

Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19

С.Н. Мосолов

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, кафедра психиатрии

Резюме

Объявленная пандемии COVID-19 в мире, ухудшение эпидемической обстановки в нашей стране, режим самоизоляции, нарастание страха в обществе на фоне панических слухов и дезинформации, распространяемых в социальных сетях и средствах массовой информации, вызывают беспокойство за судьбы пациентов, страдающих психическими заболеваниями, и ставят перед нашей психиатрической службой неотложные организационные и лечебные задачи. С учетом опыта других стран, которые уже столкнулись с массовым распространением COVID-19, приводится обзор предлагаемых неотложных и профилактических организационно-лечебных мероприятий и даются практические рекомендации по экстренной временной реорганизации психиатрической службы, оказанию психолого-психотерапевтической поддержки наиболее уязвимым группам населения, включая медперсонал, работающий с больными COVID-19, и ведению психически больных с тяжелым острым респираторным синдромом. В качестве первоочередных целей предлагается разделить потоки лиц, нуждающихся в психологической поддержке и психиатрической помощи, и организовать им дистанционное предоставление этих услуг (телефоны «горячей линии» и телемедицинские консультации). Особое внимание уделено ведению психически больных с коронавирусным тяжелым острым респираторным синдромом и особенностям проведения психофармакологической терапии с обзором потенциальных рисков развития побочных эффектов и осложнений, прежде всего на дыхательную функцию, в том числе вследствие неблагоприятных лекарственных взаимодействий.

Ключевые слова: психическое здоровье населения, COVID-19, SARS, психически больные, психиатрическая служба, побочные эффекты, лекарственные взаимодействия.

Ссылка: Мосолов С.Н. Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19 // Современная терапия психических расстройств. – 2020. – №2. – DOI: 10.21265/PSYPH.2020.53.59536

Контакты: profmosolov@mail.ru

Объявление ВОЗ [WHO, 2020] пандемии COVID-19 в мире и ухудшающаяся эпидемическая обстановка в нашей стране безусловно являются новым серьезным вызовом для всей отечественной психиатрии как медицинской специальности. Правительство России в последние недели предпринимает беспрецедентные меры по предотвращению распространения эпидемии COVID-19. Однако введенный режим самоизоляции, нарастание страха в обществе на фоне панических слухов и дезинформации, распространяемых в социальных сетях и средствах массовой информации, вызывает беспокойство за судьбы наших пациентов и диктует необходимость сделать некоторые замечания и предложения по дополнительному информированию специалистов в области психического здоровья и подготовке медицинских учреждений в случае появления заболевших COVID-19 с психической патологией.

1. Постоянно нагнетаемый тревожный информационный фон с повторением негативных фактов, повышенным психологическим давлением и введение строгого режима самоизоляции и расширенных санитарно-гигиенических норм могут вызвать всплеск психических расстройств в населении. По данным недавнего невыборочного опроса населения США, проведенного Американской психиатрической ассоциацией (АРА), почти половина опрошенных испытывают серьезный уровень тревоги и 40% опасаются, что они сами или их близкие могут заболеть COVID-19 в тяжелой форме и умереть [Schwartz B.J., 2020]. Число выписанных рецептов на анксиолитические препараты только за один за месяц (с 15 февраля по 15 марта 2020 г) выросло на 34,1%, а назначение антидепрессантов и снотворных средств увеличилось на 18,6% и на 14,8% соответственно [Luhby T, 2020]. Введенный в некоторых территориях в США карантин приводит к существенному стрессу, и его длительность коррелирует с развитием симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [Brooks S.K. et al., 2020]. Симптомы фрустрации, страха, чувство одиночества, социальной отгороженности и отчуждения, разочарования и бесперспективности, ожидание угрозы, оживление негативных переживаний из прошлой жизни (флэшбеки), яркие образные представления о собственном заражении коронавирусной инфекцией, ночные кошмары, бессонница, раздражительность и вспышки гнева, домашнее насилие, поведение избегания, иррациональные поступки, включая покупку оружия и военной амуниции и импульсивные решения бегства из находящихся на карантине населенных пунктов – вот неполный список симптомов ПТСР, массово наблюдающихся сейчас в США [London R.T., 2020; Galea S. et al., 2020] и являющихся значимыми факторами риска для развития хронического ПТСР [Kun P. et al., 2009; Tracy M. et al., 2011]. В частности, примерно каждый десятый пациент, находившийся в очаге эпидемии SARS в 2003 г, через год соответствовал диагностическим критериям ПТСР [Lee A.M. et al., 2007; Mak I.W., et al., 2010]. Аналогичные данные поступают и из других стран. Так, онлайн-скрининг по нескольким специальным шкалам и опросникам среди более 18 000 человек в Италии в период эпидемического пика COVID-19 с 26 марта по 5 апреля 2020 г., т.е. уже находящихся на карантине в течение 3-4 недель, обнаружил, что клинически значимые симптомы ПТСР наблюдались у 37% опрошенных, выраженного стресса - у 22,8%, расстройства адаптации - у 21,8%, тревоги - у 20,8%, депрессии - у 17,3% и бессонницы - у 7,3% респондентов [Rossi R. et al., 2020]. Все симптомы чаще встречались у женщин и отрицательно коррелировали с возрастом принявших участие в опросе. Близкие результаты были получены ранее в КНР: симптомы выраженной тревоги отмечались у 30%, депрессии – у 17% населения [Wang C. et al., 2020], а травматические стрессовые симптомы – у 35%, и также эта симптоматика чаще наблюдалась у женщин и лиц молодого возраста [Qiu J. et al., 2020]. Поскольку во всех исследованиях делалась поправка на среднюю распространенность этих расстройств, приведенные цифры свидетельствует о значительном негативном воздействии пандемии на психическое здоровье населения, которое затрагивает почти треть людей в очагах заражения. Учитывая серьезность ситуации, ВОЗ выпустило особое предупреждение [WHO, 2020], а наши британские коллеги даже выпустили специальный информационный листок для населения по профилактике психологического стресса и психических нарушений в условиях пандемии COVID-19 [Mental Health UK, 2020]. Отечественные исследователи неоднократно тоже указывали на высокую вероятность возникновения подобной симптоматики при социальном стрессе и чрезвычайных ситуациях [Александровский Ю.А., 1996; Дмитриева Т.Б. с соавт., 2001; Кекелидзе З.И., Портнова А.А., 2009]. Помимо стрессовых реакций и расстройств адаптации, в очагах массового распространения COVID-19 описывается появление и более тяжелых психических нарушений, таких как депрессия, тревога, панические атаки, декомпенсации характерологических особенностей личности, сверхценные и индуцированные бредовые идеи и даже острая психотическая симптоматика [Yang Y. et al., 2020; Goldberg J.F., 2020] и суициды [Goyal K. et al., 2020;

