

Психические нарушения в период пандемии новой коронавирусной инфекции: клинические особенности

Высокова В.О., Тювина Н.А., Максимова Т.Н., Прохорова С.В.

Кафедра психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

Цель исследования — изучение клинических особенностей психических нарушений в период эпидемии COVID-19 у впервые обратившихся к психиатру, а также у пациентов с уже диагностированными психическими заболеваниями.

Материал и методы. Обследовано 100 пациентов, обратившихся к психиатру в связи с ухудшением психического состояния на фоне пандемии. Из них впервые заболевших — 50 (1-я группа; 23 женщины и 27 мужчин, средний возраст — 34 года) и с ранее диагностированными психическими расстройствами — 50 (2-я группа; 25 женщин и 25 мужчин, средний возраст — 37 лет). Перенесли новую коронавирусную инфекцию 80% пациентов 1-й группы, 54% пациентов 2-й группы. В 1-й группе преобладали тревожные и депрессивные расстройства, во 2-й группе — эндогенные заболевания: биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, шизофрения. Исследование проводилось клиническим методом с помощью специально разработанной карты; для оценки тяжести депрессии была использована шкала Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, выраженности тревоги — шкала Hamilton Anxiety Rating Scale.

Результаты. Клиническая картина первичных и повторных депрессивных эпизодов после перенесенной инфекции отличалась наличием двигательной и ассоциативной заторможенности, выраженной апатии, гиперсомнии и отсутствия чувства сна, утомляемости, повышения аппетита и жалоб на ухудшение внимания и памяти. Депрессия у не болевших SARS-CoV-2 характеризовалась тревогой, ангедонией, раздражительностью, соматическими жалобами и ипохондрическими включениями. Тревожная симптоматика у не болевших включала выраженную тревогу, доходящую до ажитации, беспокойный сон с частыми пробуждениями, раздражительность, соматические жалобы и ипохондрическую фиксацию на своем состоянии. У переболевших тревога сопровождалась контролем соматических функций, когнитивными нарушениями и страхом их сохранения или даже усиления.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о существующих различиях между впервые возникшими и обострившимися на фоне пандемии психическими расстройствами, а также о различиях структуры депрессивного и тревожного синдрома в зависимости от наличия или отсутствия коронавирусной инфекции.

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция; COVID-19; SARS-CoV-2; психические расстройства; клинические особенности психических расстройств.

Контакты: Нина Аркадьевна Тювина; natuvina@yandex.ru

Для ссылки: Высокова ВО, Тювина НА, Максимова ТН, Прохорова СВ. Психические нарушения в период пандемии новой коронавирусной инфекции: клинические особенности. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(3):60–67. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-3-60-67

Mental disorders during the pandemic of a new coronavirus infection: clinical features

Vysokova V.O., Tyuvina N.A., Maksimova T.N., Prokhorova S.V.

Department of Psychiatry and Narcology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,
Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow
11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021, Russia

Objective: to study the clinical features of mental disorders during the COVID-19 epidemic in those who turned to psychiatrist for the first time, as well as in patients with already diagnosed mental illness.

Material and methods. We examined 100 patients who turned to psychiatrist due to deterioration of their mental state on the background of a pandemic. Of these, 50 were new cases (1st group; 23 women and 27 men, mean age 34 years) and 50 were cases with previously diagnosed mental disorders (2nd group; 25 women and 25 men, mean age 37 years). 80% of patients of the 1st group, 54% of patients of the 2nd group had coronavirus infection. Anxiety and depressive disorders prevailed in the 1st group, endogenous diseases prevailed in the 2nd group: bipolar affective disorder, recurrent depressive disorder, schizophrenia. The study was conducted by the clinical method using a specially designed map; the severity of depression was assessed using the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, and the severity of anxiety was assessed using the Hamilton Anxiety Rating Scale.

Results. The clinical picture of primary and recurrent depressive episodes after infection was characterized by the presence of motor and associative retardation, severe apathy, hypersomnia and lack of sleep, fatigue, increased appetite, and complaints of impaired attention and memory. Depression in SARS-CoV-2 survivors was characterized by anxiety, anhedonia, irritability, somatic complaints, and hypochondriacal inclusions. Anxiety symptoms in those who were not ill included severe anxiety, reaching agitation, disturbed sleep with frequent awakenings,

irritability, somatic complaints, and hypochondriacal fixation on one's condition. In recovering patients, anxiety was accompanied by control of somatic functions, cognitive impairments, and fear of retention or even intensification.

Conclusion. The results obtained indicate the existing differences between the mental disorders that first appeared and worsened during the pandemic, as well as the differences in the structure of the depressive and anxiety syndrome depending on the presence or absence of coronavirus infection.

