

Депрессии в период пандемии COVID-19 (разборы клинических случаев)

Дороженок И.Ю.^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва; ²ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва
¹Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2; ²Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34

В настоящее время в различных регионах планеты выявляется обусловленный воздействием коронавирусной инфекции многократно повышенный в сравнении с предыдущими годами уровень распространенности депрессивных и тревожных расстройств. Среди предикторов их развития в условиях пандемии фигурируют: симптомы COVID-19, наличие в анамнезе психических расстройств, ограничительные меры, финансовые потери.

Представлены три клинических случая депрессивных расстройств в период пандемии COVID-19 с описанием анамнеза, соматического и психического статуса, психопатологической квалификации состояния, обоснованием схемы терапии. Многофакторное стрессогенное воздействие пандемии COVID-19 спровоцировало эскалацию депрессии у пациента с аффективным расстройством в анамнезе; развитие нозогенной депрессивной реакции деморализации у пациентки с коронавирусной пневмонией; утяжеление течения соматизированной дистимии у пациентки инволюционного возраста. Своевременное распознавание и лечение депрессии современными антидепрессантами способствовали достижению качественной ремиссии, повышению устойчивости к стрессу и улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: депрессия; COVID-19; стресс; нозогенная реакция; дистимия; антидепрессанты; милнаципран.

Контакты: Игорь Юрьевич Дороженок; idoro@bk.ru

Для ссылки: Дороженок ИЮ. Депрессии в период пандемии COVID-19 (разборы клинических случаев). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021; 13(1):81–86. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-1-81-86

Depression during the COVID-19 pandemic (analysis of clinical cases)

Dorozhenok I. Yu.^{1,2}

¹I.M. Sechenov First Moscow Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow; ²Mental Health Research Center, Moscow
¹8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow 119991, Russia; ²34, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia

Currently, in various world regions, the prevalence of depressive and anxiety disorders due to the impact of coronavirus infection is repeatedly increased compared to that in previous years. Among the predictors of their development during the pandemic, there are COVID-19 symptoms, a history of mental disorders, as well as restrictive measures, and financial losses.

The paper describes three clinical cases of depressive disorders during the COVID-19 pandemic, with the depiction of the anamnesis, somatic and mental status, the pathopsychological qualification of the condition, and the justification of a therapy regimen. The multifactorial stressor effect of the COVID-19 pandemic has provoked an exacerbation of depression in a male patient with a history of affective disorder; the development of a nosogenic depressive reaction of demoralization in a female patient with coronavirus pneumonia; the worsening of somatization dysthymia in a female patient of involutional age. The timely recognition of depression and its treatment with currently available antidepressants have contributed to the achievement of high-quality remission, the increase of stress resistance, and the improvement of quality of life in the patients.

Keywords: depression; COVID-19; stress; nosogenic reaction; dysthymia; antidepressants; milnacipran.

Contact: Igor Yuryevich Dorozhenok; idoro@bk.ru

For reference: Dorozhenok IYu. Depression during the COVID-19 pandemic (analysis of clinical cases). Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2021; 13(1):81–86. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-1-81-86

Результаты крупных национальных эпидемиологических исследований отражают общие особенности воздействия коронавирусной инфекции на популяцию в различных регионах планеты. Прежде всего, выявляется многократно повышенный в сравнении с предыдущими годами уровень распространенности депрессивных (без учета нозологической принадлежности) и тревожных расстройств, а также регистрируются предикторы их развития в условиях пандемии. Среди последних фигурируют: симптомы COVID-19; наличие в анамнезе психических

расстройств; ограничительные меры (карантин, изменение режима и задержки с возвращением к работе); финансовые потери [1, 2].

Приводим три клинических наблюдения.

Стрессогенная эскалация рекуррентной депрессии на фоне пандемии коронавируса

Пациент К., 44 лет, научный сотрудник. Семейный анамнез: мать, 67 лет, преподаватель истории. Страдает де-

прессиями, дважды лечилась в психиатрической клинике. Дядя по линии матери покончил с собой в 41 год, злоупотреблял алкоголем, особенно в периоды мрачного, угрюмого настроения, продолжающиеся по несколько месяцев, к врачам не обращался, несмотря на настояния родственников.