Courtet P., et al., 2020]. Ограничение социальной активности, вынужденная изоляция, обострение внутрисемейных проблем, злоупотребление алкоголем (абузузы), бессонница, нагнетаемая тревожная информация и негативные переживания являются известными факторами повышенного суицидального риска [Foster T., 2011; Tubbs A.S. et al., 2020]. Кроме того, дистресс и депрессия ослабляют иммунитет и осложняют течение и прогноз любого соматического заболевания, включая инфекционные [Кекелидзе З.И., Чехонин В.П., 1997; Александровский Ю.А., Чехонин В.П., 2005]. Известно, что современные эпидемические инфекционные заболевания вызывают целый ряд серьезных психических расстройств, требующих профессиональной оценки и лечения [Tucci V. et al., 2017]. Среди возрастных категорий наиболее тяжело социальную изоляцию в связи с новой коронавирусной инфекцией переносят пожилые люди и дети [Jeste D.V. et al., 2020]. Известно, что социальная изоляция является самым значимым предиктором общей смертности в старшем возрасте [Stephoe A. et al., 2013]. Так же как и карантин, введенный в 2003 г. в связи с вспышкой тяжелого острого респираторного вирусного синдрома (SARS), в 4 раза чаще вызывал симптомы ПТСР у детей по сравнению с аналогичной возрастной выборкой без карантина [Sprang G, Silman M., 2013].

2. Пациенты с психическими расстройствами представляются наиболее уязвимой категорией для воздействия агрессивной информационной среды и длительного режима самоизоляции, что может вызвать дистресс и привести к обострению состояния. Особенно уязвимыми категориями представляются пациенты с аффективными расстройствами, с патологией личности (внушаемые, зависимые, тревожные, истерические, пограничные, эмоционально нестабильные), с тревожными и невротическими расстройствами (обсессивно-компульсивное, паническое и генерализованное тревожное, соматоформное, диссоциативное и фобические расстройства) и с хроническими психозами, включая шизофрению. Новый драматический опыт со случаями COVID-19 в психиатрических больницах Уханя в Китае [China Newsweek, 2020; Dong L., Bouey J., 2020], Дэнама в Южной Корее [Kim M.J., 2020], Сиены в Италии [Fagiolini A., 2020] и Барселоны в Испании [Garriga M. et al., 2020] показывает, что инфекция распространяется быстрее, чем в здоровой популяции, и последствия могут быть тяжелыми. Возможные объяснения включают когнитивные нарушения, невысокий уровень осведомленности о рисках, снижение инстинкта самосохранения, а также замкнутые условия в палатах и неготовность противостоять распространению инфекции с помощью жестких санитарно-гигиенических ограничений. Большинство амбулаторных пациентов также в силу особенностей психического состояния и недостаточной критичности отличаются плохой комплаентностью, могут нарушать режим самоизоляции и не соблюдать санитарные правила, что повышает риск их заражения, а в случае заболевания COVID-19 риск его более тяжелого течения и развития осложнений у них представляется более высоким, поскольку они чаще страдают коморбидными соматическими заболеваниями, включая метаболический синдром, диабет, сердечно-сосудистую и легочную патологию [Sartorius N., 2013; Nordentoft M. et al., 2013]. При психических расстройствах повышен также риск развития инфекционных заболеваний, в том числе пневмонии [Seminog O.O., Goldacre M.J., 2013]. Кроме того, новый опыт в эпидемических очагах показал, что существует задержка выявления COVID-19 у пациентов с психическими нарушениями, связанная с их низкой комплаентностью, стигматизацией и худшим доступом к общемедицинской помощи [Yao H. et al., 2020; Garriga M. et al., 2020], что может способствовать распространению инфекции. Важную роль в такой уязвимости играет и возрастной фактор – особого внимания требуют дети и лица старшего возраста. Все эти категории психически больных как в амбулаторной практике, так и в стационаре в настоящий момент нуждаются в более пристальном внимании со стороны своих лечащих врачей, включая проведение санитарно-просветительской и психообразовательной работы с разъяснением необходимости соблюдать режим самоизоляции и профилактических

санитарно-гигиенических мер, а также с противодействием негативному психологическому давлению средств массовой информации, включая панические настроения и дезинформационные материалы по актуальной ситуации с коронавирусной инфекцией и по непроверенным методам ее лечения. Все пациенты с психическими расстройствами должны получать объективную и обновляемую информацию в доступной для понимания форме с учетом возраста и тяжести их состояния. Кроме того, заболевшие COVID-19 люди с психическими расстройствами могут столкнуться с большим количеством препятствий в получении своевременной медицинской помощи из-за дополнительной стигматизации.

