

Н. О. Марута, В. Ю. Федченко, Т. В. Панько, І. О. Явдак, О. Є. Семікіна, О. Р. Лапінська

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ
ВНАСЛІДОК КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19**

N. O. Maruta, V. Yu. Fedchenko, T. V. Panko, I. O. Yavdak, O. Ye. Semikina, O. R. Lapinska

**FEATURES OF PRIMARY PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS
DUE TO CORONAVIRUS DISEASE COVID-19**

Ключові слова: первинні психопатологічні прояви, наслідки COVID-19

Keywords: primary psychopathological manifestations, consequences of COVID-19

Мета дослідження: вивчення особливостей первинних психічних розладів, що виникли внаслідок перенесеної коронавірусної хвороби.

Для реалізації поставленої мети дослідження у відділі пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» були обстежені 97 хворих на вперше встановлені психічні розлади, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2. Діагноз встановлений відповідно до критеріїв МКХ-10 (F32.0 — F32.2 — 34 пацієнти, F40 — F45 — 32 пацієнти, F06.3 — F06.6 — 31 пацієнт).

Встановлено, що у обстежених хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади показники об'єктивної та суб'єктивної оцінки вираженості тривоги свідчать про важливість для хворих цієї групи особистісної оцінки того, що з ними відбувається. Показники депресії у цих хворих відповідали «легкому» та «помірному рівню» — середній бал у групі становив 20,16 балів. Загальний рівень депресії у хворих з депресивними епізодами (F32.0 — F32.2) та у хворих з психічними розладами органічного генезу (F06.3 — F06.6) в середньому у групах відповідали «помірному» рівню депресії — середні бали за шкалою MADRS становили 25,97 та 23,04 бали відповідно. Хворим, що перенесли COVID-19, притаманні тривожні розлади різної інтенсивності. Найвищі показники тривоги спостерігались у групі хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, які в середньому у групі відповідали помірному рівню ((27,92 ± 3,42) балів). Інтенсивність тривоги у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного генезу була у діапазоні від легкої до помірної ((23,09 ± 2,86) балів та (24,58 ± 3,19) балів відповідно). У структурі тривожних розладів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади переважають соматичні та вегетативні симптоми, достовірні відмінності встановлені між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворих на депресивні епізоди за пунктами «Респіраторні симптоми» ((1,56 ± 0,31) балів та (0,39 ± 0,22) балів відповідно, $p \leq 0,05$), «Вегетативні симптоми» ((2,24 ± 0,34) балів та (1,12 ± 0,27) балів відповідно, $p \leq 0,01$).

The purpose of the study was to study the features of primary mental disorders that arose as a result of coronavirus disease.

In order to realize the goal of the study in the borderline psychiatry of the "INPN of NAMS of Ukraine" SI, 97 patients were examined for the first time psychic disorders suffered from Covid-19 and were exposed to the Sars-CV-2 pandemic stressors. The diagnosis was made taking into account the criteria of ICD-10 (F32.0 — F32.2 — 34 patients, F40 — F45—32 patients, F06.3 — F06.6 — 31 patients).

It is established that the surveyed patients with neurotic, stress, and somatoform disorders indicators of objective and subjective assessment of the severity of anxiety indicate the importance for patients with this group of personal assessment of what is happening to them. The indicators of depression in these patients corresponded to "light" and "moderate level" — the average score in the group was 20.16 points. The overall level of depression in patients with depressive episodes (F32.0 — F32.2) and in patients with mental disorders of organic genesis (F06.3 — F06.6), on average, in groups corresponded to "moderate" depression level — average points on the MADRS scale. and 23.04 points respectively. For patients with Covid-19, anxiety disorders of varying intensity are characteristic. The highest alarm rates were observed in the group of neurotic patients, related to stress and somatoform disorders, which on average in the group correspond to a moderate level ((27.92 ± 3.42) points). The intensity of anxiety in patients with depressive episodes and mental disorders of organic genesis was in the range from mild to moderate ((23.09 ± 2.86) points and (24.58 ± 3.19) points, respectively). In the structure of anxiety disorders in patients with neurotic, stress, and somatoform disorders, somatic and vegetative symptoms prevail, significant differences are established between groups of patients with neurotic, stress, and somatoform disorders and patients with depressive episodes. ((1.56 ± 0.31) points and (0.39 ± 0.22) respectively, $p \leq 0.05$), vegetative symptoms ((2.24 ± 0.34) points and (1,12 ± 0.27), respectively, $p \leq 0.01$).

Пандемія COVID-19 є однією з найбільших глобальних криз, з якою зіткнулося людство протягом останніх десятиріч та має серйозні негативні наслідки як для здоров'я людей, так і для систем охорони здоров'я, економіки та суспільства. Вперше коронавірусне захворювання (COVID-19) було виявлене у грудні 2019 року та призвело до глобальної пандемії [1, 2]. Станом на початок 2023 року в усьому світі було зареєстровано 755 116 409 підтверджених випадків COVID-19, серед них 6 831 681 летальних випадків [3].

Економічний спад, що його спричинила пандемія COVID-19, та сама пандемія вкрай негативно вплинули і далі впливають на психічне здоров'я багатьох людей і створили нові бар'єри для людей, які вже хворіють на психічні захворювання [4]. Деякі групи людей постраждали набагато більше, ніж інші. В аналітичній записці ООН у травні 2020 року зазначено, що більш високий ризик розвитку психічних симптомів і розладів, пов'язаних з COVID-19, зазнають люди, які живуть в умовах збройних конфліктів і гуманітарних криз (зокрема біженці та внутрішньо переміщені особи) [5].