Keywords: new coronavirus infection; COVID-19; SARS-CoV-2; mental disorders; clinical features of mental disorders.

Contact: Nina Arkadievna Tyuvina; natuvina@yandex.ru

For reference: Vysokova VO, Tyuvina NA, Maksimova TN, Prokhorova SV. Mental disorders during the pandemic of a new coronavirus infection: clinical features. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(3):60–67.

DOI: 10.14412/2074-2711-2023-3-60-67

Многие отечественные и зарубежные источники регулярно сообщают о последствиях пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ) для здоровья и качества жизни людей [1–5]. В начале эпидемии, в связи с недостаточными данными об опасности НКИ, а также с ограничительными мерами, исследования проводились преимущественно дистанционно с помощью опросников для выявления распространенности и отдельных симптомов психических нарушений [6]. В настоящее время появляется все больше клинических исследований, касающихся возникновения и обострения психических расстройств во время пандемии. С одной стороны, исследователи указывают на значительное увеличение числа тревожных и депрессивных нарушений, обусловленных воздействием различных факторов и обстоятельств, связанных с пандемией [7], а также на возникновение психотических симптомов в остром периоде инфекции у ранее никогда не обращавшихся за помощью к психиатру людей [8, 9]. В последнее время появились данные о последствиях перенесенной НКИ COVID-19, квалифицируемых как постковидный синдром, включающий соматоневрологические нарушения и связанные с ними психопатологические проявления [10]. С другой стороны, встречаются отдельные работы, в которых показана реакция пациентов, страдающих психическими заболеваниями, на пандемию. При этом одни авторы указывают на обострение имеющихся симптомов болезни [11, 12], а другие — даже на облегчение симптоматики [13]. Практически нет исследований, касающихся влияния НКИ на клиническую картину и течение психических расстройств. Отсутствуют данные о том, какие нарушения чаще возникают психогенно, какие — вследствие перенесенной инфекции, а также при каких психических заболеваниях это наблюдается.

Цель настоящего исследования — изучение клинических особенностей психических нарушений в период эпидемии COVID-19 у впервые обратившихся к психиатру, а также у пациентов с уже диагностированными психическими заболеваниями.

Материал и методы. Исследование проводилось в период с 2020 по 2022 г. в амбулаторных и стационарных условиях Психиатрической клиники им. С.С. Корсакова Сеченовского Университета. Клиническим и клинико-катамнестическим методами были обследованы 100 больных: 50 пациентов (23 женщины, 27 мужчин), впервые обратившихся за психиатрической помощью (1-я группа), и 50 пациентов (25 женщин, 25 мужчин) с обострением психического заболевания на фоне пандемии (2-я группа). На момент включения в исследование средний возраст пациентов 1-й группы

составил 34 [27; 43] года, второй — 37 [27; 45] лет ($p > 0,05$). Все пациенты лечение по поводу НКИ проходили амбулаторно, в домашних условиях.

Критерии включения: наличие впервые возникших психических нарушений или обострение уже имеющихся психических заболеваний в период и вследствие пандемии.

Критерии исключения: наличие у пациентов тяжелых соматических заболеваний; злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами; тяжелые органические поражения головного мозга, не связанные с воздействием НКИ; нежелание или неспособность пациента подписать информированное согласие на участие в исследовании; беременность, кормление грудью.

Состояние больных оценивали с применением специально разработанной карты клинического обследования. Для оценки тяжести депрессии была использована шкала MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), выраженности тревоги — шкала HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale).

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 [25-го; 75-го перцентилей]. 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 χ^2 Пирсона. Уровень статистической значимости был зафиксирован на уровне вероятности ошибки 0,05.

Результаты. 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. На момент обследования большинство пациентов (80% в 1-й группе и 54% во 2-й группе) перенесли НКИ, причем у значительной части пациентов (46% в 1-й группе и 36% во 2-й группе) состояние ухудшилось в связи с перенесенной инфекцией.

Анализ диагнозов, поставленных пациентам 1-й группы (табл. 1), показывает, что наиболее часто диагностировали депрессивный эпизод (ДЭ) — 36%, генерализованное тревожное расстройство (ГТР) — 26%, соматоформные расстройства — 12%, тревожно-депрессивное расстройство — 10%.

При этом у пациентов, перенесших инфекцию, на первом месте был ДЭ (37%), на втором — ГТР (22,5%). Среди не болевших пациентов, наоборот, наиболее частым

был диагноз ГТР (40%), на втором месте — ДЭ (30%), хотя различия не достигали уровня статистической значимости.