3. Введение режима социальной изоляции и норм социального дистанцирования существенно ограничили возможности общения врачей-психиатров со своими пациентами. Единственным выходом представляется срочное налаживание в психиатрических службах телемедицины (телепсихиатрии) и дистанционного видео общения с пациентом, тем более что психиатрия была первой специальностью, где были эффективно применены возможности телемедицины для удаленной консультативной помощи больным. Уже накоплен немалый положительный опыт ее применения [Doan C.R., 2018], в том числе круглосуточного психологического онлайн консультирования и даже проведения когнитивно-поведенческой психотерапии для лечения депрессии и тревожных расстройств во время эпидемии COVID-19 в Китае и Корее [Duan L., Zhu G., 2020; Liu S. et al., 2020]. Современный интернет предоставляет широкие возможности для этого. Необходимо наличие соответствующего оборудования, поддерживающего видеосвязь (компьютер, ноутбук, планшет, смартфон), и широкополосный доступ в сеть. В государственных медицинских учреждениях, как правило, сегодня имеется такой доступ. Большинство современных мессенджеров и социальных сетей и многие интернет-платформы (Mind, Zoom, Skype, Proficonf, Google Hangouts, Join.me, TrueConf, Appear.in и др.) бесплатно поддерживают двустороннюю и многостороннюю видеосвязь. В сложившейся ситуации врач обязан предоставить пациенту возможность получить консультацию и необходимую помощь по видеосвязи. В случае установления достаточного контакта с больным при большинстве психических заболеваний такого видео общения оказывается достаточно для адекватной оценки состояния пациента, установки диагноза и коррекции терапии. Для преодоления кризисных явлений помощь заключается прежде всего 1) в создании управляемой ситуации, оказании вербальной поддержки, проведении психообразования с сообщением достоверной информации и назначения соответствующей психофармакотерапии в случае необходимости и 2) совместной выработки рационального поведения и стратегии преодоления сложившейся ситуации и разрешения проблем. Основной целью такого кризисного консультирования увеличение сопротивляемости и устойчивости личности пациента к кризисным ситуациям, в том числе к деструктивному суицидальному и агрессивному поведению. Нужно также шире внедрять в практику валидные психометрические инструменты (структурированные диагностические интервью, шкалы, самоопросники и др.) для дистанционного проведения скрининга, установления диагноза и оценки тяжести состояния больного, включая суицидальный риск, в динамике терапии. Многие такие психометрические шкалы, скрининговые опросники, программы психообразования и онлайн мониторинга психического состояния и комплаентности пациентов уже разработаны и успешно применяются у некоторых категорий психически больных с помощью обычных смартфонов [Foster T., 2011; Areal P.A. et al., 2016]. Во время действия режима самоизоляции не следует просить пациента приходить на прием к врачу за исключением необходимости экстренной госпитализации.

4. В соответствии с известными принципами оказания психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях [Кекелидзе З.И., 2001] необходимо быстро

организовать дистанционную психологическую поддержку и в случае выявления проблем психотерапевтическую и психиатрическую помощь следующим наиболее уязвимым для появления психических нарушений категориям лиц:

- длительно находящимся на вынужденном карантине (чувство изоляции, одиночества, страх потерять работу, недостаток продукты или медикаменты; депрессия, переизбыток, злоупотребление алкоголем, неконтролируемое потребление непроверенных средств для профилактики заражения SARS-CoV-2, клаустрофобия, агорафобия, панические атаки, отказ соблюдать карантинный режим, стрессовые расстройства, агрессия, суицидальное поведение и др.);
- пожилым людям, вследствие сочетания у них нескольких неблагоприятных факторов риска, включая высокую вероятность осложненного течения коронавирусной инфекции, социальную изоляцию, повышенную суицидоопасность и низкую осведомленность по пользованию предлагаемой через интернет или посредством мобильной связи помощью; в связи с этим особые санитарно-эпидемические профилактические меры должны быть предприняты в домах престарелых и «клиниках памяти»;
- с положительным тестом на коронавирусную инфекцию (страх смерти, тревога за близких, депрессия, стрессовые и личностные реакции, дисфория, агрессия, отказ соблюдать карантин, стигматизация вплоть до социального отвержения и дискриминации и др.);
- заболевшим COVID-19 (нозогении, страх смерти, тревога, депрессия, стрессовые реакции, суицидальный риск, социальная стигматизация и др.);
- медперсоналу, находящемуся в контакте с заболевшими COVID-19 (моральный дистресс, страх заражения себя и близких родственников SARS-CoV-2, тревога, бессонница, ночные кошмары, астения, снижение концентрации внимания, эмоциональное истощение вследствие постоянного наблюдения страданий больных и выражения им сочувствия, депрессия, чувство беспомощности, отрицание риска заражения с пренебрежением к адекватным средствам защиты, суицидальный риск, синдром выгорания, паника и др.);
- психически больным, находящимся под наблюдением на режиме самоизоляции (обострение психического состояния, страх заражения, чувство одиночества и беспомощности, страх развития обострения, страх оказаться без помощи и лекарственных препаратов, стрессовые реакции, усиление обсессивно-компульсивной симптоматики, нарушения сна, злоупотребление психоактивными веществами, отказ от режима самоизоляции и самообслуживания, импульсивное поведение, агрессия, суицидальное поведение и др.).

5. Для работы с населением и медперсоналом необходимо организовать «горячую линию» или использовать на первом этапе «телефон доверия» (экстренной психологической поддержки по телефону). Поскольку число обращений за психологической помощью может увеличиться стремительно, нужно заранее создать и обучить пул психологов и психотерапевтов, готовых работать с различными фокус-группами обратившихся за помощью. При отсутствии необходимого числа профессиональных психологов и психотерапевтов следует обратиться за помощью в общественные профессиональные организации и местные волонтерские движения. Новый опыт из Китая и США показывает, что дистанционная психологическая поддержка лиц, находящихся на карантине в связи с COVID-19, существенно снижает уровень дистресса и его последствия [Zhou X., 2020; Brooks S.K. et al., 2020].