На сьогодні встановлено, що COVID-19 негативно впливає на психічне здоров'я населення в усьому світі. Страх перед коронавірусною інфекцією, пов'язаний з можливим ризиком зараження, непередбачуваним перебігом хвороби, відсутністю патогенетичного лікування і тотальною невизначеністю, спричиняє негативні психологічні реакції, як-от дистрес і дезадаптація [1]. Згідно з науковим оглядом, опублікованим Всесвітньою організацією охорони здоров'я, у перший рік пандемії COVID-19 глобальна поширеність тривоги та депресії збільшилася на 25 %. Велика кількість людей у різних країнах стала більш тривожною; але у деяких COVID-19 викликав або посилив набагато серйозніші проблеми з психічним здоров'ям — психологічний дистрес і симптоми депресії, тривоги або посттравматичного стресу, суїцидальні думки та суїцидальну поведінку [6—8].

Патогенез психічних симптомів та розладів, що виникають під час пандемії COVID-19, включає біологічні та психосоціальні чинники. За даними літератури, психічні розлади, що виникають під час пандемії, можуть бути пов'язані з психосоціальними чинниками, як-от страх заразитися або заразити членів сім'ї; брак доступу до тестування та медичної допомоги при COVID-19; фізичне дистанціювання, домашня ізоляція, карантин та самотність; інформаційними (постійні повідомлення засобів масової інформації про пандемію та невизначеність, пов'язану з її можливим результатом); суперечливі повідомлення та директиви щодо заходів громадської охорони здоров'я, як-от носіння масок для особи тощо; збільшення робочого навантаження; економічні проблеми та незахищеність; брак доступних ресурсів (наприклад, продуктів харчування, засобів індивідуального захисту); обмеження особистих свобод [9—13]. За результата-

ми ретроспективного дослідження, проведеного Taquet M., Sillett R., Zhu L. et al., визначено, що після встановлення діагнозу COVID-19 підвищений ризик формування психопатології зберігається протягом різного періоду при різних психічних симптомах та розладах [14]. Зокрема, протягом перших шести місяців після початку захворювання у пацієнтів із COVID-19 спостерігалось більше проявів психопатології, ніж у пацієнтів, які перенесли інші гострі респіраторні вірусні інфекції. Водночас підвищений ризик агрипнії, тривожних розладів та розладів настрою при подальшому спостереженні редукується та стає однаковим у досліджуваних групах протягом одного-трьох місяців. На думку авторів, протягом дворічного спостереження перенесений COVID-19 був пов'язаний із вищим ризиком формування когнітивних порушень та психотичних розладів [14].

Визначено, що 2020 року на тлі пандемії COVID-19 кількість людей, які хворіють на тривожні та депресивні розлади, істотно збільшилася і, за попередніми оцінками, поширеність цих розладів зросла відповідно на 26 % та 28 %, що зумовлює особливу актуальність цієї проблеми [15; 16]. Водночас слід зазначити, що понад 50 % пацієнтів, які вилікувалися від COVID-19, страждають від постійної втоми, тривоги та депресії незалежно від тяжкості перенесеної хвороби [17]. Близько трьох чвертей хворих на COVID-19 після виписки з лікарні мають принаймні одну з проблем, як-от розлади сну, тривога, депресія або астенія [18].

До 2020 року психічні розлади були основними причинами глобального тягаря, пов'язаного зі здоров'ям, причому депресивні та тривожні розлади були провідними складниками цього тягаря. Поява пандемії COVID-19 створила середовище, у якому загострюється багато детермінантів порушення психічного здоров'я. Саме тому подальша оцінка впливу коронавірусної хвороби COVID-19 на психічне здоров'я є вкрай актуальною.

Метою дослідження стало вивчення особливостей первинних психічних розладів, що виникли внаслідок перенесеної коронавірусної хвороби.

Для реалізації поставленої мети дослідження у відділі пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» були обстежені 97 хворих на вперше встановлені психічні розлади, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2. Діагноз встановлений відповідно до критеріїв МКХ-10 (F32.0 — F32.2 — 34 пацієнти, F40 — F45 — 32 пацієнти, F06.3 — F06.6 — 31 пацієнт).

Під час дослідження проведено ретельний аналіз анамнезу захворювання, включно з відомостями про перенесену коронавірусну хворобу COVID-19 та вплив стресорів пандемії SARS-CoV-2 (табл. 1).

Зокрема, за даними таблиці 1, в групі хворих на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) переважали пацієнти з однократним захворюванням на COVID-19 в анамнезі (70,59 % осіб), більшість обстежених цієї групи відзначали вплив стресорів пандемії SARS-CoV-2 на початкові психопатологічні прояви (52,94 % осіб)

Таблиця 1. Характеристика групи обстежених з урахуванням анамнезу захворювання на COVID-19 та впливу стресорів пандемії SARS-COV-2

Показник, який оцінюється	Депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) (n = 34)	Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) (n = 32)	Психічні розлади органічного генезу (F06.3 — F06.6) (n = 31)
Кількість випадків COVID-19 в анамнезі:			
— 1	70,59 ± 7,93 ¹⁾	90,63 ± 5,23 ^{1) 2)}	45,16 ± 9,09 ²⁾
— 2	26,47 ± 7,68	9,37 ± 5,23 ²⁾	51,61 ± 9,12 ²⁾
— 3 і більше	2,94 ± 2,94	0,00 ± 0,00	3,23 ± 3,23
Вплив стресорів пандемії SARS-COV-2			
— відзначали	52,94 ± 8,69 ¹⁾	81,25 ± 7,01 ¹⁾	67,74 ± 8,53
— не відзначали	47,06 ± 8,69 ¹⁾	18,75 ± 7,01 ¹⁾	32,26 ± 8,53
Термін звернення по спеціалізовану медичну допомогу після одужання від COVID-19:			
— до 2 тижнів	11,76 ± 5,61	21,88 ± 7,43	6,45 ± 4,48
— від 2 тижнів до 1 місяця	26,47 ± 7,68	31,25 ± 8,32	19,35 ± 7,21
— від місяця до 6 місяців	38,24 ± 8,46	34,36 ± 8,53	45,16 ± 9,09
— від 6 до 12 місяців	17,65 ± 6,64	12,51 ± 5,94	25,81 ± 7,99
— більше ніж 12 місяців	5,88 ± 4,10	0,00 ± 0,00	3,23 ± 3,23