У пациентов 2-й группы (табл. 2) наиболее частыми диагнозами были биполярное аффективное расстройство (БАР; 24%), рекуррентное депрессивное расстройство (РДР; 20%) и шизофрения (20%).

Большинство пациентов 2-й группы, перенесших НКИ, обращались в связи с ДЭ в рамках БАР (44,4%), на втором месте были пациенты с обострением РДР (29,6%).

Среди пациентов, не перенесших НКИ, наиболее часто встречающимися диагнозами стали ГТР (21,7%), псевдоневрозическая шизофрения (17%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (13%), соматоформное расстройство (13%).

Оценка клинической картины заболеваний у пациентов, перенесших и не перенесших НКИ, выявила целый ряд психических нарушений, связанных с SARS-CoV-2.

Так, в 1-й группе пациентов у четырех человек впервые было диагностировано острое бредовое психотическое расстройство. Во всех случаях симптомы расстройства проявлялись в среднем спустя 2 нед после перенесенной НКИ. Все пациенты были молодого возраста (29–38 лет), трое мужчин и одна женщина. В трех случаях тематика бредовых переживаний была связана с НКИ, бред формировался по реактивному механизму и содержание бредовых переживаний было связано с заболеванием и эпидемической обстановкой. Все пациенты проходили лечение в психиатрическом стационаре. У первых трех больных наступило выздоровление, а у пациента с бредом преследования через 3 мес произошел рецидив. В последнем случае НКИ являлась триггером в манифестации психического расстройства, фабула бреда которого не была обусловлена эпидемией.

В результате анализа клинической картины депрессивных расстройств у пациентов, перенесших и не перенесших НКИ (табл. 3), были установлены определенные различия в психопатологической симптоматике.

У больных с впервые диагностированным ДЭ, перенесших НКИ, наряду с типичными депрессивными симптомами (снижение настроения, идеаторная и моторная заторможенность, нарушения сна) в большинстве случаев отмечались апатия, жалобы на когнитивные нарушения (КН), такие как забывчивость, нарушения запоминания, а также на повышение аппети-

Таблица 1. *Диагнозы психических расстройств в 1-й группе пациентов, n (%)*

Table 1. *Diagnoses of mental disorders in the 1st group of patients, n (%)*

Диагноз	Всего (n=50)	НКИ(+) (n=40)	НКИ(–) (n=10)	p
F23.3 Острое бредовое психотическое расстройство	4 (8,0)	4 (10,0)	0	0,571
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	5 (10,0)	4 (10,0)	1 (10,0)	1,000
F42.0 ОКР	2 (4,0)	2 (5,0)	0	1,000
F32.1 ДЭ	18 (36,0)	15 (37,5)	3 (30,0)	0,730
F45.0 Соматоформные расстройства	6 (12,0)	4 (10,0)	2 (20,0)	0,586
F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности	2 (4,0)	2 (5,0)	0	1,000
F41.1 ГТР	13 (26,0)	9 (22,5)	4 (40,0)	0,420

Примечание. Здесь и в табл. 2–4: НКИ(+) — пациенты, перенесшие новую коронавирусную инфекцию; НКИ(–) — пациенты, не перенесшие новую коронавирусную инфекцию; ОКР — обсессивно-компульсивное расстройство.

Таблица 2. *Диагнозы психических расстройств во 2-й группе пациентов, n (%)*

Table 2. *Diagnoses of mental disorders in the 2nd group of patients, n (%)*

Диагноз	Всего (n=50)	НКИ(+) (n=27)	НКИ(–) (n=23)	p
F20.0 Параноидная шизофрения	4 (8,0)	2 (7,4)	2 (8,7)	1,000
F21.3 Псевдоневрозическая (неврозоподобная) шизофрения	6 (12,0)	2 (7,4)	4 (17,4)	0,395
F31.3 БАР	12 (24,0)	12 (44,4)	0	<0,001*
F33.1 РДР, текущий ДЭ средней степени	10 (20,0)	8 (29,6)	2 (8,7)	0,085
F41.1 ГТР	5 (10,0)	0	5 (21,7)	0,016*
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	4 (8,0)	1 (3,7)	3 (13,0)	0,322
F42.0 ОКР	2 (4,0)	0	2 (8,7)	0,207
F45.0 Соматоформное расстройство	4 (8,0)	1 (3,7)	3 (13,0)	0,322
F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности	3 (6,0)	1 (3,7)	2 (8,7)	0,588

Примечание. * — различия статистически значимы, $p < 0,05$ (здесь и в табл. 3, 4).

та. Оценка по шкале депрессии в этой группе пациентов составила в среднем 27 [25; 29] баллов, что соответствует ДЭ средней степени тяжести. По шкале тревоги, напротив, балл был ниже, чем в остальных группах, — 13 [11; 16] баллов.

