARS-CoV-2 является нейроинвазивным вирусом, способным вызвать цитокиновый «шторм» с устойчивыми эффектами в некоторых отдельных популяциях. Хотя эта гипотеза довольно туманна, все же они считают, что воздействие инфекции SARS-CoV-2 следует рассматривать как потенциальную причину возникновения и прогрессирования нейродегенеративных и нервно-психических заболеваний. Во избежание критической ситуации исследователи призывают более тщательно исследовать когнитивные и нейропсихологические показатели у переболевших COVID-19 [33, 34].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эпидемия COVID-19 одновременно стала и эпидемией страха, тревоги и депрессии, накрыв волной паники все слои населения. Практически весь мир сейчас испытывает напряжение и пребывает в неизвестности. Однако кризис никогда не затрагивают всех людей одинаково. У людей с ранее существовавшими психическими заболеваниями психоэмоциональные реакции могут приводить к дезадаптации и рецидивированию психических расстройств. У медицинского персонала, непосредственно работающего с COVID-19, возможно развитие тревоги, депрессии, профессионального выгорания, алкоголизации и формирование ПТСР [35].

Несмотря на очевидную востребованность психиатрической помощи, большинство психиатрических стационаров в странах, подверженных эпидемии, испытывает значительный недостаток коечного фонда, что не позволяет организовать полноценную маршрутизацию пациентов и обеспечить разделение инфицированного и

неинфицированного потока. На случай эпидемии каждый стационар должен располагать резервным коечным фондом, который в спокойное время может быть использован в целях реабилитации и социализации пациентов. Необходимо обеспечить стационары достаточным количеством тестов, лекарственных препаратов и средств индивидуальной защиты. Амбулаторным пациентам необходимо в полном объеме предоставить доступ к медикаментозной и психотерапевтической терапии с привлечением технологий телемедицины для минимизации риска инфицирования. Необходимо реструктурировать время приема врачей, введя работу по сменному графику — две недели через две, что не только обеспечит полноценный отдых, но и позволит врачам проходить карантин после каждой смены.

Такую проблему, как пандемия COVID-19, невозможно решить без комплексного подхода к ситуации, но своевременное следование всем рекомендациям, основанным на опыте зарубежных коллег и наших собственных наблюдениях, поможет сократить число заболевших, предотвратить прогнозируемую вспышку психических расстройств, а также ускорить выход из сложившейся чрезвычайной ситуации.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Поисково-аналитическая работа проведена на личные средства авторского коллектива.

Конфликт интересов. Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Участие авторов. Б.Д. Цыганков — концепция, написание и редактирование, одобрение рукописи к публикации; Г.Р. Иванова — написание и редактирование; Д.А. Шелег, В.И. Савенкова — поиск литературных источников, технический перевод, обработка материала, оформление статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization, Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Published online 2020.
2. Xiang Y, Ng C, Yu X, Wang G. Rethinking progress and challenges of mental health care in China. *World Psychiatry*. 2018;17:231–232. doi.org/10.1002/wps.20500.
3. Xiang Y, Zhao Y, Liu Z, et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *Int J Biol Sci*. 2020;16(10):1741–1744. doi.org/10.7150/ijbs.45072.
4. Ng C, Ma H, Yu X, et al. China-Australia-Hong Kong tripartite community mental health training program. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2009;1:90–97. doi.org/10.1111/j.1758-5872.2009.00021.x.
5. Wang Y, Zhao X, Feng Q, et al. Psychological assistance during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *J Heal Psychol*. 2020;25(6):733–737. doi.org/10.1177/1359105320919177.
6. Kozloff N, Mulsant B, Stergiopoulos V, Voineskos A. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull*. doi.org/10.1093/schbul/sbaa051. Published online 2020.
7. Zhu Y, Chen L, Ji H et al. The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. *Neurosci Bull*. 2020;36(3):299–302. doi.org/10.1007/s12264-020-00476-9.

8. Javelot H, Llorca P, Drapier D, et al. Informations relatives aux psychotropes et à leurs adaptations éventuelles pour les patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *L'Encephale*. 2020. doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.006.
9. Shinn A, Viron M. Perspectives on the COVID-19 Pandemic and Individuals With Serious Mental Illness. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3). doi.org/10.4088/jcp.20com13412.
10. Цыганков Б.Д., Агасарян Э.Г. Сравнительная эффективность терапии типичными и атипичными антипсихотиками // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2010. — Т. 110. — № 9. — С. 83–86. [Tsygankov BD, Agasaryan EG. The Comparative Efficacy of Therapy with Typical and Atypical Antipsychotics. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2010;110(9):38–86. (In Russ.)]
11. Цыганков Б.Д., Агасарян Э.Г. Анализ эффективности и безопасности современных и классических антипсихотических препаратов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2006. — Т. 106. — № 9. — С. 64–70. [Tsygankov BD, Agasaryan EG. An Analysis of Efficacy and Safety of Modern and Classical Antipsychotic Drugs. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2006;106(9):64–70. (In Russ.)]
12. Цыганков Б.Д., Агасарян Э.Г., Зыкова А.С. Антипсихотические препараты и их влияние на углеводный обмен у пациентов с расстройствами шизофренического спектра // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2014. — Т. 114. — № 5. — С. 86–91. [Tsygankov BD, Agasaryan EG, Zyкова AS. Antipsychotic Drugs and Their Influence on the Carbohydrate Metabolism in Patients with Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2014;114(5):86–91. (In Russ.)]
13. Starace F, Ferrara M. COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29(e116):1–4. doi: 10.1017/S2045796020000372.
14. World Health Organization European Health Information Gateway. Available from: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_488-5070-psychiatric-hospital-beds-per-100-000. 2020.
15. D'Agostino A, Demartini B, Cavallotti S, Gambini O. Mental health services in Italy during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):385–387. doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30133-4.
16. Цыганков Б.Д. Проект организации психиатрической помощи в условиях пандемии // *Главврач*. — 2020. — Т. 4. — С. 2–4. [Tsygankov BD. Proekt organizacii psichiatricheskoy pomoshchi v usloviyakh pandemii. *GlavVrach*. 2020;(4):2–4 (In Russ.)]
17. Benson NM, Öngür D, Hsu J. COVID-19 Testing and Patients in Mental Health Facilities. *The Lancet Psychiatry*. 2020. doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30198-x.
18. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):32. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.35
19. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Env Res Public Health*. 2020;17(5):1729. doi.org/10.3390/ijerph17051729.
20. Liu S, Yang L, Zhang C, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17–e18. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8.
21. El-Hagea W, Hingray C, Lemogned C, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*. doi: 10.1016/j.encep.2020.04.008. Published online 2020.