Примітки. n — кількість обстежених. Дані наведено у форматі: % ± m %. Відмінності вірогідні при p < 0,05: ¹⁾ — як порівняти групи хворих на депресивні епізоди і хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади; ²⁾ — як порівняти групи хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади і хворих на психічні розлади органічного генезу

та зверталися по спеціалізовану медичну допомогу після одужання від COVID-19 у термін від місяця до 6 місяців (38,24 % осіб). У групі хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) також переважали пацієнти з однократним захворюванням на COVID-19 в анамнезі (90,63 % осіб), більшість обстежених цієї групи відзначали вплив стресорів пандемії SARS-COV-2 на початкові психопатологічні прояви (81,25 % осіб) та зверталися по спеціалізовану медичну допомогу після одужання від COVID-19 у термін від місяця до 6 місяців (34,36 % осіб). У пацієнтів з психічними розладами органічного генезу (F06.3 — F06.6) у більшості пацієнтів спостерігалось 2 (51,61 %) та 3 і більше (3,23 %) випадків захворювання на коронавірусну хворобу COVID-19. І в цій групі обстежених, як і в попередніх двох, у переважній кількості пацієнтів (67,74 % осіб) спостерігався вплив стресорів пандемії SARS-COV-2 на початкові психопатологічні прояви та 45,16 % осіб зверталися по спеціалізовану медичну допомогу після одужання від COVID-19 у термін від місяця до 6 місяців.

Клінічна картина психічних розладів відповідала критеріям МКХ-10 для помірного депресивного епізоду, невротичних та пов'язаних зі стресом та органічних психічних розладів. Початок психічних розладів самі пацієнти пов'язували з перенесеною коронавірусною хворобою COVID-19.

Початкові психічні симптоми характеризувались у пацієнтів з депресивним епізодом зниженням настрою (70,58 % осіб), порушенням сну (64,70 % осіб), зниженням концентрації уваги, пам'яті, когнітивними порушеннями (55,88 % осіб) та тривогою (44,11 %

осіб). У пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами з самого початку спостерігались прояви тривоги (62,50 %), різноманітні соматовегетативні симптоми (81,25 %), відчуття внутрішнього напруження (62,50 %), відчуття слабкості та стомлюваності/астенії (56,25 % осіб), у 18,75 % — страхи, у 37,50 % обстежених — прояви дратівливості й гнівливості та в 9,37 % обстежених — нав'язливості. У обстежених з психічними розладами органічного генезу реєструвалися порушення сну (51,61 % осіб), зниження настрою / депресія (48,38 % осіб) та тривога (30,30 % осіб), слабкість і стомлюваність/астенія (60,60 % осіб), страхи (38,70 % осіб), у 70,96 % пацієнтів відзначалися зниження концентрації уваги, пам'яті та когнітивні порушення, у 35,48 % пацієнтів — інші прояви у вигляді підвищеної збудливості, переїдання, соціальної або комунікативної замкнутості.

На початку захворювання симптоми мали відокремлений характер, але поступово наростали і формували клінічну картину того чи того психічного розладу. На час обстеження в структурі психопатологічних порушень у обстежених хворих, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2, незалежно від розладу, в клінічній картині переважали симптоми тривоги та розлади настрою у вигляді депресії.

З метою об'єктивізації актуального психічного стану осіб, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-COV-2, використовували комплекс психометричних шкал: шкала Монтгомері — Асберг для оцінки депресії (MADRS), шкала Гамільтона для оцінки

тривоги (HARS), шкала General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) — особистісний опитувальник для оцінки рівня тривожності та скринінгу генералізованого тривожного розладу та шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale — CGI).

Характеристика депресії у обстежених хворих, що перенесли COVID-19, за шкалою Монтгомері — Асберг (MADRS) наведена в таблиці 2.

Отримані дані демонструють, що у групі хворих на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) загальний бал показника депресії був найвищим в середньому

у групі і відповідав помірному рівню депресії (середній бал у групі — $25,97 \pm 3,16$). Для хворих на психічні розлади органічного генезу (F06.3 — F06.6) рівень інтенсивності депресивних симптомів також відповідав помірним симптомам депресії (середній бал у групі — $23,04 \pm 3,19$), але був дещо нижчим як порівняти з пацієнтами з депресивним епізодом. У хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) показники за шкалою MADRS відповідали «легкому» та «помірному рівню» депресії (середній бал у групі — $20,16 \pm 2,42$).

Таблиця 2. Характеристика депресії у обстежених хворих, що перенесли COVID-19, за шкалою Монтгомері — Асберг (MADRS)

Пункт шкали	Група хворих		
	на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) (n = 34)	на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) (n = 32)	на психічні розлади органічного генезу (F06.3 — F06.6) (n = 31)
Сум, що спостерігається	$3,59 \pm 0,53^*$	$2,25 \pm 0,41$	$3,13 \pm 0,47$
Сум, що висловлюється	$3,94 \pm 0,56$	$3,06 \pm 0,52$	$3,42 \pm 0,48$
Внутрішня напруженість	$2,35 \pm 0,32$	$3,13 \pm 0,46$	$2,42 \pm 0,35$
Погіршення сну	$3,68 \pm 0,53$	$3,34 \pm 0,58$	$3,26 \pm 0,56$
Порушення апетиту	$2,79 \pm 0,43$	$2,41 \pm 0,37$	$2,52 \pm 0,38$
Труднощі концентрації	$2,53 \pm 0,42^*$	$1,53 \pm 0,36$	$2,42 \pm 0,45^{**}$
Апатія	$2,56 \pm 0,45$	$1,75 \pm 0,31$	$2,32 \pm 0,43$
Нездатність переживати почуття	$2,56 \pm 0,38^*$	$1,34 \pm 0,21$	$2,03 \pm 0,37$
Песимістичні думки	$1,62 \pm 0,36$	$1,19 \pm 0,22$	$1,29 \pm 0,26$
Суйцидальні думки	$0,35 \pm 0,14$	$0,16 \pm 0,23$	$0,23 \pm 0,22$
Загальний бал	$25,97 \pm 3,16$	$20,16 \pm 2,42$	$23,04 \pm 3,19$

Примітки. Дані наведено у форматі ($M \pm m$), бали, де M — середня арифметична величина; m — похибка середньої арифметичної; * — відмінності між групами хворих на депресивні епізоди і хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади вірогідні при $p \leq 0,05$; ** — відмінності між групами хворих на психічні розлади органічного генезу і хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади вірогідні при $p \leq 0,05$

Оцінка за окремими шкалами свідчить, що ознаки зниженого настрою у хворих на депресивні епізоди характеризувались переважно сумним та нещасним виглядом більшу частину часу, іноді — незначним пожвавленням на короткий період (середнє значення балів у групі — $3,59 \pm 0,53$).