В структуре ДЭ у не болевших COVID-19 пациентов наблюдалась иная клиническая картина: помимо типичных проявлений депрессии, пациенты отмечали тревогу, раздражительность, ипохондрические и соматизированные включения, связанные с опасениями по поводу возможного заражения. Пациенты испытывали страх, беспокойство за здоровье — свое и близких, часто ощущали отчаяние в связи с невозможностью уберечься от вируса. Тяжесть депрессии — 26 [23; 29] баллов, оценка по шкале тревоги — 18 [15; 23] баллов.

Во 2-й 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, отсутствие со-

циальных контактов. Симптомы ДЭ в большинстве своем были такими же, как и при ранее возникавших эпизодах, однако пациенты чаще отмечали заторможенность, гиперсомнию, повышение аппетита, жалобы на КН, которых ранее не было. Тяжесть депрессии в среднем составляла 25 [23; 27] баллов, тревоги — 17 [7; 20] баллов, что указывает на ДЭ средней степени и средней же степени выраженности тревожные симптомы.

Большинство пациентов с РДР отмечали связь очередного ДЭ с перенесенной НКИ. Депрессия возникала в течение 2 нед после заболевания и отличалась более выраженной тяжестью в сравнении с предыдущими эпизодами. Клиническая картина включала в себя следующие симптомы: снижение настроения, заторможенность, ангедонию, апатию, отсутствие чувства сна, жалобы на КН, нехарактерные для депрессии (нарушение запоминания и выпадение из памяти отдельных слов). Отмечались самые высокие показатели MADRS — 32 [28; 35] балла, что указывает на большой

Таблица 3. Клиническая картина депрессивных расстройств в 1-й и 2-й группах, n (%)
Table 3. Clinical picture of depressive disorders in groups 1 and 2, n (%)

Симптомы	Заболевания							
	F32.1 ДЭ средней степени (n=18)		F31.3 БАР, ДЭ	F33.1 РДР (n=10)		Всего (n=40)		
	НКИ(+) (n=15)	НКИ(–) (n=3)	НКИ(+) (n=12)	НКИ(+) (n=8)	НКИ(–) (n=2)	НКИ(+) (n=35)	НКИ(–) (n=5)	
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 (100,0)*	
Идеаторная заторможенность	13 (86,6)	2 (66,6)	9 (75,0)	7 (87,5)	0	29 (82,8)	2 (40,0)	
Моторная заторможенность	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	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*
Нарушения аппетита	12 (80,0)	2 (66,6)	9 (75,0)	6 (75,0)	2 (100,0)	27 (77,1)	4 (80,0)	
	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)
Раздражительность	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)	
Ипохондрические 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)*	
КН	10 (66,6)*	0*	8 (66,6)	5 (62,5)*	0*	23 (65,7)*	0*	

ДЭ. По шкале тревоги — 18 [16; 20] баллов, что означает среднюю степень выраженности.

Пациенты с РДР, не перенесшие НКИ, связывали ухудшение состояния с карантинными мерами, самоизоляцией. При этом сами ДЭ значимо отличались отсутствием идеаторной и моторной заторможенности, апатии, плаксивости, гиперсомнии, наличием и выраженностью тревоги, раздражительности, соматических жалоб и ипохондрических включений. Тяжесть депрессии оценивалась в среднем в 28 [25; 31] баллов, тревоги — в 21 [16; 26] балл.

При сравнении симптомов тревожных расстройств у пациентов с наличием и отсутствием инфекции в анамнезе (табл. 4) также были установлены определенные различия.

У пациентов с ГТР, перенесших НКИ, наряду с тревожными симптомами, паническими атаками, соматическими жалобами и фиксацией на своем состоянии (контролем соматических функций) отмечались жалобы на нарушения памяти, трудность сосредоточения внимания. Выраженность тревоги в среднем 27 [19; 35] баллов, депрессии — 20 [15; 26] баллов.

В структуре ГТР у пациентов, не болевших COVID-19, отмечались более выраженная тревога, доходящая до ажитации, раздражительность, ипохондрические включения. Нарушения сна характеризовались трудностью засыпания и частыми пробуждениями. Пациенты отмечали соматиче-

ские проявления тревоги: одышку, чувство «кома за грудной», головную боль напряжения, тахикардию. Треть пациентов данной группы жаловались на появление навязчивых мыслей и страхов заражения и возможных тяжелых последствий НКИ вплоть до летального исхода. Уровень депрессии в среднем был 19 [17; 23] баллов, что указывает на отсутствие клинически выраженного ДЭ. Тяжесть тревоги была несколько выше, чем в первой группе пациентов, — 28 [26; 30] баллов.