22. Yahya A, Khawaja S, Chukwuma J. The Impact of COVID-19 in Psychiatry. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2020;22(2):2010–2627.
23. Lei L, Huang X, Zhang S, et al. 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. *Med Sci Monit*. 2020;26:1–12. doi: 10.12659/msm.924609.
24. Zhang Y, Ma Z. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: a Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):1–12. doi: 10.3390/ijerph17072381.
25. Saadatian-Elahi M, Facy F, Del Signore C, Vanhems P. Perception of epidemic's related anxiety in the General French Population: a cross-sectional study in the Rhne-Alpes region. *BMC Public Health*. 2010;10(191). doi: 10.1186/1471-2458-10-191.
26. Jalloh MFMB, Li W, Bunnell RE, et al. Research article Perception of epidemic's related anxiety in the General French Population: a cross-sectional study in the Rhône-Alpes region. *BMC Public Health*. 2011;10(1):1–11. doi: 10.1186/1471-2458-11-2.
27. Bults M, Beaujean D, de Zwart O, et al. Perceived risk, anxiety, and behavioural responses of the general public during the early phase of the Influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands: results of three consecutive online surveys. *BMC Public Health*. 2011;11(1). doi: 10.1186/1471-2458-11-2.
28. Ovejero S, Baca-García E, Barrigón M. Coronavirus infection as a novel delusional topic. *Schizophr Res*. 2020. doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.009.
29. Colizzi M, Bortoletto R, Silvestri M. Medically unexplained symptoms in the times of Covid-19 pandemic: a case-report. *Brain, Behav Immun*. 2020. doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100073.
30. Townley G, Miller H, Kloos B. A little goes a long way: the impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *Am J Community Psychol*. 2013;52(1–2):84–96. doi.org/10.1007/s10464-013-9578-2.
31. Cheng S, Tsang J, Ku K, et al. Psychiatric complications in patients with severe acute respiratory syndrome (SARS) during the acute treatment phase: a series of 10 cases. *Br J Psychiatry*. 2004;184:359–360. doi.org/10.1192/bjp.184.4.359.
32. Severance E, Dickerson F, Viscidi R, et al. Coronavirus immunoreactivity in individuals with a recent onset of psychotic symptoms. *Schizophr Bull*. 2011;37(1):101–107. doi.org/10.1093/schbul/sbp052.
33. Troyer E, Kohn J, Hong S. Are We Facing a Crashing Wave of Neuropsychiatric Sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric Symptoms and Potential Immunologic Mechanisms. *Brain Behav Immun*. 2020. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.027.
34. Serrano-Castro P, Estivill-Torrús G, Cabezudo-García P, et al. Impact of SARS-CoV-2 Infection on Neurodegenerative and Neuropsychiatric Diseases: A Delayed Pandemic? *Neurologia*. 2020. doi: 10.1016/j.nrleng.2020.04.002.
35. Yao H, Chen J, Xu Y. Patients with Mental Health Disorders in the COVID-19 Epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e21. doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30090-0.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Цыганков Борис Дмитриевич, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН [**Boris D. Tsygankov**, MD, PhD, Professor]; **адрес:** Москва, ул. 8 Марта, д. 1 [**address:** 1 March 8 str., Moscow, Russia]; **e-mail:** boristsygankov@yahoo.com, **SPIN-код:** 5082-9778, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-0180-1267>

Иванова Галина Романовна, к.м.н., доцент [**Galina R. Ivanova**, Candidate of Medical

Sciences, Associate Professor]; **e-mail:** ivanova.gr.omko@yandex.ru, **SPIN-код:** 1359-2213, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6252-7380>

Шелег Дмитрий Александрович [Dmitry A. Sheleg]; e-mail: sheleg-da@mail.ru, **SPIN-код:** 6613-0222, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-2903-4664>

Савенкова Валерия Игоревна [Valeria I. Savenkova]; e-mail: savva9806@yandex.ru, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-8381-5445>

In Press