Хворим на психічні розлади органічного генезу також більшу частину часу був властивий сумний вигляд, пожвавлення міміки було можливо на короткий період, погіршення було пов'язано зі схильністю до швидкого виснаження (середнє значення у групі — $3,13 \pm 0,47$ балів).

Хворі на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади виглядали пригніченими, але здебільшого могли відволікатися на зовнішні обставини (середнє значення у групі — $2,25 \pm 0,41$ балів).

За пунктом «Сум, що висловлюється» стан хворих на депресивні епізоди та на психічні розлади органічного генезу відповідав зовнішнім ознакам зниженого настрою. Хворі відзначали у себе домінування почуття пригніченості чи зневіри, у більшій кількості спостережень настроїв був ще схильний

до впливу зовнішніх обставин (середні значення — $3,94 \pm 0,56$) балів та $3,42 \pm 0,48$) балів відповідно).

Більшість хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади відзначали у себе сумний або пригнічений настрій, що легко піддається поліпшенню, але деякі з них були схильні заявляти про домінування почуття пригніченості чи зневіри, проте об'єктивно їхній настрій міг швидко змінюватись залежно від зовнішніх обставин. Середній показник за цим пунктом шкали MADRS становив $3,06 \pm 0,52$ балів.

За пунктом «Внутрішня напруженість» більшість обстежених всіх груп відзначали у себе відчуття внутрішнього дискомфорту різного ступеня виразності. У хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного генезу спостерігались переважно епізодичне або стійке почуття внутрішньої напруженості, середні показники суттєво не відрізнялись ($2,35 \pm 0,32$) балів та $2,42 \pm 0,35$) балів відповідно), тоді як хворим на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади крім відчуття напруження та роздратування притаманна була також епізодична

паніка, яка потребувала додаткових зусиль для її подолання. Середній показник за пунктом «Внутрішня напруженість» становив $(3,13 \pm 0,46)$ балів.

Показники за пунктом «Погіршення сну» вказують, що у хворих на депресивні епізоди розлади сну були більш виражені та характеризувались зменшенням тривалості сну більш ніж на 2—3 години. Більшості хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади було властиво утруднення засинання або дещо укорочений, поверхневий чи уривчастий сон. Але достовірних відмінностей в показниках між групами встановлено не було: у хворих на депресивні епізоди середній показник — $(3,68 \pm 0,53)$ балів, у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади — $(3,34 \pm 0,58)$ балів та у хворих на психічні розлади органічного ґенезу — $(3,26 \pm 0,56)$ балів.

Показники за пунктом «Порушення апетиту» також переважають у хворих на депресивні епізоди (середній показник — $(2,79 \pm 0,43)$ балів), проте без достовірних відмінностей з хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади ($(2,41 \pm 0,37)$ балів) та з хворими на психічні розлади органічного ґенезу — $(2,52 \pm 0,38)$ балів.

Згідно з даними таблиці 2, труднощі концентрації уваги, на відміну від хворих на невротичні розлади, достовірно більше спостерігалися у хворих на депресивні епізоди ($(2,53 \pm 0,42)$ балів, $p \leq 0,05$) та у хворих на психічні розлади органічного ґенезу ($(2,42 \pm 0,45)$ балів, $p \leq 0,05$). Хворі на невротичні розлади висловлювали частіше скарги переважно на епізодично розсіяну увагу (середній показник становив $(1,53 \pm 0,36)$ балів).

Особливістю депресивної симптоматики у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного ґенезу, на відміну від хворих на невротичні розлади, є достовірно більша апатія (середній показник — $(2,56 \pm 0,45)$ балів у хворих на депресивні епізоди, $(2,32 \pm 0,43)$ балів — у хворих на психічні розлади органічного ґенезу проти $(1,75 \pm 0,31)$ балів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади). Для клінічної картини депресії у хворих на депресивні епізоди та на психічні розлади органічного ґенезу властива швидка втома, наявність анергії, складнощі, пов'язані з початком діяльності, потреба у додаткових зусиллях для виконання простої повсякденної діяльності.

За пунктом «Нездатність пережити почуття» показники у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного ґенезу також достовірно переважали цей показник у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади — $(2,56 \pm 0,38)$ балів та $(2,03 \pm 0,37)$ балів відповідно, проти $(1,34 \pm 0,21)$ балів. Хворі на депресивні епізоди та хворі на психічні розлади органічного ґенезу значно частіше відзначали скарги на зниження здатності отримувати задоволення від того, що раніше їх захоплювало, періодично до ступеня втрати інтересу до навколишнього як порівняти з пацієнтами, хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади.

На відміну від них, хворі на невротичні розлади відзначали періодичне зниження інтересу до навколишнього, однак були готові більш активно включатися в навколишні події. Відчуття емоційного паралічу, втрата здатності відчувати гнів, смуток чи задоволення, повна чи навіть хвороблива втрата почуттів до близьких родичів та друзів у обстежених хворих не встановлено.

Показники за пунктом «Песимістичні думки» демонструють превалювання песимістичних думок, схильність до заниження самооцінки у хворих на депресивні епізоди (середній показник — $(1,62 \pm 0,36)$ балів). У хворих на психічні розлади органічного ґенезу та на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади песимістичні думки спостерігались значно менше ($(1,29 \pm 0,26)$ балів та $(1,19 \pm 0,22)$ балів відповідно).