При смешанном тревожном и депрессивном расстройстве у пациентов, перенесших НКИ, клиническая картина также отличалась от типичной выраженными нарушениями сна (отсутствием чувства сна), снижением аппетита. У большого числа пациентов отмечались мнительность и настороженность к любым изменениям в своем состоянии, ранее им не свойственные. Как и в случае пациентов с депрессивными расстройствами, отмечались жалобы на КН, 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. Тяжесть депрессии в среднем составляла 20 [17; 23] баллов, что указывает на отсутствие у большинства пациентов клинически выраженного ДЭ. Оценка по шкале тревоги в среднем составляла 26 [22; 30] баллов, что свидетельствует о ее средней тяжести.

Таблица 4. Клиническая картина тревожных расстройств в 1-й и 2-й группах, n (%)
Table 4. Clinical picture of anxiety disorders in groups 1 and 2, n (%)

Симптомы	Заболeвание										
	F41.1 ГТР (n=18)		F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (n=9)		F45.0 Соматизированные расстройства (n=10)		F42.0 ОКР (n=4)		Всего (n=41)		
	НКИ(+) (n=6)	НКИ(–) (n=12)	НКИ(+) (n=3)	НКИ(–) (n=6)	НКИ(+) (n=3)	НКИ(–) (n=7)	НКИ(+) (n=2)	НКИ(–) (n=2)	НКИ(+) (n=14)	НКИ(–) (n=27)	
Тревога	6 (100,0)	12 (100,0)	3 (100,0)	6 (100,0)	3 (100,0)	7 (100,0)	2 (100,0)	2 (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)*	1 (50,0)	0	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)	2 (100,0)	0	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)	0	0	5 (35,7)	11 (40,7)
	ранние пробуждения	0*	5 (41,6)*	1 (33,3)	2 (33,3)	1 (33,3)	1 (14,2)	0	0	2 (14,2)	8 (29,6)
	частые пробуждения	1 (16,6)*	8 (66,6)*	0	2 (33,3)	0*	4 (57,1)*	1 (50,0)	0	2 (14,4)*	14 (51,8)*
	отсутствие чувства сна	1 (16,6)	2 (16,6)	2 (66,6)	1 (16,6)	1 (33,3)	3 (42,8)	1 (50,0)	0	5 (35,7)	6 (22,2)
гиперсомния	0	0	0	0	0	0	1 (50,0)	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)	1 (50,0)	2 (100,0)	6 (42,8)*	23 (85,1)*	
	снижение аппетита	1 (16,6)	1 (8,3)	1 (66,6)	0	1 (33,3)	1 (14,2)	0	1 (50,0)	2 (14,2)	3 (11,1)
	повышение аппетита	2 (33,3)	10 (83,3)	0	4 (66,6)	0*	5 (71,4)*	1 (50,0)	1 (50,0)	7 (50,0)	20 (74,1)
Раздражительность	2 (33,3)*	11 (91,6)*	0*	6 (100,0)*	0	3 (42,8)	1 (50,0)	1 (50,0)	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)	2 (100,0)	2 (100,0)	11 (78,5)	20 (74,1)	
Навязчивые действия	0	0	0	0	0	0	2 (100,0)	2 (100,0)	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%)	1 (50,0)	0	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)	2 (100,0)	2 (100,0)	10 (71,4)	19 (70,3)	
Соматические жалобы	2 (33,3)	7 (58,3)	0*	5 (83,3)*	3 (100,0)	7 (100,0)	0	0	5 (35,7)*	19 (70,3)*	
КН	4 (66,6)*	0*	1 (33,3)	0	0	0	1 (50,0)	0	6 (42,8)*	0*	

Случаи смешанного тревожного и депрессивного расстройства у пациентов, не перенесших НКИ, характеризовались выраженной тревогой с ажитацией, раздражительностью, повышением аппетита. В отличие от перенесших НКИ, пациенты жаловались на соматические проявления тревоги. Тяжесть депрессии в среднем составляла 18 [16; 22] баллов, что указывает на отсутствие у большинства пациентов клинически выраженного ДЭ. Оценка по шкале тревоги Гамильтона в среднем составляла 27 [22; 31] баллов, что свидетельствует о средней выраженности тревожного расстройства.

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

В случае соматизированных расстройств у пациентов, не перенесших НКИ, 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 желудочно-кишечного тракта (боль в животе, диарея). Они обращались к врачам, требовали дополнительных обследований.