6. Для амбулаторных пациентов с психическими расстройствами в целях соблюдения ими условий карантина нужно срочно решить вопрос по обеспечению их

требуемыми лекарственными препаратами без необходимости посещения психоневрологических диспансеров для выдачи рецептов, а у больных шизофренией также организовать регулярное введение инъекционных пролонгированных форм антипсихотиков на дому, чтобы избежать перерыва в длительной противорецидивной терапии. При отсутствии такой возможности всем категориям психически больных с высоким риском рецидива в случае перерыва длительной поддерживающей терапии, а также пациентам с высокой вероятностью несоблюдения режима самоизоляции должна быть предложена добровольная госпитализация. В случае отказа им следует обеспечить помощь на дому. К таким категориям относятся все хронические и часто рецидивирующие психические расстройства, прежде всего шизофрения, рекуррентная депрессия, биполярное расстройство, деменции, паническое расстройство и др. Полустационарная помощь также должна быть ограничена – больных, нуждающихся в активной терапии, желательно перевести в стационар, остальных перевести на амбулаторную терапию с регулярным дистанционным наблюдением. В этой связи интересным представляется опыт испанских коллег по организации стационарной помощи на дому, так называемой «домашней госпитализации» (Mental Health Home Hospitalization - МННН) [Corcoles D. et al., 2015; Hernandez C. et al., 2018], которая позволила своевременно сократить нагрузку на психиатрические стационары Барселоны в условиях тяжелой эпидемической обстановки [Garriga M. et al., 2020]. Похожий организационный вариант с оказанием экстренной психиатрической помощи на дому посредством специализированных выездных бригад (психиатрическое отделение неотложной помощи – ПОНП) имеется и в Москве в ПКБ ДЗМ № 1 им. Н.А. Алексеева [Савельев Д.В., 2018]. Во избежание массового заражения в психиатрических больницах по другому пути пошли в Израиле, где в Тель-Авиве при стационаре организовали небольшие карантинные отделения с отдельным входом, самостоятельной вентиляцией, санитарным шлюзом с соблюдением персоналом всех необходимых мер предосторожности, а также с круглосуточным видеонаблюдением и двусторонней связью. В отделениях изолируются психически больные с легкими формами инфекции или подозрением на COVID-19, требующие стационарного лечения [Vlessides M., 2020].

Пациентам с гипоманиакальными состояниями и некоторыми личностными расстройствами (эмоционально нестабильные, диссоциальные, параноидные, смешанные, возбудимые, пограничные и др.), которые в обычной практике могут лечиться амбулаторно, в условиях эпидемии также должна быть предложена добровольная госпитализация, так как у них снижена способность к соблюдению режима карантина, а при психопатиях важно избежать ситуационного развития вследствие психогенной травматизации.

7. При очной работе с пациентами, страдающими психическими расстройствами, нужно руководствоваться следующими рекомендациями:

- строго соблюдать утвержденные Минздравом дополнительные санитарно-гигиенические мероприятия по профилактике распространения коронавирусной инфекции, в частности, отраженные в последних версиях методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)»;
- регулярно следить за соматическим состоянием пациента, включая трехразовое в сутки измерение температуры, подробно выяснять эпидемиологический анамнез, в том числе возможные контакты с инфицированными лицами и пребывание в странах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой;
- особое внимание следует уделить противоэпидемическим и санитарно-гигиеническим мероприятиям в психоневрологических интернатах и других

учреждениях, включая частные, для хронических больных с психическими расстройствами;

- в случае возникновения стрессовых реакций и расстройств адаптации необходимо проведение соответствующей психотерапии и реже психофармакотерапии (короткодействующие бензодиазепины и снотворные препараты, включая trazodon);
- при выявлении или подозрении COVID-19 в психиатрическом учреждении необходимо изолировать больного по месту выявления, закрыть доступ в палату или другое помещение, выставить пост с целью приостановить сообщение с местом выявления больного с инфекцией, провести экстренную местную дезинфекцию, выявить круг лиц, имевших контакты с больным, и изолировать их, срочно поставить в известность администрацию учреждения, местную эпидемиологическую службу и медицинские надзорные органы для организации карантинных мер и перевода больного в специализированный стационар; при амбулаторном выявлении или подозрении COVID-19 больному организуется карантин на дому с соответствующим извещением вышеперечисленных служб и обеспечением его необходимой помощью с соблюдением соответствующих эпидемических мер предосторожности;
- при оказании помощи больным с диагнозом или подозрением на диагноз COVID-19 нужно строго руководствоваться утвержденными Российским обществом психиатров и Минздравом РФ клиническими рекомендациями по диагностике и лечению психических заболеваний; необходимо быстро перевести предложенные в них диагностические и терапевтические алгоритмы в удобный для врачей электронный формат для использования их в интерактивном режиме на мобильных устройствах;
- в тяжелых случаях COVID-19 необходимо учитывать возможность появления экзогенной психопатологической симптоматики вследствие интоксикации, в том числе тяжелой энцефалопатии вирусного генеза (спутанность, дезориентировка, делирий, кататоническая симптоматика и др.). В литературе уже описан случай развития некротизирующей геморрагической энцефалопатии вследствие коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 [Poyiadji N. et al., 2020] и развития синдрома «цитокинового шторма» [Mehta P. et al., 2020]. Среди ранних признаков заболевания, свидетельствующих о поражении центральной нервной системы, нужно обращать внимание на следующую психоневрологическую симптоматику: резкие головные боли, головокружения, потерю обоняния и вкуса, нарастающее чувство беспокойства и безотчетной тревоги, нарушения внимания и растерянность, особенно у пожилых пациентов [Baig A.M. et al., 2020; Filatov A. et al., 2020]. Считается, что эти признаки могут быть связаны с более тяжелым течением заболевания и центральным генезом развития сердечно-легочной недостаточности [Li Y.C. et al., 2020].

8. При выборе психофармакологических препаратов и других методов терапии у больных с диагнозом или подозрением на диагноз COVID-19 нужно учитывать следующую информацию.

- У психически больных чаще, чем в популяции выявляются сопутствующие соматические расстройства, включая метаболический синдром, диабет, сердечно-сосудистую и легочную патологию, что может существенно осложнить течение COVID-19 и затрудняет подбор эффективной и безопасной лекарственной терапии [Незнанов Н.Г. с соавт., 2018].
- При наличии объективных клинических признаков, положительного теста и необходимости проведения терапии инфекционного заболевания необходимо

оценить психическое состояние больного и риск вероятного рецидива в случае отмены терапии или снижения дозировок. Учитывая высокую дополнительную лекарственную нагрузку и возможные лекарственные взаимодействия, при низкой вероятности быстрого обострения психофармакотерапию лучше временно отменить или уменьшить дозы принимаемых препаратов. В случае высокого риска обострения необходимо учитывать выраженность соматических симптомов COVID-19 и возможные лекарственные взаимодействия. Возобновление психофармакотерапии рекомендуется в полном объеме после устранения острых симптомов COVID-19 с нормализацией температуры тела, функции дыхания и лабораторных показателей.