Показники за пунктом «Суїцидальні думки» свідчать про наявність втоми від життя при відсутності суїцидальних думок у декількох з обстежених хворих на депресивні епізоди — $(0,35 \pm 0,14)$ балів, у хворих на психічні розлади органічного ґенезу — $(0,23 \pm 0,22)$ балів, у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади — $(0,16 \pm 0,23)$ балів.

Отже, отримані за допомогою шкали Монтгомері — Асберг для оцінки депресії дані демонструють певні особливості симптомів депресії при різних психічних розладах у пацієнтів, що перенесли COVID-19.

Особливості тривожної симптоматики вивчали за допомогою шкали тривоги Гамільтона (HARS) та особистісного опитувальника для оцінки рівня тривожності (GAD-7), що дало змогу провести як об'єктивну, так і суб'єктивну оцінку тривоги й докладніше уточнити структуру тривожної симптоматики у хворих, що перенесли COVID-19 (табл. 3).

Наведені дані демонструють наявність в клінічній картині обстежених хворих, що перенесли COVID-19, тривожних проявів різної інтенсивності.

Найвищі показники тривоги спостерігались у групі хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, які в середньому у групі відповідали помірному рівню тривоги ($(27,92 \pm 3,42)$ балів). Середній рівень інтенсивності тривоги у хворих на депресивні епізоди та на психічні розлади органічного ґенезу був у діапазоні від легкого до помірного ($(23,09 \pm 2,86)$ балів та $(24,58 \pm 3,19)$ балів відповідно).

Аналізуючи отримані дані щодо окремих пунктів шкали, слід зазначити, що у групі обстежених з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами показники за пунктами «Тривожний настрій», «Страхи» перевищували показники у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного ґенезу. Водночас відмінності між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворих на депресивні епізоди за пунктом «Страхи» мали достовірні відмінності ($p \leq 0,05$).

Таблиця 3. Характеристика тривоги у обстежених хворих, що перенесли COVID-19, за шкалою тривоги Гамільтона (HARS)

Пункт шкали	Група хворих		
	на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) (n = 34)	на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) (n = 32)	на психічні розлади органічного генезу (F06.3 — F06.6) (n = 31)
Тривожний настрій	1,83 ± 0,43	2,39 ± 0,42	2,16 ± 0,48
Напруження	2,12 ± 0,35	2,43 ± 0,46	2,21 ± 0,51
Страхи	1,14 ± 0,38	2,16 ± 0,41*	1,34 ± 0,32
Інсомнія	2,52 ± 0,55	2,46 ± 0,42	2,35 ± 0,38
Інтелектуальні порушення	2,18 ± 0,36	1,46 ± 0,42	2,34 ± 0,38***
Депресивний настрій	2,84 ± 0,56	1,78 ± 0,43**, ***	2,36 ± 0,51
Соматичні м'язові симптоми	1,43 ± 0,28	2,25 ± 0,36*	1,68 ± 0,33
Соматичні сенсорні симптоми	1,56 ± 0,26	1,83 ± 0,35	1,78 ± 0,29
Серцево-судинні симптоми	1,79 ± 0,37	2,12 ± 0,43	2,26 ± 0,51
Респіраторні симптоми	0,39 ± 0,22	1,56 ± 0,31*	0,58 ± 0,26
Гастроінтестинальні симптоми	1,65 ± 0,41	2,13 ± 0,45	1,58 ± 0,33
Сечостатеві симптоми	1,24 ± 0,25	1,62 ± 0,32	1,14 ± 0,26
Вегетативні симптоми	1,12 ± 0,27	2,24 ± 0,34**	1,46 ± 0,41
Поведінка під час огляду	1,28 ± 0,32	1,49 ± 0,38	1,34 ± 0,26
Загальний бал	23,09 ± 2,86	27,92 ± 3,42	24,58 ± 3,19

Примітки. Дані наведено у форматі ($M \pm m$), бали. Відмінності між групами хворих на депресивні епізоди і хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади вірогідні: * — при $p \leq 0,05$; ** — при $p \leq 0,01$; *** — відмінності між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади і хворих на психічні розлади органічного генезу вірогідні при $p \leq 0,05$

Достовірні відмінності спостерігались у показниках за пунктом «Інтелектуальні порушення» між хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворими на психічні розлади органічного генезу (відповідно $(1,46 \pm 0,42)$ балів та $(2,34 \pm 0,38)$ балів, $p \leq 0,05$); за пунктом «Депресивний настрій» між хворими на депресивні епізоди та хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (відповідно $(2,84 \pm 0,56)$ балів та $(1,78 \pm 0,43)$ балів, $p \leq 0,01$); між хворими на психічні розлади органічного генезу та хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (відповідно $(2,36 \pm 0,51)$ балів та $(1,78 \pm 0,43)$ балів, $p \leq 0,05$).

Структура соматичних та вегетативних симптомів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади характеризується переважанням соматичних проявів тривоги — «Респіраторні симптоми», «Гастроінтестинальні симптоми», «Сечостатеві симптоми», «Вегетативні симптоми». Водночас достовірні відмінності встановлені між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворих на депресивні епізоди за пунктами «Респіраторні симптоми» ($(1,56 \pm 0,31)$ балів та $(0,39 \pm 0,22)$ бали відповідно, $p \leq 0,05$) та «Вегетативні симптоми» ($(2,24 \pm 0,34)$ балів та $(1,12 \pm 0,27)$ балів відповідно, $p \leq 0,01$).

Отримані за допомогою шкали тривоги Гамільтона дані свідчать про особливості тривожних порушень у групах обстежених, що перенесли COVID-19.

Структура тривожних компонентів при невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладах характеризується різноманітними соматичними та вегетативними порушеннями, тоді як у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного генезу провідними є поєднання тривожних порушень з депресивними та когнітивними.

Результати проведеного опитування за допомогою особистісного опитувальника для оцінки рівня тривожності (GAD-7) наведені у таблиці 4 та свідчать про наявність тривожних розладів різної інтенсивності в усіх обстежених групах хворих, що перенесли COVID-19.