У двух пациентов впервые было диагностировано ОКР, проявляющееся навязчивым страхом заражения и компульсивным соблюдением мер индивидуальной защиты от инфекции, такими как частое мытье рук, обработка поверхностей дезинфицирующими средствами, ношение средств индивидуальной защиты даже при отсутствии объективной необходимости. После перенесенной в легкой форме НКИ навязчивости сохранялись, больные боялись повторного заражения и смерти.

Также у двух больных обострение ОКР развилось на фоне психогенных факторов, обусловленных пандемией, и выражалось симптомами, сходными с предыдущими случаями.

У больных невротоподобной шизофренией, перенесших НКИ, 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 обычного обострения заболевания.

У больных шизофренией, не переболевших НКИ, обострение было вызвано психогенными факторами, что отражалось на клинической картине заболевания. Так, пациенты с невротоподобной шизофренией указывали на обострение навязчивостей (страх заражения и смерти) и ипохондрических переживаний, усиление ритуалов (частое мытье рук, постоянная обработка поверхностей) и аутизации, связанных с карантинными мерами предосторожности. Они отмечали, что в клинике чувствуют себя в безопасности, более спокойно.

Обсуждение. Полученные в результате исследования данные о клинических особенностях психических наруше-

ний в период пандемии у пациентов, впервые обратившихся за помощью к психиатру и ранее уже имевших психиатрический диагноз, указывают не только на разнообразие диагнозов у пациентов обеих групп, но и на определенные их различия. У впервые заболевших на первом месте был ДЭ, далее — тревожные расстройства (в порядке убывания частоты — ГТР, соматоформное и тревожно-депрессивное расстройства). Во 2-й группе обострение симптоматики в период эпидемии чаще отмечалось у пациентов с эндогенными заболеваниями (БАР, РДР, шизофрения). При этом в 1-й группе перенесли НКИ большинство пациентов (80%), во 2-й группе — 54%, причем среди переболевших оказались все пациенты с БАР (составили почти половину всех болевших — 44,4%) и с РДР (29,6%), находившиеся до обострения в состоянии гипомании (БАР) или в ремиссии и, видимо, недостаточно соблюдавшие карантинный режим. В числе пациентов 2-й группы, не перенесших COVID-19, были в основном страдающие ГТР, вялотекущей невротоподобной шизофренией, соматоформными расстройствами, т. е. тревожные, опасющиеся заражения и соблюдавшие все санитарно-эпидемиологические рекомендации, часто в утрированной форме [14].

Психические расстройства возникали или обострялись либо в результате воздействия психогенных факторов, связанных с эпидемией (карантин, изоляция, влияние средств массовой информации, экономические проблемы, болезнь близких), либо после перенесенной НКИ [14], либо вследствие комплекса факторов, что подтверждается и другими авторами [15].

Однако, по данным нашего исследования, характер психических расстройств и психопатологической симптоматики различался у пациентов, перенесших и не перенесших COVID-19. В 1-й группе у переболевших на первом месте по частоте находится ДЭ, затем ГТР, у не болевших, наоборот, чаще возникали тревожные расстройства, а затем — депрессия. Во 2-й группе депрессивные расстройства также чаще возникали в период или после COVID-19, а тревожные расстройства — у не болевших. Были установлены различия в структуре депрессивного и тревожного синдрома в зависимости от наличия или отсутствия инфекции. Так, клиническая картина ДЭ после перенесенной инфекции отличалась наличием двигательной и ассоциативной заторможенности, ангедонии, выраженной апатии, гиперсомнии и отсутствия чувства сна, КН, утомляемостью, повышением аппетита. Это подтверждается исследованиями, в которых у пациентов, перенесших НКИ, через 1 мес после заражения в 31–38% случаев возникла депрессия с астенией и КН [16, 17].

Тревожные расстройства большей частью были обусловлены действием психогенных факторов и выражались опасениями и страхом заражения, возможных осложнений и смерти [17]. Переболевшие опасались осложнений, постковидного синдрома и повторного заражения с более тяжелыми последствиями. Тревожная симптоматика у не болевших НКИ отличалась выраженной тревогой, сопровождающейся ажитацией, беспокойным сном с частыми пробуждениями, раздражительностью, соматическими жалобами и ипохондрической фиксацией на своем состоянии. У переболевших тревога сопровождалась контролем соматических функций, КН и страхом их сохранения или даже усиления.

В нашем исследовании было четыре пациента с впервые диагностированным острым бредовым расстройством, возникшим вскоре после перенесенного COVID-19. В трех случаях бредовые фабулы были тесно связаны с эпидемией и психоз развивался по реактивному механизму. В одном случае инфекция сыграла роль триггерного фактора в реализации эндогенного психоза. В литературе также описано несколько клинических случаев психоза после инфекции. Например, в двух исследованиях первый психоз возник у молодых людей без психиатрического анамнеза после перенесенной инфекции и проявился в одном случае синдромом Котара, в другом — бредом и галлюцинациями, связанными по тематике с последствиями инфекции [18, 19]. Таким образом, можно утверждать, что психозы могут возникать не только в острой фазе инфекции по экзогенному типу, как было описано во многих исследованиях [19, 20], но и после излечения. Однако, исходя из наших данных, в этом случае могут развиваться реактивные (реактивный паранойд) или манифестировать эндогенные психозы.

В исследовании симптомы ОКР у пациентов, впервые и повторно обращающихся за психиатрической помощью, проявляются по-разному. В первом случае симптомы ОКР возникли у перенесших НКИ пациентов, которые, опасаясь повторного заражения, стали компульсивно соблюдать меры профилактики инфицирования (мытье рук, использование антисептика, ношение средств индивидуальной защиты, обработка поверхностей и одежды, избегание скопления людей). У пациентов с ранее диагностированным ОКР также наблюдалось обострение симптомов, однако в этом случае все пациенты не переболели НКИ.

Данные литературы подтверждают полученные нами результаты [21, 22].

В исследовании отмечается, что практически все пациенты, перенесшие инфекцию, жаловались на КН, вне зависимости от диагноза. Это также находит отражение в уже имеющихся данных литературы. Среднесрочные эффекты COVID-19 в отношении когнитивной сферы изучены достаточно полно. Так, у 78% пациентов через 3 мес после перенесенной пневмонии, обусловленной COVID-19, определяется снижение хотя бы в одном когнитивном домене. У половины пациентов отмечалось нарушение управляющих функций и психомоторной координации [23, 24]. По данным отечественных исследований [10, 25], КН отмечаются у постковидных пациентов, однако они не достигают степени деменции [4] и обычно взаимосвязаны с тревожными, депрессивными, диссомническими и другими психическими расстройствами, которые, очевидно, могут вносить определенный вклад в нарушения когнитивного функционирования у пациентов, перенесших НКИ [10].

Заключение. Таким образом, результаты исследования клинических особенностей психических нарушений в период продолжающейся пандемии НКИ у впервые психически заболевших и у пациентов с установленным ранее диагнозом психического расстройства показали различия этих групп в реагировании как на коронавирус, так и на стрессовые факторы, связанные с эпидемией, а также особенности психопатологической симптоматики у пациентов, перенесших НКИ, и у не болевших COVID-19, что необходимо учитывать при организации профилактических и лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. World Health Organization WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. 2020. Available from: <https://covid19.who.int/> (accessed 29.09.2020).
2. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, et al. "Pandemic fear" and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Rev Bras Psiquiatr*. 2020;42:232-5. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0008
3. Vahia IV, Blazer DG, Smith GS, et al. COVID-19, Mental Health and Aging: A Need for New Knowledge to Bridge Science and Service. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28:695-7. doi: 10.1016/j.jagp.2020.03.007
4. Парфенов ВА, Кулеш АА. Острые и отдаленные неврологические нарушения у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(3):4-11. doi: 10.14412/2074-2711-2022-3-4-11 [Parfenov VA, Kulesh AA. Acute and long-term neurological disorders in patients with coronavirus infection. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2022;14(3):4-11. doi: 10.14412/2074-2711-2022-3-4-11 (In Russ.)].
5. Остроумова ТМ, Черноусов ПА, Кузнецов ИВ. Когнитивные нарушения у пациентов, перенесших COVID-19. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(1):126-30. doi: 10.14412/2074-2711-2021-1-126-130 [Ostroumova TM, Chernousov PA, Kuznetsov IV. Cognitive impairment in COVID-19 survivors. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2021;13(1):126-30. doi: 10.14412/2074-2711-2021-1-126-130 (In Russ.)].
6. Li S, Wang Y, Xue J, et al. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:2032. doi: 10.3390/ijerph17062032
7. Chen F, Zheng D, Liu J, et al. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020;88:36-8. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.061
8. Петрова НН, Пашковский ВЭ, Сивашова МС и др. Влияние психических расстройств на исход COVID-19. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(5):40-7. doi: 10.14412/2074-2711-2021-5-40-47 [Petrova NN, Pashkovskiy VE, Sivashova MS, et al. Impact of mental disorders on COVID-19 outcome. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2021;13(5):40-7. doi: 10.14412/2074-2711-2021-5-40-47 (In Russ.)].
9. Ellis WE, Dumas TM, Forbes LM. Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Can J Behav Sci Rev Can Sci du Comport*. 2020;52:177-87. doi: 10.1037/cbs0000215
10. Петрова НН, Пряникова ЕВ, Пустотин ЮЛ и др. Постковидный синдром в психиатрической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(6):49-54. doi: 10.14412/2074-2711-2022-6-49-54 [Petrova NN, Pryanikova EV, Pustotin YuL, et al. Post-COVID syndrome in psychiatric practice. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2022;14(6):49-54. doi: 10.14412/2074-2711-2022-6-49-54 (In Russ.)].
11. Ceban F, Ling S, Lui LMW, et al. Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2022 Mar;101:93-135. doi: 10.1016/j.bbi.2021.12.020

12. Gautam M, Kaur M, Mahr G. COVID-19-Associated Psychiatric Symptoms in Health Care Workers: Viewpoint From Internal Medicine and Psychiatry Residents. *Psychosomatics*. 2020 Sep-Oct;61(5):579-81. doi: 10.1016/j.psych.2020.04.009. Epub 2020 Apr 20.
13. Plunkett R, Costello S, McGovern M, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on patients with pre-existing anxiety disorders attending secondary care. *Ir J Psychol Med*. 2021 Jun;38(2):123-31. doi: 10.1017/ipm.2020.75. Epub 2020 Jun 8.
14. Тювина НН, Высокова ВО, Ефремова ЕН, Лавриненко ОВ. Клинические особенности психических нарушений в период пандемии новой коронавирусной инфекции. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(4):75-81. doi: 10.14412/2074-2711-2022-4-75-81 [Tyuvina NA, Vysokova VO, Efremova EN, Lavrinenko OV. Clinical features of mental disorders during the pandemic of a new coronavirus infection. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(4):75-81. doi: 10.14412/2074-2711-2022-4-75-81 (In Russ.)].
15. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(5):779-88. doi: 10.1016/j.dsx.2020.05.035
16. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, et al. 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.
17. Kim Y, Kwon HY, Lee S, Kim CB. Depression During COVID-19 Quarantine in South Korea: A Propensity Score-Matched Analysis. *Front Public Health*. 2022 Jan 27;9:743625. doi: 10.3389/fpubh.2021.743625
18. Ignatova D, Krasteva K, Akabalieva K, Alexiev S. Post-COVID-19 psychosis: Cotard's syndrome and potentially high risk of harm and self-harm in a first-onset acute and transient psychotic disorder after resolution of COVID-19 pneumonia. *Early Interv Psychiatry*. 2022 Oct;16(10):1159-62. doi: 10.1111/eip.13254. Epub 2021 Nov 18.
19. Abdalla O, Oskar E, Izadyar S. Acute psychosis post-COVID-19 pneumonia. *Neurol Clin Neurosci*. 2022 Sep 21;10.1111/ncn3.12668. doi: 10.1111/ncn3.12668. Online ahead of print.
20. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry*. 2007 Apr;52(4):233-40. doi: 10.1177/070674370705200405
21. Van Ameringen M, Patterson B, Turna J, et al. Obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic. *J Psychiatr Res*. 2022 May;149:114-23. doi: 10.1016/j.jpsy-chires.2022.02.001
22. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*. 2021 Feb;8(2):130-40. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4. Epub 2020 Nov 9. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2021 Jan;8(1):e1.
23. Mazza MG, Palladini M, De Lorenzo R, et al; COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group. Persistent psychopathology and neurocognitive impairment in COVID-19 survivors: Effect of inflammatory biomarkers at threemonth follow-up. *Brain Behav Immun*. 2021 May;94:138-47. doi: 10.1016/j.bbi.2021.02.021
24. Mattioli F, Stampatori C, Righetti F, et al. Neurological and cognitive sequelae of COVID-19: a four month follow-up. *J Neurol*. 2021 Dec;268(12):4422-8. doi: 10.1007/s00415-021-10579-6. Epub 2021 May 1.
25. Пашковский ВЭ, Петрова НН, Сивашова МС, Прокопович ГА. Нейрокогнитивный синдром при COVID-19. Клинические случаи. *Психиатрия*. 2022;20(1):26-34. doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-1-26-34 [Pashkovskiy VE, Petrova NN, Sivashova MS, Prokopovich GA. Neurocognitive Syndrome in COVID-19. Clinical Cases. *Psikhiatriya = Psychiatry*. 2022;20(1):26-34. doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-1-26-34 (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

16.02.2023/10.05.2023/12.05.2023

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Высокова В.О. <https://orcid.org/0000-0002-4087-1025>

Тювина Н.А. <https://orcid.org/0000-0002-5202-1407>

Максимова Т.Н. <https://orcid.org/0000-0001-9012-1727>

Прохорова С.В. <https://orcid.org/0000-0002-5349-1187>