- Выбор психофармакологического средства должен соответствовать соматическому состоянию пациента и учитывать спектр соматотропной активности препарата и вызываемые им побочные эффекты. Особую осторожность следует проявлять у пациентов с наличием сердечной патологии, явлений дыхательной, почечной и печеночной недостаточности, поскольку может существенно меняться метаболизм препаратов и скорость их выведения из организма [Мосолов С.Н., 2012]. В частности, воспалительная реакция в легких может снижать метаболизм некоторых антипсихотических препаратов, например, клозапина, оланзапина и рисперидона, что требует снижения их дозы. Все психотропные средства должны назначаться в строгом соответствии с имеющимися к ним показаниями и противопоказаниями, соблюдением предписанного режима доз, а также с учетом возрастных особенностей.
- Некоторые психофармакологические препараты могут увеличивать риск осложнений COVID-19. Например, карбамазепин, вальпроаты и ряд антипсихотиков могут подавлять активность миелоцитов, усиливать гиповолемию и электролитные нарушения, а бензодиазепины могут вызывать снижение мышечного тонуса, усиливать миастению и угнетать дыхательную функцию, повышая риск развития пневмонии [Малин Д.И., 2000]. Имеются данные, что центральные антихолинэргические препараты (тригексифенидил, бипериден и др.) у пожилых пациентов в 1,6-2,5 раза повышают риск развития пневмонии [Paul K., Walker R., 2015]. Пациенты пожилого возраста особенно чувствительны к миорелаксирующему действию бензодиазепинов, что может приводить к атаксии и падениям с получением травм и переломов, а также нарушению вентиляции легких и спровоцировать развитие гипостатической пневмонии [Dublin S. et al., 2011].
- У психически больных с COVID-19, состояние которых уже осложнилось пневмонией и явлениями дыхательной недостаточности, дозу применяемых препаратов рекомендуется по возможности уменьшить в два раза или, если позволяет психическое состояние больного, на время отменить психофармакотерапию, так как большинство препаратов может усилить соматовегетативные нарушения, такие как тахикардия, гипертермия, нарушения сердечного ритма и дыхания.
- При выборе фармакотерапии при лечении стрессовых реакций, расстройств адаптации, тревожно-фобических и панического расстройств необходимо отказаться от применения бензодиазепинов длительного действия (диазепам, клоназепам, феназепам) с выраженным миорелаксирующим эффектом, так как это может привести к нарушению функции дыхания и усилить явления дыхательной недостаточности [Stein D.J., 2018]. В этих случаях препаратами выбора являются лоразепам и алпразолам в небольших дозах. При использовании габапентина и прегабалина для лечения генерализованной тревоги повышен риск развития пневмонии и тяжелой дыхательной недостаточности, особенно при сочетании с анальгетиками, снотворными и антигистаминными средствами [FDA, 2019].

- У пациентов с аффективными расстройствами, находящимися на длительной терапии солями лития, следует чаще проверять концентрацию препарата в плазме крови, поскольку повышенное потоотделение вследствие гипертермии может приводить к нарушению водно-электролитного баланса и замедлению выведения лития из организма с увеличением его концентрации в крови и потенциальным риском развития литиевой интоксикации с центральными эффектами, включая мозжечковый синдром, который чаще развивается при выраженной гипертермии [Мосолов С.Н., 1983].
- У психотических больных применение антипсихотиков и антихолинергических корректоров требует осторожности, поскольку многие препараты вызывают выраженную седацию, гипотонию, холинолитические побочные явления, включая задержку мочеиспускания, ксеростомию или повышенную саливацию, удлиняют интервал QT (особенно тиоридазин, зипрасидон, сертиндол и амисульприд) и обладают проаритмическим действием. Клозапин может усиливать гипертермию, снижать иммунобиологическую реактивность и вызывать гранулоцитопению. Хлорпромазин обладает сильным адренолитическим действием и нередко вызывает артериальную гипотензию, тахикардию, кардиотоксические эффекты и угнетение дыхательного центра; риски угнетения дыхания имеются и при применении прометазина [Chan H.Y. et al., 2019]. В целях предотвращения нарушения дыхательной функции следует избегать сочетания этих препаратов с бензодиазепинами. При купировании возбуждения важно, чтобы терапевтический эффект был достигнут на уровне успокоения или легкой седации. Достижение глубокой седации крайне нежелательно ввиду риска развития угнетения дыхания, аспирации пищи и артериальной гипотензии.
- Поскольку пациентам с психической патологией, страдающих COVID-19, помимо психофармакотерапии для лечения острого респираторного синдрома и сопутствующих соматических расстройств, назначают различные лекарственные средства, в том числе жаропонижающие, обезболивающие, противовирусные и антибактериальные, необходимо учитывать лекарственные взаимодействия этих препаратов. В частности, ритонавир повышает плазменную концентрацию арипипразола, рисперидона, кветиапина, дезипрамина, карбамазепина и буспирона, а ритонавир и делавирдин увеличивают плазменную концентрацию флуоксетина на 19-50% [Goodlet K.J. et al., 2018]. Антибиотики макролиды, применяемые для лечения пневмонии, эритромицин, кларитромицин и азитромицин являются мощными и ингибиторами микросомального окисления. Они замедляют метаболизм кветиапина, карбамазепина, вальпроевой кислоты, буспирона и некоторых транквилизаторов и снотворных препаратов - алпразолама, мидазолама, зопиклона и залеплона, что приводит к усилению их седативного действия и побочных эффектов [Мосолов С.Н. с соавт., 2019]. Противомаларийные средства действуют следующим образом: хинидин угнетает метаболизм арипипразола и диазепамы и повышает их концентрацию в плазме крови; мефлохин снижает сывороточную концентрацию вальпроевой кислоты и повышает плазменную концентрацию карбамазепина. Кроме того, не стоит забывать, что мефлохин самостоятельно может вызывать неврологические симптомы, депрессию, тревогу и психотическую симптоматику, включая бред, галлюцинации и спутанность [FDA, 2013]. Хлорохин и возможно гидроксихлорохин при сочетании с антидепрессантами ингибиторами MAO увеличивают риск нейротоксичности [Wynn G.H. et al., 2009]. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) могут быть связаны со следующими лекарственными взаимодействиями: парацетамол угнетает метаболизм фенотиазиновых антипсихотиков и трициклических антидепрессантов; ацетилсалициловая кислота снижает метаболизм трициклических антидепрессантов и вальпроевой кислоты; бутадиион,

ибупрофен, индометацин и диклофенак угнетают почечную экскрецию солей лития и повышают его концентрацию в плазме крови. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), НПВС и ацикловир также могут повышать содержание лития в крови [Wynn G.H. et al., 2009]. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) могут снижать агрегацию тромбоцитов и свертываемость крови, особенно в сочетании с НПВС, ацетилсалициловой кислотой или антикоагулянтами. С целью профилактики нежелательных лекарственных взаимодействий следует прежде всего избегать одновременного назначения лекарственных средств, подвергающихся метаболизму одним и тем же семейством изофермента цитохрома Р-450. В частности, некоторые противовирусные препараты являются мощными ингибиторами изофермента 3А4 и могут существенно замедлять метаболизм ряда психотропных средств, а фенобарбитал и карбамазепин индуцируют активность фермента и могут снижать концентрации лопинавира, ослабляя его клиническую эффективность [Goodlet K.J. et al., 2018]. Более подробную информацию о лекарственных взаимодействиях психофармакологических препаратов можно найти в других наших публикациях на эту тему [Мосолов С.Н. с соавт., 2019, 2020], а также на специальных информационных интернет-ресурсах [Liverpool Drug Interactions Group, 2020].

Таким образом, мировая пандемия COVID-19 и быстрое ухудшение эпидемиологической обстановки в нашей стране требуют неотложного адекватного ответа отечественной психиатрии как медицинской дисциплины и ставят новые срочные задачи перед всей психиатрической службой.

В качестве первоочередных целей по временной реорганизации психиатрической службы необходимо создать координирующие штабы на местах под руководством главных внештатных специалистов и разделить потоки лиц, нуждающихся в психологической поддержке и психиатрической помощи: 1) здоровые люди, охваченные паникой и плохо переносящих новые стрессовые факторы; 2) заболевшие COVID-19 в легкой форме и находящиеся на карантине, или заболевшие в тяжелой форме и госпитализированные либо нуждающиеся в госпитализации; 3) психически больные, находящиеся на амбулаторном наблюдении с обеспечением их необходимой помощью, включая лекарственные средства (пациентов, не соблюдающих самоизоляцию, лучше госпитализировать); 4) психически больные, заболевшие COVID-19, нуждающиеся в госпитализации в специализированные стационары или в домашнем карантине; 5) медперсонал, оказывающий непосредственную помощь, заболевшим COVID-19. Необходимо четко определить маршрутизацию этих потоков и алгоритмы оказания помощи. Применение таких алгоритмов в Корее показало высокую эффективность и в значительной мере позволило предотвратить неблагоприятные психологические и психиатрические последствия эпидемии [Lee S.M. et al., 2019].

Необходимо дистанционно организовать кризисное консультирование, психотерапевтическую и психиатрическую помощь нуждающимся людям (телефоны «горячей линии», телемедицинские консультации) с определением фокус-групп для применения проверенных терапевтических вмешательств. Как показывает практика, задержка в организации такой помощи может привести к острому психологическому кризису с попытками суицида и/или последующему переводу симптоматики в хроническое течение с формированием признаков ПТСР [Folkman S., Greer S., 2000; Maunder R. et al., 2003], а у лиц с психическими расстройствами - к серьезному обострению заболевания с ухудшением прогноза его течения [Garriga M. et al., 2020].

При проведении психофармакотерапии пациентам с психической патологией и признаками COVID-19 нужно тщательно оценивать потенциальные пользу и риски ее применения и учитывать ряд особенностей, которые включают коррекцию дозировок психотропных средств, использование препаратов с минимально выраженными побочными

эффектами, особенно на дыхательную функцию, и возможные неблагоприятные лекарственные взаимодействия препаратов при тщательном контроле за соматическим состоянием больных, данных ЭКГ и лабораторных показателей.
Действовать нужно быстро!

Литература

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства. РМЖ. 1996;3(11):689-694.
2. Александровский Ю.А., Чехонин В.П. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2005, 235 с.
3. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике). /Под ред. С.Н. Мосолова/ - М., «Социально-политическая мысль»; 2012, 1073 с.
4. Дмитриева Т.Б., Воложин А.И., Александровский Ю.А., Кекелидзе З.И., Коган Б.М., Положий Б.С., Румянцева Г.М., Субботин Ю.К. Социальный стресс и психическое здоровье. М.: Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию; 2001, 248 с.
5. Кекелидзе З.И. Принципы оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях. Психиатрия и психофармакотерапия. 2001;3(4):123-125.
6. Кекелидзе З.И., Портнова А.А. Критерии диагностики посттравматического стрессового расстройства. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009;109(12):4-7.
7. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. Клинические и иммунохимические аспекты. М.: Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского; 1997, 362 с.
8. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. М.: Вузовская книга; 2000, 207 с.
9. Мосолов С.Н. Применение солей лития в психиатрической практике. Методические рекомендации МЗ СССР. М.: 1983, 44 с.
10. Мосолов С.Н., Малин Д.И., Рывкин П.В., Сычев Д.А. Лекарственные взаимодействия препаратов, применяемых в психиатрической практике. Современная терапия психических расстройств. 2019; S1:1-35.
<https://doi.org/10.21265/PSYPH.2019.50.40828>
11. Мосолов С.Н., Малин Д.И., Цукарзи Э.Э., Костюкова Е.Г. Особенности психофармакотерапии пациентов с коронавирусной инфекцией (COVID-19). Современная терапия психических расстройств. 2020;2.
<https://doi.org/10.21265/PSYPH.2020.18.69.001>
12. Незнанов Н.Г., Мосолов С.Н., Иванов М.В. Психофармакотерапия. / Психиатрия. Национальное руководство. Под ред. Александровского Ю.А., Незнанова Н.Г.: М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018:1627-1736
13. Савельев Д.В. Новые организационные формы оказания психиатрической помощи. / Сборник материалов научно-практической конференции «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы». /Под ред. Г.П. Костюка/. М.: МГУ, 2018:62-65.
14. Arean PA, Hallgren KA, Jordan JT, et al. The use and effectiveness of mobile apps for depression: results from a fully remote clinical trial. J Med Internet Res. 2016;18(12):e330.
<https://doi.org/10.2196/jmir.6482>
15. Baig AM, Khaleeq A, Ali U, Syeda H. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host-virus interaction, and proposed neurotropic mechanism. ACS

- Chemical Neuroscience. 2020;11(7):995-998.
<https://doi.org/10.1021/acscemneuro.0c00122>
16. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912–920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)
 17. Chan HY, Lai CL, Lin YC, Hsu CC. Is Antipsychotic Treatment Associated With Risk of Pneumonia in People With Serious Mental Illness? The Roles of Severity of Psychiatric Symptoms and Global Functioning. *J Clin Psychopharmacol*. 2019 Sep/Oct;39(5):434-440. <https://doi.org/10.1097/jcp.0000000000001090>
 18. China Newsweek. Collective infections of coronavirus among 50 patients and 30 health workers in one psychiatric hospital in Wuhan. *Shanghai Obs*. 2020. <https://www.jfdaily.com/news/detail?id=208584> (accessed Feb 17, 2020; in Chinese).
 19. Córcoles D, Malagón Á, Martín LM, Bulbena A, Pérez V. Home treatment in preventing hospital admission for moderate and severe mentally ill people. *Psychiatry Res* 2015;230:709-711. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.039>
 20. Courtet P, Olié E, Debien C, Vaiva G. Keep socially (but not physically) connected and carry on: preventing suicide in the age of COVID-19. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3):20com13370. <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13370>
 21. Doarn CR. Telemedicine and psychiatry: a natural match. *mHealth*. 2018;4:60. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.12.04>
 22. Dong L, Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerg Infect Dis* 2020;26. <https://doi.org/10.3201/eid2607.200407>
 23. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):300–302. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30073-0)
 24. Dublin S., Walker RL, Jackson ML, Nelson JC, Weiss NS, Korff M, Jackson LA. Use of opioids or benzodiazepines and risk of pneumonia in older adults: a population-based case-control study. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:1899-1907. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03586.x>
 25. Fagiolini A, Cuomo A, Frank E. COVID-19 diary from a psychiatry department in Italy. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3):20com13357. <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13357>
 26. FDA / U.S. Food and Drug Administration. 19.12. 2019. <https://www.fda.gov/news-events/fda-brief/fda-brief-fda-requires-new-warnings-gabapentinoids-about-risk-respiratory-depression>
 27. FDA / U.S. Food and Drug Administration. 29. 07. 2013. Drug Safety Communication: FDA approves label changes for antimalarial drug mefloquine hydrochloride due to risk of serious psychiatric and nerve side effects. <https://www.fda.gov/media/86285>
 28. Filatov A, Sharma P, Hindi F, Espinosa PS. Neurological complications of coronavirus (COVID- 19): encephalopathy. *Cureus*. 12(3): e7352. <https://doi.org/10.7759/cureus.7352>.
 29. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology*. 2000;9(1):11–19. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(200001/02\)9:1<11::aid-pon424>3.0.co;2-z](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(200001/02)9:1<11::aid-pon424>3.0.co;2-z)
 30. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res*. 2011;15(1):1–15. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540213>
 31. Hernandez C, Aibar J, Seijas N, Puig I, Alonso A, Garcia-Aymerich J, Roca J. Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. *Int J Integr Care*. 2018; 18:12. <https://doi.org/10.5334/ijic.3431>
 32. 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*. Published online April 10, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>

33. Garriga M, Agasi I, Fedida E, Pinzón-Espinosa J, Vazquez M, Pacchiarotti I, Vieta E. The role of Mental Health Home Hospitalization Care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020. <https://doi.org/10.1111/acps.13173>
34. Goldberg JF. Psychiatry's niche role in the COVID-19 pandemic. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3):20com13363. <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13363>
35. Goodlet KJ, Zmarlicka MT, Peckham A. Drug–drug interactions and clinical considerations with co-administration of antiretrovirals and psychotropic drugs. *CNS Spectrums*, 2018:1-26. <https://doi.org/10.1017/S109285291800113X>
36. Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh MP. Fear of COVID 2019: first suicidal case in India! *Asian J Psychiatr*. 2020; 49:101989. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989>
37. Jeste DV, Lee EE, Cacioppo S. Battling the modern behavioral epidemic of loneliness: suggestions for research and interventions [published online ahead of print March 4, 2020]. *JAMA Psychiatry*. 2020. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0027>
38. Kim MJ. 'It was a medical disaster': The psychiatric ward that saw 100 patients diagnosed with new coronavirus. *Independent* [published online March 1, 2020] <https://www.independent.co.uk/news/world/asia/coronavirus-south-korea-outbreak-hospital-patients-lockdown-a9367486.html>
39. Kun P, Han S, Chen X, Yao L. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1134–1140. <https://doi.org/10.1002/da.20612>
40. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, Chu C-M, Wong P-C, Tsang KWT, Chua SE. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):233-240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>
41. Lee SM, Lee HY, Lee MK, Kim S, Lee S, Lee H-W, Park EJ, Sim M, Paik J-W. Development of Korean disaster mental health support guidelines: results of a scoping review and a Delphi survey. *Psychiatry Investig*. 2019;16(2):130–138. <https://doi.org/10.30773/pi.2018.11.14>
42. Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients [published online ahead of print February 27, 2020]. *J Med Virol*. 2020. <https://doi.org/10.1002/jmv.25728>
43. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17–e18. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30077-8)
44. Liverpool Drug Interactions Group, University of Liverpool, Pharmacology Research Labs, 2020. <https://www.covid19-druginteractions.org>
45. London RT. Is COVID-19 leading to a mental illness pandemic? Presented by ID Practitioner in MDedge Infectious disease. Published online March 25, 2020. <https://www.mdedge.com/infectiousdisease/article/219612/coronavirus-updates/covid-19-leading-mental-illness-pandemic?fbclid>
46. Luhby T. CNN, Published online April 16, 2020 <https://edition.cnn.com/2020/04/16/health/anti-anxiety-medication-us-demand-coronavirus/index.html>
47. Mak IW, Chu CM, Pan PC, Chung Yiu MG, Ho SC, Chan VL. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(6):590–598. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.07.007>
48. Maunder R, Lancee W, Balderson K, Bennett J, Borgundvaag B, Evans S, Fernandes C, Goldbloom D, Gupta M, Hunter J, McGillis Hall L, Nagle L, Pain C, Peczeniuk S, Raymond G, Read N, Rourke S, Steinberg R, Stewart T, VanDeVelde-Coke S, Veldhorst G, Wasylenki D. Long-term Psychological and Occupational Effects of Providing Hospital

- Healthcare during SARS Outbreak. *Emerging Infectious Diseases*, 2006;12(12):1924-1932. <https://doi.org/10.3201/eid1212.060584>
49. Mehta P, McAuley DF, Brown M, Sanchez E, Tattersall RS, Manson JJ. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet*. 2020;395(10229):1033–1034. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30628-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30628-0).
 50. Mental Health UK. Managing your mental health during the coronavirus outbreak. <https://mentalhealth-uk.org/help-and-information/covid-19-and-your-mental-health/>. Accessed March 31, 2020.
 51. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen TM. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*. 2013;8:e55176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>
 52. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatry*. 2020; 33:19–21. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>.
 53. Paul K, Walker R. Anticholinergic medications and risk of community-acquired pneumonia in elderly adults: a population-based older adult: a populations-based case-control study. *J Am Geriatr Soc*. 2015; 63:476-485. <https://doi.org/10.1111/jgs.13327>
 54. Poyiadji N, Shahin G, Noujaim D, Stone M, Patel S, Griffith B. COVID-19–associated Acute Hemorrhagic Necrotizing Encephalopathy: CT and MRI. *Radiology* 2020, Published Online: Mar 31 2020 <https://doi.org/10.1148/radiol.2020201187>
 55. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, Di Marco A, Rossi A, Siracusano A, Di Lorenzo G. (). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey. 2020. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.09.20057802>.
 56. Sartorius N. Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2013; 25: 68–69. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.079>
 57. Seminog OO, Goldacre MJ. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies. *Thorax*. 2013;68:171–176. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2012-202480>
 58. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep*. 2013;7(1):105–110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>
 59. Stein DJ. Pharmacotherapy of adjustment disorder: a review. *World J Biol Psychiatry*. 2018;19 (suppl 1): 46-52. <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1492736>
 60. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2013;110(15):5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
 61. Schwartz B.J. New Poll: COVID-19 Impacting Mental Well-Being: Americans Feeling Anxious, Especially for Loved Ones. APA News releases. March 25, 2020. <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mental-well-being-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adults-are-less-anxious>
 62. Tracy M, Norris FH, Galea S. Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depress Anxiety*. 2011;28(8):666-675. <https://doi.org/10.1002/da.20838>
 63. Tucci V, Moukaddam N, Meadows J, Shah S, Galwankar SC, Kapur BG. The forgotten plague: Psychiatric manifestations of ebola, zika, and emerging infectious diseases. *J. Glob. Infect. Dis*. 2017; 9:151–156. <https://doi.org/doi:10.4103/jgid.jgid6617>.

64. Tubbs AS, Perlis ML, Basner M, Chakravorty S, Khader W, Fernandez F, Grandner MA. Relationship of nocturnal wakefulness to suicide risk across months and methods of suicide. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(2):19m12964. <https://doi.org/10.4088/jcp.19m12964>
65. Vlessides M. Cautionary Tale Spurs 'World's First' COVID-19 Psychiatric Ward. // *Medscape Psychiatry News*, April 17, 2020. <https://click.mail.medscape.com/?qs=3a3b2212a0a8de4ca441c7c5e08964e7d537f8615c1a0559f3dcbc8ddce9d7709e98954b95fd8a4b324e22966b2ddaae0a889eeb7fe29b0f>
66. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Env. Res Public Health*. 2020;17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
67. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Geneva: World Health Organization, March 23, 2020 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>).
68. World Health Organization. Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak. 2020: Available at: <https://who.sprinklr.com/>
69. Wynn G.H., Oesterheld I.R., Cozza K.L., Armstrong S.C. *Clinical Manual of Psychotropic Drug Interaction. Principles for medical practice*. Washington DC: APP; 2009, 594 pp.
70. Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang Y-T. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4): e19. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30079-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30079-1)
71. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7: e21. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30090-0)
72. Zhou X. Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res*. 2020; 286:112895. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112895>

Другие важные информационные интернет-ресурсы по теме:

1. <https://serbsky.ru/2020/04/17/informacionnye-pisma-covid-19/>
2. <https://psychiatr.ru/news>
3. <https://smiadviser.org/about/covid>
4. https://www.europsy.net/app/uploads/2020/04/ALGORITHM-Hospitalisation-COVID_EPA.pdf
5. <https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians>
6. <https://www.covid19-druginteractions.org>
7. <https://www.psychiatrist.com/pages/keywordsglobal.aspx?kw=COVID-19>