Максимально високі показники встановлені у групі хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, де середній показник відповідає високому рівню тривоги ($(21,37 \pm 3,78)$ балів, $p \leq 0,05$) та достовірно переважає показники у групах хворих на депресивні епізоди ($(9,92 \pm 2,16)$ балів) та хворих на психічні розлади органічного генезу ($(13,14 \pm 2,64)$ балів), середні показники яких відповідають легкому рівню тривоги.

Під час докладного аналізу за окремими пунктами шкали GAD-7 встановлені достовірні відмінності між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворих на депресивні епізоди: «Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість» ((3,46 ± 0,48) балів та (2,12 ± 0,36) балів відповідно, $p \leq 0,05$); «Надмірне занепокоєння з різного приводу» ((3,42 ± 0,53) балів та (1,82 ± 0,37) балів відповідно, $p \leq 0,05$); «Легко піддаюся відчуттю неспокою

чи дратівливості» ((3,18 ± 0,45) балів та (0,83 ± 0,22) балів, $p \leq 0,05$).

За пунктом «Страх того, що станеться щось жахливе» достовірні відмінності встановлені як між хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворими на депресивні епізоди ((3,41 ± 0,56) балів та (1,16 ± 0,35) балів відповідно, $p \leq 0,01$), так і з хворими на психічні розлади органічного ґенезу ((3,41 ± 0,56) балів та (1,78 ± 0,43) балів відповідно, $p \leq 0,05$).

Таблиця 4. Характеристика тривоги у обстежених хворих, що перенесли COVID-19, за даними особистісного опитувальника для оцінки рівня тривожності (GAD-7)

Пункт шкали	Група хворих		
	на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) (n = 34)	на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) (n = 32)	на психічні розлади органічного ґенезу (F06.3 — F06.6) (n = 31)
Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість	2,12 ± 0,36	3,46 ± 0,48*	2,22 ± 0,41
Нездатність упоратись із хвилюванням	1,18 ± 0,26	2,58 ± 0,38	1,17 ± 0,21
Надмірне занепокоєння з різного приводу	1,82 ± 0,37	3,42 ± 0,53*	2,58 ± 0,42
Нездатність розслабитися	2,23 ± 0,3	3,54 ± 0,58	2,43 ± 0,45
Крайній рівень неспокою: «місця собі не знаходжу»	0,58 ± 0,14	1,78 ± 0,31	0,82 ± 0,2
Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості	0,83 ± 0,22	3,18 ± 0,45*	2,14 ± 0,37
Страх з того, що станеться щось жахливе	1,16 ± 0,35	3,41 ± 0,56**, ***	1,78 ± 0,43
Загальний бал	9,92 ± 2,16	21,37 ± 3,78*	13,14 ± 2,64

Примітки. Відмінності між групами хворих на депресивні епізоди і хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади вірогідні: * — при $p \leq 0,05$; ** — при $p \leq 0,01$; *** — відмінності між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади і хворих на психічні розлади органічного ґенезу вірогідні при $p \leq 0,05$

Крім оцінки депресивних та тривожних проявів проводили оцінку загального клінічного стану, його впливу на якість життя і соціальну активність у обстежених хворих, що перенесли COVID-19. Загальний клінічний стан оцінювали за шкалою за-

гального клінічного враження (CGI-S). Встановлено особливості важкості клінічного стану у хворих на психічні розлади, що перенесли COVID-19, за даними шкали загального клінічного враження (табл. 5).

Таблиця 5. Особливості важкості захворювання у хворих на психічні розлади, що перенесли COVID-19, за даними шкали загального клінічного враження (CGI-S)

Показник	Група хворих		
	на депресивні епізоди (F32.0 — F32.2) (n = 34)	на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) (n = 32)	на психічні розлади органічного ґенезу (F06.3 — F06.6) (n = 31)
1 — немає ознак захворювання	0,0	0,0	0,0
2 — пограничний психічний розлад	0,0	0,0	0,0
3 — нерізко виражений розлад	14,71 ± 5,38	15,63 ± 5,79	12,90 ± 4,84
4 — помірно виражений розлад	32,35 ± 7,24	43,75 ± 8,12	38,71 ± 7,36
5 — значний розлад	35,29 ± 8,16	40,63 ± 7,96	35,48 ± 6,87
6 — тяжкий розлад	17,65 ± 6,41	0,0*	12,90 ± 4,84
7 — найбільш тяжкий розлад	0,0	0,0	0,0

Примітки. Дані наведено у форматі: % ± m %; * — відмінності між хворими вірогідні при $p \leq 0,01$

Середній показник за шкалою загального клінічного враження між групами обстежених хворих, що перенесли COVID-19, не мав достовірних відмінностей та у середньому у групах відповідав показникам від помірного до вираженого рівня розлади — $(4,56 \pm 2,67)$ балів у хворих на депресивні епізоди, $(4,25 \pm 2,52)$ балів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та $(4,48 \pm 2,58)$ балів у хворих на психічні розлади органічного ґенезу, незважаючи на відмінності у клініко-феноменологічних особливостях та психологічних аспектах формування хвороб.

Загальний стан більшості пацієнтів, незалежно від встановленого діагнозу, оцінено як «Помірно виражений розлад» у 32,35 % пацієнтів з депресивними епізодами, у 43,75 % хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, у 38,71 % хворих на психічні розлади органічного ґенезу. Як «Значний розлад» стан оцінено у 35,29 %, 40,63 %, 35,48 % хворих відповідно у зазначених групах. Оцінка загального стану як «Тяжкий розлад» встановлена у 17,65 % хворих на депресивні епізоди та у 12,90 % хворих на психічні розлади органічного ґенезу. У хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади категорія «Тяжкий розлад» не встановлена (вірогідність $p \leq 0,01$).

Згідно з отриманими даними в усіх групах обстежених, загальний стан пацієнтів не відповідав важкості за пунктами шкали CGI-S «Немає ознак захворювання», «Пограничний психічний розлад» та «Найбільш тяжкий розлад».