Пациент родился от нормально протекавших беременности и родов. Рос тихим, спокойным, послушным, ответственным ребенком. В школе учился хорошо, к общественной работе не стремился, имел несколько друзей. Любил порядок, был пунктуален и педантичен в делах. Ему нравилось читать приключенческую и историческую литературу, устраивать баталии с солдатами по сюжетам прочитанных книг. После школы, по совету матери, окончил историко-архивный институт, поступил в аспирантуру, затем перешел на должность научного сотрудника. Увлекался отечественной историей эпохи Средневековья, посещал с экскурсиями древние города, где и познакомился с будущей женой. В 27 лет женился, вскоре родилась дочь. В семье складывались неплохие взаимоотношения. Свободное время проводил в клубе исторической реконструкции.

В марте 2006 г. (в возрасте 30 лет), вне связи со стрессогенными факторами, впервые стойко снизилось настроение, появились подавленность, апатия, слабость, плохой сон, навязчивое самокопание, перестал справляться с работой. Обратился к психотерапевту и был направлен в клинику Научного центра психического здоровья (НЦПЗ), где прошел курс стационарного лечения. Добросовестно принимал в течение полугода поддерживающую терапию мапротилином, несмотря на сухость во рту и небольшую прибавку массы тела. В последующем сходные депрессивные состояния, потребовавшие госпитализации, отмечались весной 2011 и 2019 гг. После выписки в мае 2019 г. поддерживающую терапию пароксетином принимал всего 1,5 мес из рекомендованных 6 мес вследствие проблем с потенцией и претензий со стороны супруги. С работой справлялся, социальная активность не снижалась. Однако в апреле 2020 г., на фоне развития пандемии коронавирусной инфекции, перехода на самоизоляцию, снижения доходов семьи, вновь появились слабость, апатия, трудности концентрации, навязчивое самокопание. Нарастала подавленность, нарушился сон. Самостоятельно обратился в клинику НЦПЗ. При соматическом и неврологическом обследовании патологии не выявлено.

Психическое состояние: выглядит по возрасту. Заторможен, гипомимичен. Жалуется на подавленность, уныние, упадок сил, тяжесть в конечностях, апатию, безрадостность, снижение либидо, трудности концентрации, нарушения засыпания в течение примерно 1 ч каждую ночь, беспокойный сон, не приносящий отдыха. Хуже чувствует себя утром, «залеживается», не может включиться в дела. Отмечает снижение активности, интереса к окружающей среде. Даже мысли и напоминания о любимых увлечениях военно-исторической литературой и реконструкцией не вызывают душевного отклика. Высказывает идеи виновности с навязчивым анализом прошлой жизни, в которой выискивает различные проступки. Суицидальных мыслей не выявляется. С трудом справляется с повседневными обязанностями, не может работать даже в удаленном режиме. Аппетит снижен, «пища не имеет вкуса», пациент заставляет себя есть, похудел за последний месяц на 4 кг. Осознает, что болен депрессией, настроен на лечение. Выраженной тревоги и опасений по поводу возможного заражения

COVID-19 не испытывает, развитие очередной депрессии «прежде обычного срока» связывает с влиянием «патологической атмосферы в обществе, нагнетаемой средствами массовой информации, финансовой и производственной неопределенности».

Состояние значительно улучшилось на фоне купирующей терапии в течение 1,5 мес: милнаципран (Иксел®) 200 мг (с быстрой титрацией суточной дозы от 50 мг); хлорпропиксен 30 мг на ночь (2 нед). Выровнялось настроение, редуцировались идеи самообвинения, ангедония, слабость, когнитивные нарушения, наладился сон, нормализовался аппетит, восстановилась масса тела. Вернулись активность, оптимизм, интерес к увлечениям. Перешел частично на очный режим работы. Выписан на поддерживающей терапии (милнаципран 100 мг/сут первые 3 мес, затем 50 мг/сут), которую принимает по настоящее время — в течение полугода. Нежелательных явлений на фоне терапии милнаципраном не отмечалось (в анамнезе, при приеме пароксетина, — сексуальные дисфункции).

Состояние определяется эндогенной апато-адинамической депрессией непсихотического уровня с преобладанием подцидных суточных ритму депрессивных проявлений: подавленность, апатия, адинамия, астения, ангедония, конгруэнтные знаку аффекта кататимные образования (идеи вины, моральной ответственности), заниженная самооценка с представлениями о собственной никчемности, когнитивные нарушения. Заболевание манифестировало аутохтонно в возрасте 30 лет у личности ананкастного круга (кластер С). В пользу аффективного заболевания свидетельствует ряд признаков: динамика расстройств в форме депрессивных фаз с типичными витальной и идеаторной составляющими; их сезонный характер (весенние экзацербации); отсутствие симптомов психотического регистра, расстройств мышления и процессуальных изменений личности; сохранная социальная адаптация; наследственный анамнез (непсихотические депрессии у матери; депрессии с дипсоманиями и суицидом у дяди).

Диагноз по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): «F33.2. Рекуррентное депрессивное расстройство. Большой депрессивный эпизод без психотических симптомов».

Рассмотренный случай свидетельствует о вероятной стрессогенной экзацербации рекуррентной депрессии уже через год после предыдущего депрессивного эпизода и соотносится с данными о том, что лица с аффективными расстройствами в анамнезе оказались более уязвимы к травматическому стрессу и социально-экономическим последствиям пандемии коронавирусной инфекции, чем не страдающие психическими расстройствами [3–5]. В отличие от результатов сравнительного исследования воздействия пандемии на страдающих и не страдающих психическими расстройствами [6], в представленном случае не выявлено коморбидной тревожно-фобической и сенеосто-ипохондрической симптоматики, а также суицидальных тенденций как в предшествующем депрессии периоде, так и в текущем депрессивном эпизоде, развившемся в условиях пандемии.

На фоне монотерапии милнаципраном — современным антидепрессантом двойного действия с первичным ак-

тивирующим эффектом — в высокой суточной дозировке, соответствующей клиническому типу и тяжести депрессии, регистрировалась отчетливая редукция как гипотимических, так и апато-динамических проявлений депрессии. Сочетание эффективности с хорошей переносимостью препарата обеспечило высокий уровень социального функционирования пациента и в ходе поддерживающей терапии, которую планируется проводить до 1 года в связи с учащением эксацербаций в динамике аффективного заболевания. В данном наблюдении комбинация с «малым» антипсихотиком хлорпротиксеном на этапе купирующей терапии была обусловлена необходимостью симптоматического воздействия на отдельные гиперестетические проявления депрессивного синдрома, включая раннюю и среднюю инсомнию.

Нозогенная депрессивная реакция деморализации на фоне коронавирусной пневмонии

Пациентка Л., 31 года, сотрудник страховой компании. Наследственность психопатологически неотягощена. Пациентка росла тревожной, боязливой, гиперответственной. В детстве отмечался страх темноты. Всегда слушалась родителей и учителей. Училась хорошо, но при ответах всегда волновалась и краснела, путала слова. Зато ее ставили в пример другим детям за грамотность и аккуратность почерка. Вне школы время проводила в основном дома за чтением книг, просмотром познавательных программ, ходила погулять с подругами недалеко от дома. В общении с молодыми людьми никогда не проявляла инициативу. В 17 лет стала встречаться с одноклассником из интеллигентной семьи, который давно нравился. Очень беспокоилась из-за вступительных экзаменов на филфак МГУ, проводила за занятиями практически все время. Не могла унять тревогу из-за опасений, что не поступит, а молодой человек найдет ей замену. Плакала и искала поддержки у близких, считая себя никчемной и глупой, но в университете поступила успешно и сразу получила предложение о замужестве. По окончании университета устроилась работать в международную страховую компанию. Семейная жизнь сложилась удачно, родила двух детей. Беременности и роды протекали без патологии.

В марте 2020 г., через 8 дней после того как пациентка с мужем вернулись из Австрии, появились сильный кашель, затруднение дыхания и подъем температуры до фебрильных значений. Вызвала бригаду скорой медицинской помощи, были взяты образцы выделений из носоглотки, так как симптоматика совпала с проявлениями COVID-19. Диагноз был подтвержден ПЦР-тестом, пациентку экстренно госпитализировали в ковидное отделение городского стационара, где была выявлена двусторонняя очаговая пневмония; изменения при компьютерной томографии (КТ) легких соответствовали степени КТ2 (среднетяжелое течение без необходимости реанимационных мероприятий). Вначале воспринимала произошедшее с ней как кошмарный сон, отказывалась верить пугающему диагнозу. Затем полностью погрузилась в тему болезни, целыми днями читала в интернете статьи о коронавирусе, отслеживала статистику заразившихся и умерших пациентов. Появились подавленность, плаксивость, ощущение бесперспективности лечения. При этом объективно неплохо переносила массивную

терапию и шла на поправку. В ходе лечения не отмечалось страха смерти от коронавируса, тревожные опасения ассоциировались с возможными негативными социальными последствиями. Несмотря на существенное улучшение соматического статуса и подготовку к выписке, стала реже вставать с кровати, начала отказываться от еды. Была консультирована психиатром.

Психическое состояние: движения замедлены. На вопросы отвечает пассивно. Отмечает плаксивость, слабость, отсутствие аппетита, поверхностный сон, трудности концентрации. Связывает свое угнетенное состояние с фактом заражения «страшным неистребимым вирусом». Испытывает чувство вины за то, что могла заразить кого-то из членов семьи и коллег на работе, что ее никогда не смогут за это простить, если выздоровеет. Переживает, что муж больше не будет относиться к ней как прежде, потому что она спланировала отпуск в Европе и не подумала о вирусе заранее, а также подвергла опасности двух маленьких детей. На фоне госпитализации чувствует свое полное одиночество. Даже переписка по телефону и ответы на звонки близких кажутся непосильно трудными и не приносят радости. Суицидальные мысли отрицает. Очень хочет выздороветь и вернуться к мужу и детям, но пока не верит в благоприятный исход заболевания и не ждет ничего хорошего от будущего.

На фоне терапии милнаципраном (Иксел®) в течение 3 мес (50–50–0 мг/сут, с постепенной титрацией стартовой дозы от 25 мг/сут и постепенным снижением перед отменой препарата), наряду с психотерапией и под контролем динамики соматического статуса после перенесенной коронавирусной пневмонии, состояние полностью нормализовалось. В течение первых 3 нед лечения улучшилось настроение, редуцировались безрадостность, апатия, плаксивость, мысли о бесперспективности, наладился сон. Восстановились чувства к близким и повседневная активность.

Состояние определяется нозогенной депрессивной реакцией деморализации, обусловленной COVID-19 среднетяжелого течения у тревожно-мнительной личности (кластер С). В статусе доминируют гипотимия с отчаянием, апатией, нарушениями сна, аппетита, притуплением эмоций, беспомощностью, обусловленной невозможностью самостоятельно совладать с проявлениями смертельно опасного заболевания. В идеаторной сфере фигурируют сопряженные с глобально деморализующим нозогенным комплексом идеи собственной несостоятельности, никчемности с пессимистическим восприятием перспектив. При этом депрессивная реакция не соответствует критериям депрессивного эпизода благодаря непосредственной связи с фактом заражения коронавирусной инфекцией, доминирующему в клинической картине нозогенному комплексу, а также отсутствию витальных нарушений.

Диагноз по МКБ-10: «F43.8. Расстройство адаптации. Нозогенная депрессивная реакция».

По аналогии с представленным случаем, зарубежные исследователи сообщают о высокой частоте обусловленного COVID-19 посттравматического стресса у клинически стабильных пациентов еще до выписки из стационара [7], а также высокий процент расстройств адаптации и депрессий после выписки [8, 9]. Рассматривая механизмы форми-

рования тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с COVID-19, итальянские исследователи наряду с психогенными факторами (социальная изоляция, психологическое воздействие нового тяжелого и потенциально смертельного заболевания, опасения по поводу заражения других и стигматизация) отводят важную роль биологическим факторам, прежде всего общему иммунному ответу, маркером которого служит базовый индекс системного иммунного воспаления [10].

Выбор милнаципрана определялся как клинической картиной нозогенной депрессии, так и благоприятным для психосоматической практики спектром лекарственных взаимодействий за счет внепеченочного метаболизма у перенесшей коронавирусную пневмонию и получающей массивную соматотропную терапию пациентки. Постепенное наращивание суточной дозы от минимальной стартовой (25 мг) до эффективной (100 мг) соответствует общим требованиям психофармакотерапии при COVID-19. Единственное исключение на сегодняшний день составило новое двойное слепое рандомизированное исследование, проведенное в США, в котором были выявлены дополнительные соматотропные свойства другого современного антидепрессанта — флувоксамина — как средства профилактики осложнений и борьбы с коронавирусом у инфицированных лиц. Здесь проводилось быстрое наращивание суточной дозы до максимальной (300 мг), что, по мнению авторов, позволяет задействовать широкий противовирусный потенциал сигма-1-рецепторов флувоксамина [11].

Соматизированная дистимия в инволюционном возрасте в условиях карантина

Пациентка М., 52 лет, косметолог-визажист, владелица косметического салона. Семейный анамнез: дочь — студентка, страдает депрессиями, наблюдается у психиатра. Пациентка родилась в ближнем Подмосковье от нормально протекавших беременностей и родов. Росла активной, любознательной, с богатым воображением, стремилась оказаться в центре внимания, получать похвалу. С удовольствием занималась общественной работой. Посещала театральные, танцевальные и художественные кружки. Окончила педагогический институт. Работала в детском саду, где ей нравилось рисовать и оформлять наглядные пособия для детей. Познакомившись с молодым человеком, была инициатором быстрого развития отношений, завершившихся заключением брака. В 27 лет купили квартиру, автомобиль, но начались семейные конфликты. Спорила по поводу прав на совместно нажитое имущество, сходилась и расходилась с мужем несколько раз, с истериками, битьем посуды. В 29 лет забеременела, отношения в семье окончательно разладились на фоне измены мужа. Оформила развод, когда дочери было 8 мес. Отмечала снижение настроения, была плаксива, раздражалась по любому поводу. Прокручивала мысли, что ее бросили, ревновала к новой возлюбленной мужа. Состояние длилось 2 мес и вскоре разрешилось, как только бывший муж согласился на ее условия раздела имущества.

Через год освоила новую профессию косметолога, в которой нашла приложение своим художественным способностям. В день принимала много клиентов, работать нравилось, но сильно уставала. Стали появляться слабость в те-

ле, ломота и напряжение мышц в течение нескольких дней. Ходила по врачам, считала, что причина в герпесной инфекции, которая эпизодически беспокоила с детства, однако обследования результатов не дали. Эпизоды телесного неблагополучия, нерегулярно персистируя, отмечались до последнего времени. Открыла и успешно развивала собственное дело (косметический салон), стала вести курсы, преподавала неинвазивные методики. Продолжала принимать клиентов и заниматься любимым делом. После нескольких неудачных попыток построить отношения с мужчинами стала встречаться с постоянным партнером, но замуж не стремилась.

В весны 2018 г. участились состояния ломоты, слабости, дрожи в теле, нерезко снизилось настроение, нарушился сон. В марте 2020 г., на фоне стресса, связанного с введением режима самоизоляции, существенными финансовыми потерями, угрозой разорения бизнеса вследствие принудительного закрытия салона на период карантина, симптоматика резко усилилась. С начала апреля в течение 1 мес по совету психотерапевта принимала мirtазапин 7,5 мг на ночь, этифоксин 50 мг 3 раза в день без эффекта. Решила обратиться к психиатру. При соматическом и неврологическом обследовании патологии не выявлено.

Психическое состояние: выглядит моложе своего возраста. Одето опрятно, волосы уложены, на лице макияж и признаки умеренных пластических вмешательств. Гипомимична. Выражение лица жалобное, близко слезы. Сидит в однообразной статичной позе, эффектно подчеркивающей стройную фигуру. Пытается вызвать сочувствие, жеманно спрашивает, нет ли у нее тяжелого психического заболевания.

Жалуется на постоянное ощущение ломоты в мышцах, гудения, вибрации в теле, физической немоции, усиливающихся после стрессов или напряженной работы. Эпизодически отмечает появление кома в горле. Фон настроения нерезко, но стойко снижен с безрадостностью, апатией, мыслями о безысходности, бесперспективности, «плачевном» состоянии здоровья. Опасается, что даже при успешном лечении боль в мышцах и слабость вернутся после карантина, и заранее готовится к ним. Аппетит в норме. Сон нарушен, часто просыпается среди ночи. Суицидальных мыслей не выявляет. Отмечает, что легко раздражается, появились нервозность, плаксивость, несвойственная ранее сентиментальность. Стала задумываться о надвигающейся старости, о возможных тяжелых болезнях у себя и близких. Отмечает, что такое состояние мешает справляться с работой, так как она не может правильно выстроить рабочий процесс и «собрать себя в кулак». Не без гордости рассказывает о себе, достижениях в бизнесе и успехах в воспитании дочери. Себя характеризует как общительную, обаятельную, предприимчивую, при этом творческую натуру.

На фоне амбулаторной купирующей терапии: милнаципран (Иксел®) 100–50–0 мг (3 мес); мirtазапин 15 мг на ночь (2 нед) — состояние постепенно улучшилось. Выровнялось настроение, наладился сон, исчезли слабость и болевые ощущения в мышцах, вернулись уверенность в своих силах и оптимизм. Стала активно вести онлайн-семинары и блог по косметологии, смогла сохранить косметический салон и штат сотрудников, воспользовавшись льготами для малого бизнеса. По настоящее время (в течение 4 мес) принимает поддерживающую терапию: милнаципран: 25–25–0 мг.

Состояние определяется затяжной соматизированной депрессией дистимического круга в инволюционном возрасте у гистрионной личности (кластер В). На фоне нерезко выраженной гипотимии с инсомнией в клинической картине преобладает соматизированная (полиморфные миалгии), неврастеническая и нестойкая конверсионная симптоматика наряду с кататимно окрашенными переживаниями о финансовом благополучии и собственном здоровье в связи с пандемией коронавируса в условиях карантина.

Диагноз по МКБ-10: «F34.1. Дистимия».

Среди наиболее значимых стрессогенных факторов, провоцирующих развитие либо утяжеляющих течение психических расстройств при COVID-19, во многих исследованиях фигурируют карантин и финансовые потери [12, 13]. Имеются также указания на значимость выявившихся в ближайшем анамнезе пациентов с депрессией в период пандемии физических симптомов (включая астению и различные алгии) [14], как и в нашем случае с миалгиями. Однако, в отличие от работ, регистрирующих большую уязвимость в отношении депрессии молодежи на фоне карантинных ограничений и финансовой нестабильности [15, 16], наша пациентка находится в инволюционном возрасте.

Выбор милнаципрана в качестве базового антидепрессанта обусловлен поливалентным спектром его психофармакологической активности: сочетание выраженного антидепрессивного эффекта с антиастеническим (со

стартовой дозировки), а также антиалгическим и анксиолитическим (со средней суточной дозировки в 100 мг, когда включается двойной механизм действия препарата). Сохранение в схеме минимальной дозы ранее назначенного психотерапевтом мirtазапина на начальном этапе купирующей терапии в качестве седативного «средства прикрытия» позволило достаточно быстро нарастить дозировку милнаципрана до эффективной без нежелательных явлений в амбулаторном режиме. Учитывая особенности динамики и клинической картины соматизированной дистимии в инволюционном периоде у личности драматического кластера на фоне продолжающейся пандемии, а также хорошую переносимость препарата, по завершении купирующего этапа показан курс поддерживающей (9 мес) терапии милнаципраном.

Заключение

В представленных случаях рассмотрены клинические аспекты участия стрессогенных факторов пандемии COVID-19 в развитии и психопатологической структуре различных типов депрессии (рекуррентной, нозогенной, дистимической). Залогом оказания успешной специализированной помощи является адекватная синдромальная и нозологическая квалификация депрессии в период пандемии, а также терапия современными и безопасными антидепрессантами первого ряда с учетом сопутствующей соматотропной терапии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. McCracken LM, Badinlou F, Buhrman M, Brocki KC. Psychological impact of COVID-19 in the Swedish population: Depression, anxiety, and insomnia and their associations to risk and vulnerability factors. *Eur Psychiatry*. 2020 Aug 26;63(1):e81. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.81
2. Shi L, Lu ZA, Que JY, et al. Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020 Jul 1;3(7):e2014053. doi: 10.1001/jamanet-workopen.2020.14053
3. Asmundson GJG, Paluszek MM, Landry CA, et al. Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? *J Anxiety Disord*. 2020 Aug;74:102271. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102271. Epub 2020 Jul 7.
4. Iob E, Frank Ph, Steptoe A, Fancourt D. Levels of Severity of Depressive Symptoms Among At-Risk Groups in the UK During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020 Oct;3(10):e2026064. doi: 10.1001/jamanet-workopen.2020.26064
5. Van Rheenen TE, Meyer D, Neill E, et al. Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *J Affect Disord*. 2020 Oct 1;275:69-77. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.037. Epub 2020 Jul 2.
6. Hao F, Tan W, Jiang L, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;87:100-6. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.069. Epub 2020 Apr 27.
7. Bo HX, Li W, Yang Y, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable mental patients with COVID-19 in China. *Psychol Med*. 2020. doi: 10.1017/S0033291720000999. Epub 2020 Mar 27.
8. Liu D, Baumeister RF, Veilleux JC, et al. Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Res*. 2020 Oct;292:113297. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113297. Epub 2020 Jul 13.
9. Poyraz BC, Poyraz CA, Olgun Y, et al. Psychiatric morbidity and protracted symptoms after COVID-19. *Psychiatry Res*. 2020 Nov 28;295:113604. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113604. Online ahead of print.
10. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, et al; COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group; Benedetti F. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 2020 Oct;89:594-600. doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037. Epub 2020 Jul 30.
11. Lenze EJ, Mattar C, Zorumski CF, et al. Fluvoxamine vs Placebo and Clinical Deterioration in Outpatients With Symptomatic COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2020 Nov 12. doi: 10.1001/jama.2020.22760. Epub ahead of print.
12. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020 14-20 March;395(10227): 912-20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8. Epub 2020 Feb 26.
13. Guo J, Feng XL, Wang XH, van IJendoorn MH. Coping with COVID-19: Exposure to COVID-19 and Negative Impact on Livelihood Predict Elevated Mental Health Problems in Chinese Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 29;17(11):3857. doi: 10.3390/ijerph17113857
14. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*. 2020 Aug;88:559-65. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.049. Epub 2020 Apr 21.
15. Al Omari O, Al Sabei S, Al Rawajfah O, et al. Prevalence and Predictors of Depression, Anxiety, and Stress among Youth at the Time of COVID-19: An Online Cross-Sectional Multicountry

Study. *Depress Res Treat*. 2020 Oct 6;2020:8887727.
doi: 10.1155/2020/8887727. eCollection 2020.

16. Kujawa A, Green H, Compas BE, et al. Exposure to COVID-19 pandemic stress: Associations with depression and anxiety

in emerging adults in the United States. *Depress Anxiety*. 2020 Dec;37(12):1280-8. doi: 10.1002/da.23109. Epub 2020 Nov 10.

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
15.11.2020/27.12.2020/29.12.2020

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется компанией «Фарм Фирма «Сотекс». Спонсор участвовал в разработке проекта исследования и поддержке исследовательской программы, а также принятии решения о представлении статьи для публикации. Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Автор принимал участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.

This article has been supported by Sotex PharmFirma. The sponsor has participated in the development of the investigation project and supported the investigation program, as well as in the decision to submit the article for publication. The conflict of interest has not affected the results of the investigation. The author is solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. The author has participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by the author.

Дороженок И.Ю. <https://orcid.org/0000-0003-1613-2510>