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. У обстежених хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади показники об'єктивної та суб'єктивної оцінки вираженості тривоги свідчать про важливість для хворих цієї групи особистісної оцінки того, що з ними відбувається. Показники депресії у цих хворих відповідали «легкому» та «помірному рівню» — середній бал у групі становив 20,16 балів. Оцінка важкості клінічного стану в цій групі хворих зумовлена наявністю тривожних станів з різноманітними соматичними та вегетативними проявами тривоги, що сприяє формуванню більш важкого суб'єктивного переживання хвороби.

2. Загальний рівень депресії у хворих з депресивними епізодами (F32.0 — F32.2) та у хворих з психічними розладами органічного ґенезу (F06.3 — F06.6) в середньому у групах відповідав «помірному» рівню депресії — середні бали за шкалою MADRS становили 25,97 та 23,04 бали відповідно.

3. Достовірні відмінності спостерігались за окремими пунктами шкали MADRS: «Сум, що спостерігається» — між групами хворих на депресивні епізоди та хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади ($(3,59 \pm 0,53)$ балів та $(2,25 \pm 0,41)$ балів відповідно, при $p \leq 0,05$); «Труднощі концентрації уваги» — між хворими на депресивні епізоди ($(2,53 \pm 0,42)$ балів), хворими на психічні розлади органічного ґенезу ($(2,42 \pm 0,45)$ балів)

та хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади ($(1,53 \pm 0,36)$ балів) при $p \leq 0,05$; «Нездатність переживати почуття» ($(2,56 \pm 0,38)$ балів у хворих на депресивні епізоди та $(1,33 \pm 0,21)$ балів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, при $p \leq 0,01$); $(2,03 \pm 0,37)$ балів у хворих на психічні розлади органічного ґенезу та $(1,33 \pm 0,21)$ балів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, $p \leq 0,05$).

4. Хворим, що перенесли COVID-19, притаманні тривожні розлади різної інтенсивності. Найвищі показники тривоги спостерігались у групі хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, які в середньому у групі відповідали помірному рівню ($(27,92 \pm 3,42)$ балів). Інтенсивність тривоги у хворих на депресивні епізоди та хворих на психічні розлади органічного ґенезу була у діапазоні від легкої до помірної ($(23,09 \pm 2,86)$ балів та $(24,58 \pm 3,19)$ балів відповідно).

5. Достовірні відмінності у показниках шкали тривоги Гамільтона встановлені за пунктами «Страхи» — між хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворими на депресивні епізоди ($(2,16 \pm 0,41)$ балів та $(1,14 \pm 0,38)$ балів відповідно, $p \leq 0,05$), «Інтелектуальні порушення» — між хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворими на психічні розлади органічного ґенезу ($(1,46 \pm 0,42)$ балів та $(2,34 \pm 0,38)$ балів відповідно, $p \leq 0,05$); «Депресивний настрій» — між хворими на депресивні епізоди та хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади ($(2,84 \pm 0,56)$ балів та $(1,78 \pm 0,43)$ балів відповідно, $p \leq 0,01$); між хворими на психічні розлади органічного ґенезу та хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади ($(2,36 \pm 0,51)$ балів та $(1,78 \pm 0,43)$ балів відповідно, $p \leq 0,05$).

6. У структурі тривожних розладів у хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади переважають соматичні та вегетативні симптоми, достовірні відмінності встановлені між групами хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади та хворих на депресивні епізоди за пунктами «Респіраторні симптоми» ($(1,56 \pm 0,31)$ балів та $(0,39 \pm 0,22)$ балів відповідно, $p \leq 0,05$), «Вегетативні симптоми» ($(2,24 \pm 0,34)$ балів та $(1,12 \pm 0,27)$ балів відповідно, $p \leq 0,01$).

Список літератури

1. Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic / Talevi D., Socci V., Carai M. [et al.] // Riv Psichiatr. 2020 May-Jun; 55(3): 137—144. DOI: <https://doi.org/10.1708/3382.33569>.
2. Sher L. The impact of the covid-19 pandemic on suicide rates. QJM: An International Journal of Medicine. 2020; 113 (10): 707—712. DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>.
3. WHO Coronavirus (COVID-19), Dashboard, 2023. DOI: <https://covid19.who.int/>.
4. United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. May 2020. URI: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf> (Accessed on July 05, 2020).

5. Vindegaard N. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence / N. Vindegaard, M. E. Benros // *Brain Behav Immun*. 2020 Oct; 89: 531—542. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>.

6. Suicidal Ideation Among Individuals Who Have Purchased Firearms During COVID-19 / Anestis, M. D., Bond, A. E., Daruwala, S. E. [et al.] // *American Journal of Preventive Medicine*. 2021 Mar; 60(3), 311—317. DOI: [10.1016/j.amepre.2020.10.01](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.10.01).

7. The role of the COVID-19 pandemic as a risk factor for suicide: What is its impact on the public mental health state today? / Aquila, I., Sacco, M. A., Ricci, C. [et al.] // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020 Aug; 12(S1), S120—S122. DOI: [10.1037/tra0000616](https://doi.org/10.1037/tra0000616).

8. Suicidal Behaviours During Covid-19 Pandemic: A Review / [Barberis N., Cannavò M., Cuzzocrea F., Verrastro V.] // *Clin Neuropsychiatry*. 2022 Apr; 19(2): 84—96. DOI: [10.36131/cnfioritieditore20220202](https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220202).

9. Xiang Y. T. Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic / Y. T. Xiang, Y. Jin, T. Cheung // *JAMA Psychiatry*. 2020; 77: 989. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2020.1057](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1057).

10. Galea S. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention / S. Galea, R. M. Merchant, N. Lurie // *JAMA Intern Med*. 2020; 180(6): 817—818. DOI: [10.1001/jamainternmed.2020.1562](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562).

11. Reger M. A. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm? / M. A. Reger, I. H. Stanley, T. E. Joiner // *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(11): 1093—1094. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2020.1060](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060).

12. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence / Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E. [et al.] // *Lancet*. 2020. Vol. 395, Issue 10227. P. 912—920. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

13. Pfefferbaum B. Mental Health and the Covid-19 Pandemic / B. Pfefferbaum, C. S. North // *N Engl J Med*. 2020; 383(6): 510—512. DOI: [10.1056/NEJMp2008017](https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017).

14. Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-CoV-2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients / Taquet M., Sillett R., Zhu L. [et al.] // *Lancet Psychiatry*. 2022. Vol. 9, Issue 10, P. 815—827. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00260-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00260-7).

15. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: World Health Organization: Scientific brief, 2 March 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1.

16. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis / Charlson, F., van Ommeren M., Flaxman A. [et al.] // *Lancet*. 2019; 394(10194): 240—248. DOI: [10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1).

17. Structural and functional properties of SARS-CoV-2 spike protein: potential antiviral drug development for COVID-19 / Huang, Y., Yang, C., Xu, Xf. [et al.] // *Acta Pharmacol Sin*. 2020. 41, 1141—1149. DOI: <https://www.nature.com/articles/s41401-020-0485-4>.

18. Досвід переживання пандемії COVID-19: дистанційні психологічні дослідження, дистанційна психологічна підтримка : матеріали онлайн-семінарів 23 квітня 2020 року «Досвід карантину: дистанційна психологічна допомога і підтримка» та 15 травня 2020 року «Дистанційні психологічні дослідження в умовах пандемії Covid-19 і карантину». Київ, 2020. 68 с. URL: https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/Static/dosvid_onl-sem_23-04-20_and_15-05-20_ncov19.pdf.

References

1. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, di Bernardo A, Capelli F, Pacitti F. Mental health outcomes of the CoVID-19 pandemic. *Riv Psichiatr*. 2020 May-Jun;55(3):137-144. doi: [10.1708/3382.33569](https://doi.org/10.1708/3382.33569).

2. Leo Sher, The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates, *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 113, Issue 10, October 2020, Pages 707–712, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>.

3. WHO Coronavirus (COVID-19), Dashboard, 2023. <https://covid19.who.int/>.

4. United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. May 2020. URL: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf> (Accessed on July 05, 2020).

5. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020 Oct;89:531-542. doi: [10.1016/j.bbi.2020.05.048](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048).

6. Anestis MD, Bond AE, Daruwala SE, Bandel SL, Bryan CJ. Suicidal Ideation Among Individuals Who Have Purchased Firearms During COVID-19. *Am J Prev Med*. 2021 Mar;60(3):311-317. doi: [10.1016/j.amepre.2020.10.013](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.10.013).

7. Aquila I, Sacco MA, Ricci C, Gratteri S, Montebianco Abenavoli L, Oliva A, Ricci P. The role of the COVID-19 pandemic as a risk factor for suicide: What is its impact on the public mental health state today? *Psychol Trauma*. 2020 Aug;12(S1):S120-S122. doi: [10.1037/tra0000616](https://doi.org/10.1037/tra0000616).

8. Barberis N, Cannavò M, Cuzzocrea F, Verrastro V. Suicidal Behaviours During Covid-19 Pandemic: A Review. *Clin Neuropsychiatry*. 2022 Apr;19(2):84-96. doi: [10.36131/cnfioritieditore20220202](https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220202).

9. Xiang YT, Jin Y, Cheung T. Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. 2020 Oct 1;77(10):989-990. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2020.1057](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1057).

10. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med*. 2020;180(6):817-818. doi: [10.1001/jamainternmed.2020.1562](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562).

11. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. 2020 Nov 1;77(11):1093-1094. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2020.1060](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060).

12. Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020. Vol. 395, Issue 10227, P. 912-920. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

13. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020 Aug 6;383(6):510-512. doi: [10.1056/NEJMp2008017](https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017).

14. Taquet M., Sillett R., Zhu L. Mendel J., Camplisson I., Dercon Q., Harrison P. J. Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-CoV-2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients. *Lancet Psychiatry*. 2022. Vol. 9, Issue 10, P. 815-827. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00260-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00260-7).

15. *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. Geneva: World Health Organization: Scientific brief, 2 March 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1.

16. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental

disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):240-248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.

17. Huang, Y., Yang, C., Xu, Xf. *et al.* Structural and functional properties of SARS-CoV-2 spike protein: potential antiviral drug development for COVID-19. *Acta Pharmacol Sin* 41, 1141–1149 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41401-020-0485-4>.

18. *Dosvid perezhyvannia pandemii COVID-19: dystantsiini psykholohichni doslidzhennia, dystantsiina psykholohichna pidtrymka* : materialy onlain-seminariv 23 kvitnia 2020 roku «Dosvid karantynu: dystantsiina psykholohichna dopomoha i pidtrymka» ta 15 travnia 2020 roku «Dystantsiini psykholohichni doslidzhennia v umovakh pandemii Covid-19 i karantynu». Kyiv, 2020. 68 s. URL: https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/Static/dosvid_onl-sem_23-04-20_and_15-05-20_ncov19.pdf. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 13.02.2023

Відомості про авторів:

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи*; e-mail: mscience@ukr.net

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юріївна, доктор медичних наук, старший науковий співробітник*; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії*; e-mail: tamararanko@ukr.net

СЕМІКІНА Олена Євгенівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії*; доцент кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ЯВДАК Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії*; e-mail: iyavdak@ukr.net

ЛАПІНСЬКА Оксана Романівна, молодший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії*, e-mail: kl.huce@gmail.com

* — Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work**; e-mail: mscience@ukr.net

FEDCHENKO Viktoriya, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor**; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry**; e-mail: tamararanko@ukr.net

SIEMIKINA Olena, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry**; Associate Professor of Department of clinic Neurology, Psychiatry and Narcology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

YAVDAK Iryna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry**; e-mail: iyavdak@ukr.net

LAPINSKA Oksana, Junior Researcher of the Department of Borderline Psychiatry**

** — of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine