ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів): реалії та перспективи

О.С. Чабан, О.О. Хаустова,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Останніми роками у світі спостерігається поширення феномена зростання кількості сюжетів усесвітніх катастоф. Піджанр наукової фантастики постапокаліпсис, або постапокаліптика (англ. *post-apocalyptic*), що набув популярності після Другої світової війни, тільки зміцнив свої позиції у XXI ст., використовуючи наразі базальну емоцію людей — тривогу та страх, а також або брак єдиної достовірної інформації, або надмірну кількість життєво важливої інформації під час опису наближених до катастрофи подій.

Формування суспільної реакції на стресові події

Інформаційна навала на людство нині послуговується понад 20 апокаліптичними сценаріями: світова війна із застосуванням ядерної, хімічної або біологічної зброї; вторгнення іншопланетян; кліматичні катаклізми — вичерпання ресурсів Землі, падіння астероїда або інша космічна катастрофа; вихід штучного інтелекту з-під контролю; тоталітарні системи стеження за людьми за чіповими технологіями; навіть повстання машин (роботів) на чолі зі штучним розумом; застосування антиматерії; пандемія тощо. Причому інформаційні матеріали здебільшого посилаються на наукові дослідження та думки різних причетних до цих тем учених, провокуючи загальне обговорення та не менш масове індукування майбутньої трагедії.

За останні три місяці світ став свідком драматичних подій, пов'язаних зі швидкою появою нового коронавірусу. Детальне глобальне висвітлення у засобах масової інформації (ЗМІ) подій у реальному часі забезпечує актуальні новини про зараження в будь-який куточок планети. А зважаючи на переважання у сучасного людства кліпового мислення, очікуваним було, наприклад, стрімке зростання популярності 2020 р. фільму «Зараження» (2011), події якого нагадують ситуацію пандемії COVID-19, яку ми зараз переживаємо. Ще одним прикладом масового індукування відчуття катастрофи є шалені темпи зростання популярності так званих таборів виживання (закритих автономних спільнот, що обіцяють прихисток від пандемії COVID-19).

T. A. Gebreisus, генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), легітимізув новий термін сучасної реальності «інфодемія» та закликав протидіяти дезінформації, нагнітанню й залякуванню, що охоплює сьогодні світ, серйозно ускладнюючи боротьбу з реальною проблемою зупинення та подолання пандемії COVID-19 [1].

H.A. Nasrallah, головний редактор журналу «Сучасна психіатрія» (*Current Psychiatry*) вважає, що «вірусна пандемія викликала паралельну епідемію тривоги» [42]. Групи експертів ВООЗ працюють за напрямом надання фахівцям медичної галузі та населенню загалом вчасної, достовірної та зваженої інформації щодо захворювання [2, 39]. Нині бракує позитивної кореляції між ступенем зараженості окремих територій і колективним сприйняттям упередженості щодо COVID-19. Людей по всій земній кулі розділили — на свою користь — стигматизовані представники громадських і наукових співтовариств через перцептивну упередженість. Сучасний світ став дуже щільно насиченим щодо інформування: якщо раніше для того, щоб ознайомитися з певними подіями, треба було почитати газету, послухати радіо, то зараз усе частіше у пересічної людини виникає відчуття, що вона розчиняється в планетарному інформаційному павутинні з його надмірними і швидкими емоціями, частим переляком, тривогами та екологічними проблемами. Це зумовлює стійкість негативних сприйнятливих упереджень і колективну суспільну схильність до панічної поведінки [3].

Десять років тому в статті «Ситуаційна соціокультуральна тривога: сучасні провокації та їх психосоматичні розв'язання», присвяченій аналізу тривожного реагування людей на масив інформації у ЗМІ про виверження вулкану Ейяф'ятлайокюдль, ми також виявили сплеск модної в соціумі теми апокаліпсису, що триває й досі [4]. Того часу в ЗМІ спектр поглядів на ситуацію виверження вулкану коливався від катастрофічного до грайливо

«пофігістського», а оцінка причин і наслідків закриття аеропортів — від надзвичайної до буденної.

Психологічна реакція опитаних у Страсбурзі 42 осіб чотирьох національностей (українці, американці, німці, французи), незалежно від ступеня залученості, у 88,1 % проявлялася усвідомленою тривогою, спрямованою на найближче майбутнє, із них у 9,5 % — поєднанням тривоги та суму. Тривога була виразнішою у ситуативно залучених осіб (пасажири скасованих або перенесених на невизначений термін авіарейсів або їхні родичі, додатково індуковані отриманими телефоном повідомленнями).

Це зумовлено високим рівнем базальної позасвідомої тривоги — гострого відчуття невизначеності ситуації. На думку опитаних осіб, таке відчуття спровоковане браком інформації, свідомим її приховуванням або перекручуванням. І навпаки, більшість ситуативно не залучених осіб (родичі/друзі аеропасажирів) мали низький рівень тривоги через безособистісне сприйняття цієї події. Усі опитані особи одноголосно підтвердили ймовірність повторення таких катаклізмів у майбутньому в діапазоні від фаталізму до чорного гумору, але жоден не асоціював імовірну травматичну подію із власною особою, як віртуальну реальність не співвідносив з об'єктивною [4].

Щодо реагування на травматичну подію опитані поведінково продемонстрували дві життєві стратегії залежно від спрямованості особистісних очікувань: одна з них — модель виживання; інша (менш численна) — модель досягнення. Зокрема, невелика частина активних осіб інноваційно знаходила варіанти альтернативних подорожей; інша — змирилася з безвихіддю ситуації та посіла позицію очікування (з активною увагою до нової інформації й іноді непродуктивною руховою активністю). Окремі пасажири з неприйняттям ситуації влаштовували вербальні та поведінкові акції протесту [4]. J. Kaplan, один із засновників кризового втручання, ще 1964 р. зазначав, що наша культура тяжіє до ідеї пасивної жертви ситуації або хвороби. Тому жертві «дозволяється» деяка регресія, а відхилення у поведінці сприймаються поблажливо.

Зрозуміло, що сучасна ситуація з пандемією COVID-19 значно загрозливіша порівняно з виверженням вулкану Ейяф'ятлайокюдль 2010 р. Проте психологічне реагування людей на травматичну подію, залежно від відчуття залученості до неї, на нашу думку, є схожим, хоча потребує подальшого вивчення для запобігання порушенням психологічного та психічного здоров'я.

Порушення психічного здоров'я населення

Нині у світі налічується вже понад 1 млн хворих на COVID-19, понад 50 тис. осіб пішли із життя внаслідок цієї хвороби, але понад 200 тис. осіб одужали, і співвідношення легких/тяжких випадків становить 95/5 (ВООЗ, 2020). Втім, ЗМІ (особливо електронні) перенасичені саме страхітливими повідомленнями. Брак належної збалансованої інформації за спалаху нової хвороби, на кшталт COVID-19, спричиняє паніку з більш серйозними згубними наслідками для життєдіяльності, соціального життя, економічного ландшафту та політичної стабільності. Підживлення цієї паніки — це масив інформації про швидкість, із якою зростає рівень захворюваності на COVID-19 у країнах за межами Китаю.

Таблиця 1. Причини паніки під час спалаху нової вірусної інфекції

Тема (стурбованість)	Частка,%
Потреба в належному інформуванні	27
Неправильна інформація/паніка	21
Нові віруси	3
Зміни патернів поведінки	11
Самодіагностика в інтернеті	7
Соціально-економічний вплив	18
Профілактика та лікування	9
Смертність	4
Загалом	100

Адаптовано згідно з Costa K. The cause of panic at the outbreak of COVID-19 in South Africa–a comparative analysis with similar outbreak in China and New York. *Center for Open Science*. 2020 Mart 9. Preprint.

Таблиця 2. Найчастіші реакції населення Південної Африки та Нью-Йорка на спалах COVID-19

Тема (стурбованість)	ПАР	Нью-Йорк
	Частка,%	
Нагнітання паніки	35	35
Недовіра до уряду	61	22
Брак знань	–	9
Спокій	–	5
Релігія/віра	2	–

Адаптовано згідно з Costa K. The cause of panic at the outbreak of COVID-19 in South Africa–a comparative analysis with similar outbreak in China and New York. *Center for Open Science*. 2020 Mart 9. Preprint.

Такі причини паніки населення досліджував K. Costa (2020) в огляді публікацій щодо спалаху тяжкого гострого респіраторного синдрому (SARS) 2003 р. (табл. 1) [5].

Автор зауважив, що на 48 % такий психічний стан людей можна було пояснити браком чіткого інформування населення як на національному, так і на глобальному рівнях. Отримані результати засвідчили, що 7 % осіб обрали самодіагностику через страх, спричинений дефіцитом комунікацій із боку влади та достовірної інформації й належних знань для посилення змін у поведінці.

На підставі аналізу відмінностей причин панічного реагування в Південній Африці та Нью-Йорку, за даними Facebook, автор продемонстрував однаково високий рівень нагнітання нестримної паніки, але набагато більшу довіру до уряду в мешканців Нью-Йорка (табл. 2). Звісно, поширення страху, що спричиняє хаотичну поведінку серед людей на тлі інфекційних спалахів, —не рідкісне явище, оскільки будь-хто, незалежно від статі та соціодемографічного статусу, може заразитися. Особливо це стосується COVID-19, коли є багато спекуляцій щодо режиму та швидкості поширення вірусу, а остаточного методу лікування наразі немає. Проведене в Китаї під час початкового спалаху COVID-19 дослідження виявило, що 53,8 % опитаних оцінили психологічний вплив епідемії як середній або тяжкий; 16,5 % повідомили про помірні та тяжкі симптоми депресії; 28,8 % — про симптоми

середньої тяжкості до тяжкої тривожності; 8,1 % — про середній і значний рівень стресу. Зокрема, було зазначено, що широке висвітлення епідемії в ЗМІ може мати вплив на фізичну та психологічну реакцію громадськості щодо загрози інфекційних захворювань, яка неминуче посилює занепокоєння, але є ключовим інструментом заохочення запобіжних і профілактичних заходів [6].

Спалах COVID-19 через невідомі клінічні особливості та пов'язані з ним чутки дійсно призвів до значного психічного тиску та проблем для населення — тривогу, депресію, страх, що безпосередньо позначаються на поведінці, а саме зростанні дій, спрямованих на біологічне самозбереження, зменшення альтруїстичної поведінки та навіть обман щодо інфікування та контактування з пацієнтами [7].

Результати дослідження продемонстрували глибокий і широкий спектр психологічних наслідків, до яких може призвести спалах COVID-19: поява нових психіатричних симптомів в осіб, які не мають психічних захворювань; погіршення стану тих, хто вже страждає на такі захворювання; дистрес у доглядальників за пацієнтами з психічними та соматичними недугами. До того ж спалах коронавірусної хвороби передбачувано спричиняє суспільні психологічні реакції, такі як напруга, тривога та страх, втрата орієнтирів і планів на майбутнє, що може теж призводити до гострої реакції на стрес, посттравматичного стресового розладу, депресії, інших емоційних розладів і як наслідок — до зростання аутоагресивних дій аж до суїцидальних. Причому психологічний страх (як ірраціональний) стає страшнішим, аніж сама хвороба (об'єктивний страх) [6].

Незалежно від залучення до ситуації, люди за таких умов можуть відчувати безпорадність, острах і занепокоєння з приводу того, що вони захворіють або помруть, або звинувачувати інших, які потенційно можуть спричинити психічний розлад [8].

Спектр таких психічних порушень може коливатися від депресії, тривоги, панічних нападів, соматичних симптомів та ознак посттравматичного стресового розладу до делірію, психозу та навіть суїциду, які пов'язані з молодшим віком і посиленням самозвинувачення [9].

За даними дослідження C. Wang et al. (2020), яке охоплювало 1 тис. 210 респондентів із 194 міст Китаю, під час початкової фази спалаху COVID-19 понад половина опитаного населення оцінили психологічний вплив як помірний або тяжкий, а приблизно третина повідомила про тривогу середнього та тяжкого ступенів [10]. Як уже було зазначено, 53,8 % респондентів оцінили психологічний вплив спалаху як середній або тяжкий; 16,5 % — повідомили про помірні та тяжкі симптоми депресії; 28,8 % — про симптоми середньої та тяжкої тривожності та 8,1 % — про рівень помірного та сильного стресу.

Більшість респондентів перебували переважно вдома 20–24 год (84,7 %); вони були стурбовані тим, що члени їхніх родин заразилися COVID-19 (75,2 %) і були задоволені наявним обсягом медичної інформації (75,1 %). Жіночий гендер, статус студента, специфічні симптоми (наприклад, міалгія, запаморочення, симптоми ГРВІ) та низька самооцінка стану здоров'я були суттєво пов'язані з більшим психологічним впливом епідемії та вищим рівнем стресу, тривоги та депресії ($p < 0,05$). Актуальна та точна інформація про здоров'я (лікування, місцева ситуація зараження) й окремі запобіжні заходи (гігієна рук, носіння маски) були пов'язані з меншим психологічним впливом спалаху та нижчим рівнем стресу, тривоги та депресії ($p < 0,05$).

Просторова відстань між епідемією та населенням мала суттєвий вплив на індивідуальні емоції [11]. Ситуаційно залучені мешканці населеного пункту, постраждалого 2003 р. від SARS (із діагностованими пацієнтами або ймовірно зараженими особами на самоізоляції), відчували сильнішу тривогу та гнів, аніж ті, у чиїх містах/селах ніхто не постраждав.

Наявність діагностованих пацієнтів у місті/селі означала більшу ймовірність зараження, тому мешканці відчували значно вищий рівень тривоги та гніву, ніж ті, у чиїх містах/селах були тільки особи на самоізоляції. Географічне розташування пацієнтів із SARS і просторова віддаленість від іншого населення була відображенням психологічної відстані. Чим менша психологічна дистанція, тим більше людей відчували небезпеку, тим інтенсивнішими ставали тривога та гнів (згідно з психологічним розвитком відповіді на стресорні події).

Тобто, з одного боку, масова ситуативна залученість поєднується з негативним емоційним реагуванням (тривога, острах, гнів, депресія), а з іншого — ситуативна незалученість людини викликає ігнорування нею загрозливої ситуації та наражання на небезпеку себе та інших.

Крім того, особи, які перебувають на самоізоляції вдома внаслідок інфікування або контактування з пацієнтами з COVID-19, зазнають фізичного напруження через брак місця для фізичних навантажень, потерпають від стресу через обмежені соціальні взаємодії та тривожності, пов'язану зі страхом перед наслідками зараження [12].

Оскільки люди ізолюються вдома, а не в лікарні, вони можуть відчувати себе більш небезпечно, ніж госпіталізовані пацієнти, мати підвищену невпевненість щодо власного ризику розвитку тяжкої хвороби або невстановленого діагнозу, чи отримання своєчасного лікування. Тому психічне здоров'я таких осіб, як правило, потребує більшої уваги.

Низький рівень соціального капіталу (частка соціальної довіри, належності та участі) за шкалою PSCI-16 в осіб, які перебували в умовах самоізоляції протягом 14 днів під час спалаху COVID-19, пов'язаний із підвищенням тривоги та стресу, проте високий рівень соціального капіталу позитивно корелювався з поліпшенням якості сну. Тривожність була пов'язана зі стресом і зниженням якості сну, а поєднання тривоги та стресу зменшило позитивний вплив соціального капіталу на якість сну. Автори зробили висновок, що під час епідемії COVID-19 у центральному Китаї в осіб упродовж індивідуальної самоізоляції підвищення соціального капіталу поліпшило якість сну за рахунок зниження тривоги та стресу [12].

За даними медичних експертів Першої афілійованої лікарні, Медичної школи університету Чжецзян (FAZHU), у якій надають стаціонарну допомогу пацієнтам із COVID-19, у 48 % осіб в ізольованих палатах за підтвердження коронавірусної інфекції проявився психологічний стрес у вигляді емоційної відповіді. Під час перебування в лікарні серед частих симптомів у пацієнтів із COVID-19

були відчуття жалю, обурення та роздратування, ознаки тривоги з можливими нападами паніки, фобіями та безсонням, а також депресії з відчуттям самотності та безпорадності. Тяжкий перебіг інфекційної хвороби досить часто ускладнювався делірієм; було повідомлення про енцефаліт, індукований вірусом SARS-CoV-2, з ознаками дратівливості та непритомним станом [38].

Із прогресуванням захворювання клінічні симптоми стають більш серйозними, а психологічні проблеми в інфікованих SARS-CoV-2 пацієнтів змінюються, отже, заходи психологічного втручання мають бути цілеспрямованими та відповідно адаптованими. За таких випадків медичний персонал має звертати увагу на стан психічного здоров'я пацієнтів із COVID-19 (незалежно від ступеня тяжкості хвороби), а в разі потреби проводити оцінювання окремих психічних функцій та ймовірності психічних розладів.

Навіть після фізичного одужання від тяжкого інфекційного захворювання (лихоманка Ебола, SARS, близькосхідний респіраторний синдром — MERS) люди страждали через психосоціальні проблеми: близько 50 % таких пацієнтів мали тривогу, 20 % — страх (зокрема, панічні напади), депресію чи відчували стигматизацію [13, 14].

До того ж окремою уразливою групою на період пандемії COVID-19 є пацієнти з психічними захворюваннями, тому що алостатичне перенавантаження цією ситуацією посилює резидуальну психіатричну симптоматику, зумовлює появу нових психічних симптомів і рецидиви психічних розладів.

Так, тривога, що раніше виникала через «уявну» приреченість і песимістичне сприйняття майбутнього, тепер частково посилюється через «реальну» смертельну загрозу до ймовірного виникнення гострої реакції на стрес та майбутнього посттравматичного стресового розладу. Описані конверсійні розлади «психогенного COVID-19» із симптомами болю в горлі, задишки та навіть психогенної лихоманки. Ті, хто страждають на депресію, більше піддаються ризику посилення симптомів депресії та виникнення/збільшення суїцидальних нахилів, попри адекватну терапію. У пацієнтів з обсесивно-компульсивними розладами дуже ймовірно посилиться нав'язлива потреба в митті рук і значно збільшиться тривожність.

Парадоксально, але страх виходити на вулицю (агорафобія) раптом із хворобливого стану перетворився на необхідний механізм «копінгу» під час вірусної пандемії. Крім того, можуть збільшуватися частота та інтенсивність симптомів погіршення стану психічного здоров'я, що потребуватиме уваги психіатра [42].

Своєю чергою, для пацієнтів психіатричних лікарень є низка чинників, що можуть підвищувати ризик і сприяти внутрішньолікарняному спалаху COVID-19:

- невідповідність устрою лікарень та їх внутрішнього розпорядку вимогам стандартної фізичної ізоляції;
- уповільнена перебудова роботи, зумовлена браком знань медперсоналу про протидію інфекційним захворюванням та його орієнтацією здебільшого на «стабільність» стану пацієнта;
- особливості психічного стану пацієнтів, що спричиняють їх байдужість до новин і недотримання необхідних методів захисту [46].

Порушення психічного здоров'я медичного персоналу

Загальний стан психічного здоров'я медичного персоналу, який надає медичну допомогу пацієнтам із новою коронавірусною пневмонією, як правило, гірший, ніж у групі незалучених медичних працівників. У медичного персоналу в Китаї, загальний середній бал за шкалою самооцінки симптомів SCL-90 та середні значення для чинників (соматизація, обсесивність-компульсивність, тривожність, фобічна тривожність та психотизм) були значно вищими в групі залученого до лікування пацієнтів із COVID-19 персоналу порівняно із ситуаційно незалученими ($p < 0,05$), тоді як показник міжособистісної чутливості — значно нижчим ($p < 0,01$) [15].

Причому рівні тривоги, стресу та самоефективності залежали від якості сну та соціальної підтримки. Так, рівень соціальної підтримки медичного персоналу мав значущі позитивні кореляції із самоефективністю та якістю сну і був негативно пов'язаний зі ступенем тривоги та стресу. Натомість рівень тривоги був суттєво пов'язаний із рівнем стресу, що мало негативний вплив на самоефективність і якість сну.

Автори наголосили на необхідності заходів щодо зменшення психологічного тиску на медичний персонал, який займається новою епідемією коронавірусу. Медичні працівники, які працювали в інфекційних відділеннях і лікарнях під час спалаху COVID-19, повідомляли про депресію, тривогу, страх та гнів [16].

Подібні напади паніки були помічено і під час спалаху лихоманки Ебола. За даними масштабного одноцентрового поперечного опитування 5 тис. 62 медичних працівників спеціалізованої лікарні для тяжких пацієнтів із COVID-19 (м. Ухань), 29,8 % осіб повідомили про прояви стресу; 13,5 % — про депресії; 24,1 % — про тривоги за модифікованою Шкалою впливу подій (IES-R) та двома частинами Опитувальника щодо здоров'я пацієнта (Опитувальник щодо здоров'я пацієнта PHQ-9, Шкала оцінювання тривоги GAD-7) відповідно [17].

Втім, попередні дослідження спалаху SARS 2003 р. демонстрували набагато вищі показники порушення здоров'я психіки у медичних працівників: 77,4 % — страждали від тривоги і занепокоєння; 74,2 % — від депресії [18].

Причому жіночий гендер, стаж роботи понад 10 років, супутні хронічні захворювання, психічні розлади в особистому анамнезі, наявність серед членів сім'ї або родичів пацієнтів із діагностованим COVID-19 або ймовірно заражених осіб були чинниками ризику стресу. Натомість психосоціальна підтримка та повне охоплення всіх медичних працівників захисними засобами та заходами були захисними чинниками [17].

Такі показники, як наголосили автори, здебільшого були зумовлені не застосуванням інших методик оцінювання, а результатом використання психосоціальних захисних заходів адміністрацією лікарні Tongji у відповідь на епідемію COVID-19 уже на ранньому етапі.

Медсестри — одна з найбільш уразливих груп щодо ризику інфікування. Їхнє занепокоєння зумовлене тривогою щодо тісного контакту з пацієнтами; необізнаністю щодо спеціальних робочих умов і процедур; фізичним дискомфортом і незручностями через спеціальний

захист; перманентним протистоянням стражданням та смерті тяжкохворих пацієнтів; тривалою розлукою із членами родини та неможливістю допомогти їм у разі зараження.

Загроза власної смерті у будь-який час для медичного персоналу, особливо для медичних сестер, поєднується зі стресовою роботою, дефіцитом сну, низьким ступенем свободи, великою відповідальністю та високим рівнем співпраці. Через дефіцит медичного персоналу медсестри стикаються зі збільшеним фізичним та психологічним навантаженням та більш серйозними емоційними проблемами [20].

У нещодавньому дослідженні у 85,37 % медсестер, безпосередньо залучених до надання допомоги пацієнтам із COVID-19, були виявлені емоційні реакції (гнів, тривога, депресія) [21].

За результатами онлайн-опитування в лютому 2020 р., щодо емоційних реакцій та копінг-стратегій медичних сестер і студентів медичних коледжів у провінції жінки виявляли достовірно сильнішу тривогу та страх, аніж чоловіки [22].

Мешканці міст проявляли більше тривоги та гніву, ніж мешканці сіл, але в останніх спостерігали більше смутку порівняно з містянами. Вищий ступінь залученості до надання допомоги пацієнтам із COVID-19 призводив до сильнішої тривоги та гніву. Порівняно зі студентами медичних коледжів медичні сестри мали сильніші емоційні реакції (тривога, страх, смуток, гнів) та охочіше використовували проблемно-фокусовані копінг-стратегії.

Автори описали виникнення таких циклів реагування: «чим більше страху, тим більше використання проблемно-фокусованого копінгу»; «чим більше гніву, тим більше застосування емоційно-фокусованих копінг-стратегій», «чим більше проблемно-фокусованого копінгу, тим тривожніше, тим більше гніву, тим більше смутку» [22].

Ще однією категорією осіб, уразливих щодо психологічного впливу епідемії COVID-19, є члени родин медичних працівників, залучених до надання допомоги пацієнтам із коронавірсною хворобою. За даними поперечного дослідження стану психічного здоров'я 822 таких осіб, загальна поширеність тривоги (за шкалою GAD-7) та депресії (за опитувальником PHQ-9) становила 33,73 і 29,35 % відповідно.

Предикторами виникнення тривоги були: більша за часом зосередженість уваги на COVID-19 та знання, що члени сім'ї (тобто лікарі, медсестри) безпосередньо контактували з пацієнтами із підтвердженим або підозрюваним діагнозом, натомість превентором стала впевненість у безпеці захисних засобів медичних працівників.

Більша за часом зосередженість уваги на COVID-19, триваліший середній робочий час на тиждень для членів родини (тобто медиків), близький ступінь споріднення (батьки, діти тощо) були чинниками ризику симптомів депресії. Як зауважили автори, психологічні відповіді на COVID-19 мали драматичний характер серед членів сім'ї медичних працівників під час фази наростання спалаху, що дає вагомі доказові підстави для надання більшої уваги стану психічного здоров'я цієї вразливої, але часто невидимої групи населення під час епідемії коронавірусної хвороби [23].

Відновлення психічного здоров'я

Незважаючи на наявність досить значущої кількості досліджень, загальні проблеми психічного здоров'я та розлади, виявлені серед пацієнтів і медичного персоналу, який працює в умовах епідемічних ситуацій, часто ігноруються науковим співтовариством. Важливо, щоб поряд із заходами реагування на надзвичайні ситуації громадського здоров'я було розроблено протоколи для виявлення, лікування та запобігання проблемам психічного здоров'я як для пацієнтів, так і для медичних працівників у розпал епідемії COVID-19 [6].

Причому, відповідно до біопсихосоціальної парадигми медицини, необхідно застосовувати «трикутник допомоги», у якому три складові — медична, психологічна й соціальна — забезпечують ефективність комплексного втручання [25]. У Сінгапурі було визначено шість критичних напрямів для зміцнення стратегії психічного здоров'я під час спалаху COVID-19, а саме:

1) ідентифікація груп підвищеного ризику;
2) поліпшений скринінг психічних розладів;
3) психологічні втручання;
4) підтримка залучених до спалаху COVID-19 медичних працівників;
5) надання точної та повної інформації;
6) інтеграція медичних і громадських ресурсів [6].

Дуже важливим чинником є соціальна підтримка та соціальні ресурси, що зменшують негативні емоції, такі як тривожність [26]. Тому коли люди перебувають в ізоляції (зокрема, під час епідемій), інтернет-групи, які розширюють соціальні мережі та надають взаємну підтримку, можуть зменшити тривожність через усамітнення внаслідок карантинних заходів [27]. Соціальна підтримка допомагає зменшити сприйняття та оцінку загрози надзвичайних подій, фізіологічні реакції та невідповідну поведінку, спричинені стресом, а також послабити страх і тривогу, зумовлені цим потрясінням [28, 29].

Наявність телемедицини також може стати критичною потребою для населення та пацієнтів, які постраждали від COVID-19, особливо в умовах активного карантину. Дозвіл пацієнтам звертатися до лікаря за допомогою телеконференцій у режимі реального часу для зменшення страху та тривоги, для отримання порад щодо інших проблем зі здоров'ям, набуває критично важливого характеру, коли лікарні переповнені більш тяжкими пацієнтами [30]. Було підтверджено позитивний досвід упровадження телемедицини для надання допомоги майже 90 % пацієнтам із психічними розладами під час пандемії COVID-19 в Італії, Франції та США [43–45].

Для кращого вирішення нагальних психологічних проблем осіб, задіяних у боротьбі з епідемією COVID-19, розроблено модель психологічного втручання, яка інтегрує лікарів, психіатрів, психологів і соціальних працівників в інтернет-платформи щодо здійснення психологічних заходів для пацієнтів, їхніх родин і медичного персоналу [31].

Експерти наголошують на тому, що такі втручання мають бути динамічними та адаптованими відповідно до різних стадій епідемії, тобто як під час, так і після спалаху хвороби. На думку авторів, за таких умов фахівці з психічного здоров'я мають брати активну участь у загальному процесі терапії хвороби. Зокрема, психологічні кризові

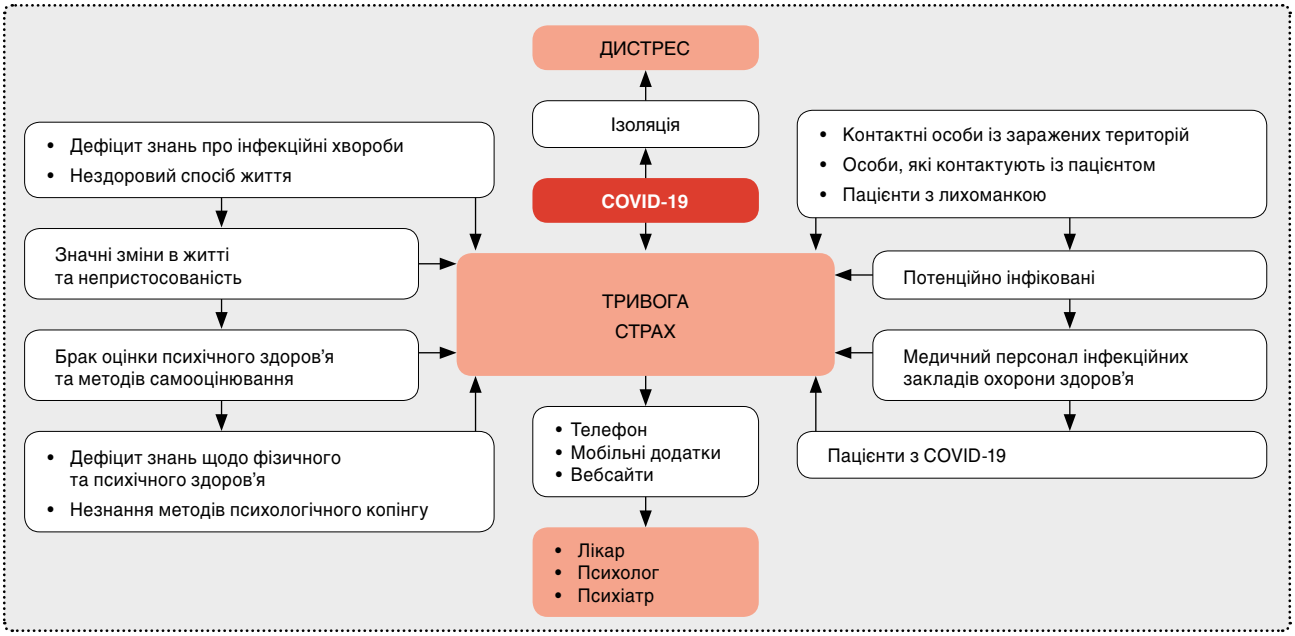

Рисунок 1. Модель психологічного кризового втручання в умовах пандемії COVID-19

Адаптовано згідно з Zhang J. et al. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*. 2020. P. 1–6.

втручання слід інтегрувати у лікування пневмонії та блокування шляхів передачі COVID-19.

Модель психологічного кризового втручання зображено на рисунку 1. На цьому етапі психологічне кризове втручання має одночасно поєднувати два заходи:

1) втручання внаслідок страху перед хворобою, яке здійснюють, головним чином, медики з допомогою психологів;

2) втручання через труднощі в адаптації, головним чином, здійснюють соціальні психологи.

Серйозні психічні проблеми (насильство, суїцидальна поведінка) мають вирішувати психіатри (рис. 2).

Основною ідеєю авторів було інтегрувати інтернет-технології у весь процес терапії та поєднати раннє втручання з подальшою реабілітацією. Було розроблено рекомендації для медичних працівників за схемою ППС (передбачати, планувати, стримувати), в оригіналі — The Anticipated, Plan and Deter (APD) Responder Risk and Resilience Model. Покрокова модель управління стресом для медичних працівників виглядала так:

- *Передбачати* — отримати передподійний стрес-тренінг; розумітися на стрес-менеджменті; описати ймовірні катастрофічні реакції на подію.
- *Планувати* — розробити індивідуальний план резілієнсу (відновлення після психологічних проблем); знайти індивідуальні або групові ресурси копінгу.
- *Стримувати* — навчитись використовувати індивідуальний план резілієнсу та моніторити будь-чий стрес [31].

Для пацієнтів зміст психологічних інтервенцій онлайн був таким:

1. Знання про профілактику та боротьбу з новим коронавірусом: як правильно носити маску; як захистити себе, коли виходите на вулицю (п'ять заходів захисту); як подолати інформаційний вибух, пов'язаний з епідемією вірусу.
2. Знання про навички психологічної самоадаптації: підтримка емоційної стабільності (метод релаксації — черевне дихання); поради експертів із лікарні Західного Китаю (як протистояти тривозі та страху, спричиненим новим коронавірусом); аудіо mindfulness (зосереджена уважність) для зменшення стресу.
3. Телефонні гарячі лінії, інтернет-консультування.
4. Оцінювання в інтернет-мережі (24/7): тривоги — за шкалою GAD-7; депресії — за Опитувальником PHQ-9; сну — за Пітсбурзьким опитувальником щодо якості сну (PSQI) [31].

Багато медичних установ та університетів у Китаї відкрили онлайн-платформи для надання послуг психологічного консультування пацієнтів, членів їхніх сімей та інших осіб, постраждалих від епідемії. Але більшість медичних відділень починали психологічну інтервенційну діяльність самостійно, не спілкуючись один з одним, тим самим витрачаючи ресурси щодо психічного здоров'я та відмовляючи пацієнтам через брак своєчасної діагностики та недостатнє спостереження за лікуванням та обстеженнями [32].

Національна комісія з охорони здоров'я Китаю видала вказівки щодо екстреного психологічного кризового втручання для осіб, які постраждали від COVID-19 [33].

Ключові моменти сформульовано для різних груп: пацієнтів із підтвердженим діагнозом та ймовірним інфікуванням SARS-CoV-2; медичних працівників, безпосередньо залучених до допомоги таким пацієнтам (табл. 3).

У рекомендаціях ВООЗ «Психічне здоров'я і психосоціальні аспекти під час спалаху COVID-19» є низка повідомлень, які можна використовувати в комунікації для підтримки психічного та психосоціального благополуччя в різних цільових групах на цей період.

Повідомлення для широкого загалу спрямовані на уникнення/зменшення дискримінації та стигматизації осіб, які лікуються від COVID-19, дотримання

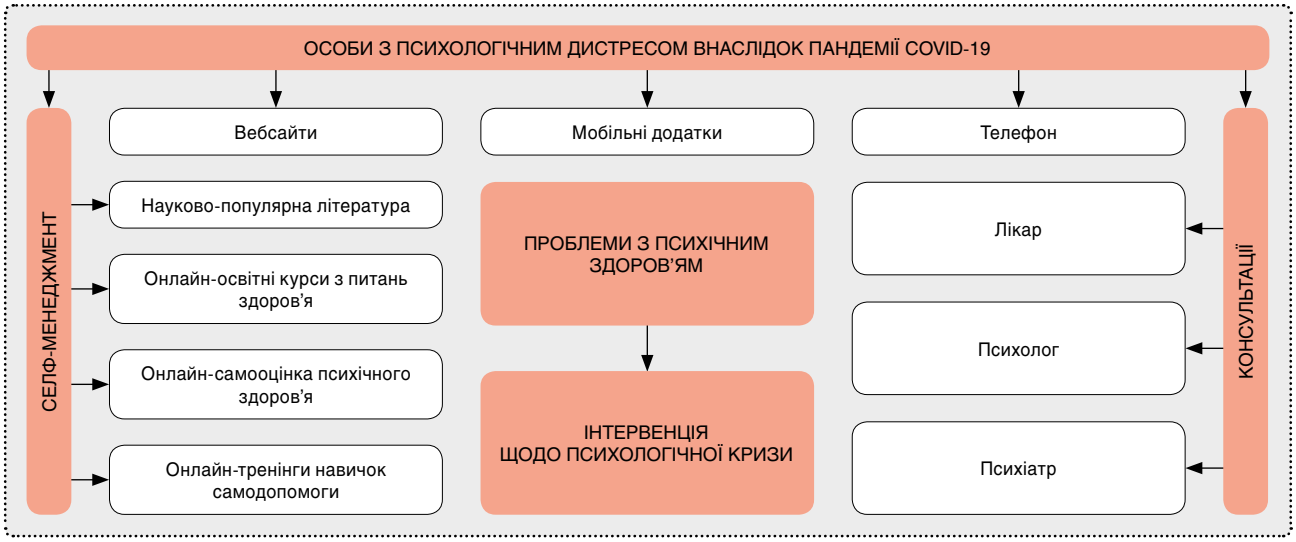

Рисунок 2. Інтернет-методи психологічного втручання в умовах пандемії COVID-19

Адаптовано згідно з Zhang J. et al. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*. 2020. P. 1–6.

інформаційної гігієни, повага медичних працівників. Тоді як повідомлення для останньої категорії осіб націлені на організацію системи психологічної допомоги загалом та створення ефективного селф-менеджменту із застосуванням адаптивних копінг-стратегій в умовах пандемії COVID-19. Окремі рекомендації стосуються комунікації з особливо уразливими контингентами: дітьми, літніми особами, пацієнтами з хронічними захворюваннями, а також бажаної поведінки осіб в умовах ізоляції [39].

У Китаї тільки за період із 29 січня до 20 лютого було оприлюднено 26 настанов та інструкцій щодо роботи служб психічного здоров'я, які передусім наголошували на необхідності зменшення амбулаторних візитів і госпіталізацій осіб із психічними захворюваннями, збільшення консультування з віддаленим доступом, розширення психологічних методів втручання [34]. Зазначено, що якщо використовуються психотропні препарати, які зазвичай призначають психіатри за психічних розладів, для зменшення шкідливого впливу будь-яких взаємодій із COVID-19 і методами її терапії слід дотримуватися основних принципів фармакологічного лікування для забезпечення мінімальної шкоди [35, 36].

«Психологічне втручання у пацієнтів із COVID-19» викладено в окремому розділі ґрунтовної настанови для медичних працівників «Посібник із профілактики та лікування COVID-19» (18 березня 2020 року), укладеної на підставі клінічного досвіду боротьби з пандемією групою медичних експертів Першої афілійованої лікарні Медичної школи університету Чжецзян (FAZHU) [37].

Цей посібник не схвалений ВООЗ для широкого застосування, хоча він уже перекладений багатьма мовами, зокрема й українською (переклад «Добробут») і поширений в інтернеті [38]. У ньому стисло представлено принципи втручання (діагностики та терапії) у пацієнтів із вадами психічного здоров'я, адже за умови суворих заходів щодо зараження саме медичні працівники інфекційних відділень/лікарень (а не психіатри та психологи), стають основним персоналом, який забезпечує психологічні втручання таким пацієнтам у лікарнях.

Зокрема, рекомендовано контролювати психічний стан пацієнтів із COVID-19 (індивідуальний психологічний стрес, настрій, якість сну та напругу) щотижня після госпіталізації та перед випискою, використовуючи скринінг загального стану психічного здоров'я за самоопитувальником SRQ-20, тривоги — за шкалою GAD-7 та депресії — за опитувальником PHQ-9 [40, 41].

Подальша діагностика передбачає застосування таких клінічних шкал, як: Шкала депресії Гамільтона (HAM-D), шкала тривоги Гамільтона (HAM-A), Шкала позитивних та негативних симптомів (PANSS). Тоді як самотестування рекомендовано через мобільні телефони, а лікарі можуть проводити співбесіди та анкетування особисто або онлайн [37, 38]. У разі потреби пацієнтам може бути призначена консультація психіатра (табл. 3).

Обсяг втручання щодо пацієнтів із COVID-19 із порушеннями психічного здоров'я залежить від ступеня їх тяжкості. Наявність порушень легкого ступеня тяжкості зумовлює селф-менеджмент із дихальними релаксаційними вправами та майндфулнес. У більш тяжких випадках залежно від наявної психопатології рекомендовано комбінування психотерапії та психофармакотерапії (антидепресанти; анксіолітики, зокрема бензодіазепіни; атипові антипсихотики, насамперед оланзапін та кветіапін), зважаючи на вік і коморбідні патології [37, 38].

Власне, у пацієнтів із психічними захворюваннями для зменшення ризику інфікування на COVID-19 рекомендовано застосування таких заходів, як:

- дистанційний моніторинг (поза межами психіатричних лікарень) амбулаторних пацієнтів в нестабільному психічному стані;
- подовження тривалості приймання препаратів для стабільних амбулаторних пацієнтів;
- обмеження госпіталізацій і прискорення виписки пацієнтів;
- заборона відвідувань у психлікарнях;
- забезпечення медперсоналу та пацієнтів фізичними засобами захисту та додатковою таргетною психологічною допомогою;

Таблиця 3. Приклади екстреного психологічного кризового втручання для осіб, які постраждали від COVID-19

Групи та прояви	Втручання
Пацієнти з підтвердженим діагнозом	
На ранній стадії ізоляційного лікування *Психічний стан:* оніміння, заперечення, гнів, страх, тривога, депресія, розчарування, скарги, безсоння	*Принцип: підтримка та комфорт* 1. Зрозумійте, що емоційна реакція пацієнта є нормальним явищем на стрес 2. Поясніть важливість і необхідність ізоляції та спонукайте пацієнтів до формування впевненості в одужанні 3. Роз'ясніть основні моменти сучасного лікування та ефективність втручання 4. Стабілізуйте емоції пацієнтів та оцініть ризики самогубства та самоушкодження 5. У разі потреби консультація психіатра
Період лікування в ізоляції *Психічний стан:* оніміння, заперечення, гнів, страх, тривога, депресія, розчарування, скарги, безсоння + самотність/дискомфорт через страх перед хворобою, відмова від лікування або надмірний оптимізм щодо лікування	*Принцип: активне повідомлення інформації, консультація психіатра за необхідності* 1. Якнайкраще об'єктивно та правдиво поясніть природу хвороби й зовнішню епідемічну ситуацію 2. Допомагайте спілкуватися з родичами, що назовні, та передавати інформацію 3. Активно заохочуйте пацієнтів до співпраці щодо всіх способів лікування 4. Постарайтеся зробити обстановку зручнішою для пацієнта 5. У разі потреби консультація психіатра
Пацієнти з респіраторним дистресом та сильним занепокоєнням *Психічний стан:* відчуття вмирання, паніка, відчай тощо	*Принцип: заспокоєння, емоційне спілкування та підвищення впевненості в лікуванні* 1. Заспокойте та призначте заспокійливі ліки 2. Посилюйте лікування основного захворювання та зменшуйте прояви симптомів
Легкі пацієнти, ізольовані вдома, особи з лихоманкою, які звертаються до лікарні *Психічний стан:* паніка, неспокій, самотність, безпорадність, депресія, песимізм, гнів, нервозність, стрес через відчуження від інших, сором чи зневага до хвороби	*Принцип: здоров'я, заохочення до співпраці та адаптація до змін* 1. Допомагайте зрозуміти реальну та достовірну інформацію, довіряти науково-медичним авторитетним матеріалам 2. Заохочуйте до активного дотримання лікувальних та ізоляційних правил, здорового харчування, режиму праці та відпочинку, читання, слухання музики, використання сучасних методів спілкування та ін. 3. Порадьте: прийняти умови ізоляції, зрозуміти власну реакцію та шукати позитивний сенс у неприємностях 4. Рекомендуйте пошук соціальної підтримки, щоб впоратися зі стресом: сучасні методи спілкування для зв'язку з родичами, друзями, колегами тощо, розмови про почуття, отримання підтримки та заохочення уваги 5. Стимулюйте використання гарячої лінії психологічної допомоги або психологічного втручання онлайн
Імовірно інфіковані особи	
Психічний стан: психічна хвороба, уникнення лікування, страх дискримінації або тривожність, надмірне лікування	*Принцип: швидке навчання, правильний захист, підкорення загальній ситуації та зменшення стресу* 1. Психоосвіта, ретельне спостереження та раннє лікування 2. Вживайте необхідних заходів самозахисту 3. Дотримуйтесь загальних правил спілкування 4. Використовуйте декомпресійну поведінку та зменшуйте рівень стресу
Залучені медичні працівники	
Психічний стан: надмірна втома та напруга, навіть виснаження; тривога, безсоння, депресія, смуток, соматичні скарги, безпорадність; розчарування або самозвинувачення через смерть пацієнта; страх заразитися, страх за сім'ю; надмірне хвилювання, відмова від відпочинку	*Принципи: регулярна ротація, саморегуляція та звернення за допомогою, якщо є проблеми* 1. Навчання щодо розуміння реакції на стрес, реагування на стрес та регулювання емоцій 2. Профілактичні інтерв'ю з відкритим обговоренням почуттів; мобілізація ресурсів; психологічна підготовка до стресу 3. Належний відпочинок, сон, харчування та трансфер 4. За можливості підтримання зв'язку та спілкування з родиною й навколишнім світом 5. У разі виникнення симптомів стресу, безсоння, депресії чи тривоги — вчасне звертання до професійного психологічного кризового втручання (телефонна «гаряча лінія», психологічні послуги онлайн, психологічне втручання особистого характеру) 6. Якщо стан не полегшується протягом двох тижнів і впливає на інших працівників, необхідна консультація психіатра
Уразливі групи та широка громадськість	
Психічний стан: паніка, самоізоляція, сліпа дезінфекція, розчарування, страх, дратівливість, агресивна поведінка, надмірний оптимізм	*Принцип: медичне виховання, спрямування активних реакцій, усунення страху та наукова профілактика* 1. Правильно надавайте інформацію 2. Комунікація та вказівки щодо адаптаційної поведінки 3. Протидійте нездоровим способам подолання ситуації, таким як зловживання алкоголем, куріння тощо 4. Запобігайте дискримінації пацієнтів та підозрюваних щодо хвороби людей

Адаптовано згідно з National Health Commission of China. A notice on the issuance of guidelines for emergency psychological crisis intervention in pneumonia for novel coronavirus infections. URL: http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467.shtml (in Chinese).

Таблиця 4. Опитувальник із генералізованої тривоги GAD-7

	Ніколи	Декілька днів	Більшу частину часу	Майже щодня
1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені				
2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання				
3. Ви занадто хвилювались через різні речі				
4. Вам було важко розслабитись				
5. Ви були настільки неспокійні, що було важко всидіти на одному місці				
6. Вам було легко дошкулити або роздратувати вас				
7. Ви відчували страх, неначе може статися щось жахливе				

- обов'язкове обладнання обсерваційних кімнат за межами звичайних відділень для ізоляції та обсервації ймовірно або підтверджено інфікованих SARS-CoV-2 пацієнтів [46].

Діагностика та терапія тривожних розладів

За даними наукової медичної літератури, наведеними в статті, найпоширенішим психічним порушенням в осіб, ситуаційно залучених до спалаху COVID-19, є тривога. Причому патологічні стани тривоги слід відрізняти від здорової (непатологічної); необхідні критерії А і В, де *критерій А* — загальне занепокоєння з приводу хвороби, неспокій через біль та загрозу організму (тенденція до посилення соматичних відчуттів) тривалістю до 6 місяців; *критерій В* — занепокоєння та побоювання швидко зменшуються/зникають внаслідок належного медичного заспокоєння, незважаючи на те, що через деякий час можуть виникнути нові передчуття тривоги [47].

Рівень тривоги в осіб, ситуаційно залучених до спалаху COVID-19, стандартно рекомендовано визначати за частиною Опитувальника здоров'я пацієнта PHQ — Шкалою тривоги (інша назва Опитувальник із генералізованої тривоги) GAD-7 [17, 23, 41].

Відповідно до інструкції досліджувана особа має прочитати сім запропонованих тверджень й оцінити, як часто за останні два тижні її турбували описані проблеми, обравши для відповіді один із чотирьох варіантів: ніколи — 0 балів; декілька днів — 1 бал; більшу частину часу — 2 бали; майже щодня — 3 бали (табл. 4). Загальний результат за шкалою GAD-7 може становити від 0 до 21 бала, а суми 5, 10 та 15 балів є початковими пунктами для визначення легкої, помірної та тяжкої тривоги відповідно. У разі скринінгу тривожних розладів рекомендованою межею здоров'я/патологія є 10 балів [47].

Із пороговою оцінкою 10 балів шкала GAD-7 має чутливість 89 % і специфічність 82 % для діагностики генералізованого тривожного розладу (ГТР). Опитувальник GAD-7 також досить добре визначає наявність і тяжкість трьох інших поширених тривожних розладів — панічного розладу (чутливість 74 %, специфічність 81 %); соціального тривожного розладу (чутливість 72 %, специфічність 80 %); посттравматичного стресового розладу (чутливість 66 %, специфічність 81 %) [47, 48].

Оптимальною тактикою лікування пацієнтів із тривожними розладами, зокрема асоційованими з COVID-19, відповідно до міжнародних стандартів терапії є поєднання фармако- та психотерапії [49, 50].

За стандартом якості лікування тривожних розладів Національного інституту охорони здоров'я та клінічного вдосконалення Великої Британії (NICE, 2014) QS53, психотерапія є першою лінією лікування незалежно від інтенсивності методу втручання, а призначення бензодіазепінів або нейролептиків за браку специфічних клінічних причин обмежене [51].

Рекомендації Всесвітньої федерації товариств біологічної психіатрії (WFSBP) визначають прегабалін разом із селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (СІЗЗСН) препаратом першого вибору в терапії ГТР [52].

У клінічній настанові з терапії тривоги для дорослих Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHS) окремо зауважується, що прегабалін можна призначати за браку терапевтичної відповіді на СІЗЗС/СІЗЗСН або як першу лінію лікування, особливо в пацієнтів з інтелектуальною недостатністю [53].

Дані вторинного аналізу клінічних досліджень засвідчили переваги застосування прегабаліну над СІЗЗС і СІЗЗСН щодо економічної ефективності у пацієнтів із ГТР, рефрактерних до приймання бензодіазепінів [54].

Результати піврічного дослідження пацієнтів із хронічним ГТР довели більшу економічну доцільність застосування прегабаліну порівняно з будь-яким антидепресантом чи бензодіазепіном [55].

Важливою є швидкість настання клінічно значущого ефекту прегабаліну при ГТР: прегабалін вже до 4-го дня терапії перевершував венлафаксин і плацебо щодо редукції симптоматики, діючи одночасно на психічні й соматичні (кардіоваскулярні, респіраторні, м'язові, гастроінтестинальні тощо) симптоми тривоги [56, 57].

Клінічне поліпшення протягом перших двох тижнів лікування прегабаліном підвищувало ймовірність позитивної клінічної відповіді в 5,3 раза [58].

Прегабалін (150–600 мг/добу) здатний ефективно редукувати не лише прояви ГТР, включно з інсомнією, зокрема у пацієнтів віком 65+, але й симптоматику коморбідних депресивних станів різних ступенів тяжкості (від легких до тяжких) [56, 59–61].

Слід пам'ятати, що швидке припинення приймання прегабаліну (особливо у високих дозуваннях) може

супроводжуватися синдромом скасування у вигляді посилення тривоги, неспокою, дратівливості, нервозності, інсомнії та рецидиву основних симптомів ГТР [62].

Але, власне, прегабалін ефективний для полегшення проявів синдрому скасування бензодіазепінів із подальшою відмовою від них у понад половини пацієнтів та проявів алкогольного абстинентного синдрому з подовженням періоду утримання від алкоголю [63–65].

Висновки

Будь-який масштабний спалах небезпечної інфекції чинитиме негативний вплив на людей і суспільство. Сучасна пандемія COVID-19 супроводжується поширеною «інфодемією» та очікуваною прийдешньою «епідемією» паніки, передбачувано спричиняючи суспільні психологічні реакції, такі як напруга, тривога та страх, втрата орієнтирів і планів на майбутнє, що може призводити до гострої реакції на стрес, посттравматичного стресового розладу, депресії, інших емоційних розладів, і як наслідку — зростання аутоагресивних дій аж до суїциду. Ситуативна залученість до пандемії COVID-19 широких верств населення може зумовити: появу нових психіатричних симптомів в осіб, які раніше не мали психічних хвороб; погіршення стану тих, хто страждає на такі захворювання; дистрес у доглядальників пацієнтів із психічними та соматичними недугами. Вона має серйозні згубні наслідки для життєдіяльності, соціального життя, економічного ландшафту та політичної стабільності.

Критичними напрямами для зміцнення стратегії психічного здоров'я під час спалаху COVID-19 є: ідентифікація груп підвищеного ризику; поліпшений скринінг психічних розладів; психологічні втручання; підтримка залучених до спалаху коронавірусної хвороби медичних працівників; надання точної та повної інформації; інтеграція медичних і громадських ресурсів.

Дієвою є модель психологічного втручання, що інтегрує лікарів, психіатрів, психологів і соціальних працівників в інтернет-платформи для здійснення психологічного втручання щодо пацієнтів, їхніх сімей і медичного персоналу. Такі дії мають ґрунтуватися на всебічному оцінюванні чинників ризику, які призводять до психологічних проблем, зокрема погане психічне здоров'я до кризи, побоювання, травмування себе та членів родини, небезпечні для життя обставини, паніка, відрив від близьких та низький дохід домогосподарств.

Найпоширенішим психічним порушенням серед осіб, ситуаційно залучених до спалаху COVID-19, є тривога, рівень якої стандартно рекомендовано визначати за шкалою GAD-7. Оптимальною тактикою лікування пацієнтів із тривожними розладами, зокрема асоційованими з COVID-19, є поєднання психотерапії та фармакотерапії. СІЗЗС, СІЗЗСН і прегабалін — препарати першого вибору для лікування тривожних розладів. Завдяки швидкодії, позитивному впливу на сон, соматичні компоненти тривоги, больовий синдром та прояви депресії прегабалін (150–600 мг/добу) рекомендований до широкого застосування у пацієнтів із тривогою у загальномедичній практиці, зокрема як засіб терапії першої лінії у пацієнтів з інтелектуальною недостатністю, резистентністю до інших анксіолітиків.

Отже, нинішню «епідемію» тривоги треба долати за допомогою біопсихосоціальних підходів. Ми, психіатри, маємо підтримувати та навчати наших пацієнтів і громадськість загалом боротися зі стресом, нагадуючи про швидкоплинність епідемій — від іспанського грипу (1918) аж до вірусу лихоманки Ебола (2013) або вірусу Зіка (2016). Пандемія COVID-19 має спонукати нас бути більш підготовленими та стійкими до неминучих майбутніх загроз і берегти психічне здоров'я.

Література

1. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *The Lancet*. 2020 Feb 29. Vol. 395, № 10225. 676 p.
2. Cinelli M., Quattrociocchi W., Galeazzi A. et al. The covid-19 social media infodemic. arXiv preprint arXiv:2003.05004. 2020 Mar 10.
3. Hua Z., Yangb Z., Lib Q. et al. Infodemiological study on COVID-19 epidemic and COVID-19 infodemic. (Preprint· February 2020. DOI: 10.20944/preprints202002.0380.v3).
4. Чабан О.С., Хаустова О.О., Жабенко О.Ю. Ситуаційна соціокультурна тривога: сучасні провокації та їх психосоматичні розв'язання. *НейроNews*. 2010. Вип. 4. С. 10–15.
5. Costa K. The Cause Of Panic At The Outbreak Of Covid-19 In South Africa–A Comparative Analysis With Similar Outbreak In China And New York. Center for Open Science; 2020 Mar 9. (Preprint DOI 10.31730/osf.io/sy54p).
6. Ho C.S. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. Article in Press | 'Online First' Access. URL: http://www.annals.edu.sg/pdf/special/COM20043_HoCSH_2.pdf.
7. Bao Y., Sun Y., Meng S. et al. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*. 2020 Feb 22. Vol. 395, № 10224. P. 37–38.
8. Müller N. Infectious diseases and mental health. In: Sartorius N., Holt RIG, Maj M., editors. Key Issues in Mental Health. Basel: S. KARGER AG. 2014. P. 99–113. Available at: https://www.karger.com/Article/ FullText/365542.
9. Sim K., Huak Chan Y., Chong P.N. et al. Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *J Psychosom Res*. 2010. Vol. 68. P. 195–202.
10. Wang C., Pan R., Wan X. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Jan. Vol. 17, № 5. P. 1729.
11. Qan M.Y., Ye D.M., Dong W. et al. Changes of coping behavior, cognitive evaluation and emotional state of SARS in Peking people in different periods. *Chinese Mental Health Journal*. 2003. Vol. 8. P. 515–520.
12. Xiao H., Zhang Y., Kong D. et al. Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Medical Science Monitor*. 2020 Mar 20. Vol. 26. DOI: 10.12659/ MSM.923921.
13. Tsang H.W., Scudds R.J., Chan E.Y. Psychosocial impact of SARS. Emerg Infect Dis 2004.Vol. 10. P. 1326–7.
14. Bobdey S., Ray S. Going viral — Covid-19 impact assessment: A perspective beyond clinical practice. *J Mar Med Soc* [serial online] 2020. Vol. 22. P. 9–12.
15. Xing J., Sun N., Xu J. et al. Xu were co-corresponding J. Study of the mental health status of medical personnel dealing with new coronavirus pneumonia. 2020. (Preprint. doi: https://doi.org/10.1101/2020.03.04.20030973).
16. Xiang Y.T., Yang Y., Li W. et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry 2020*. pii: S2215–0366(20)30046–8.

Повний список літератури, який уміщує 65 джерел, знаходиться в редакції.

UA-NEOG-PIM-042020-048

Позбався болю, **ПОРИНЬ У ЖИТТЯ**

НЕОГАБІН

ПРЕГАБАЛІН

- Доведена ефективність при нейропатичному болю, фіброміалгії та генералізованому тривожному розладі [1-6]
- Доведена біоеквівалентність оригінальному прегабаліну [7]
- Один з найдоступніших за ціною прегабалінів в Україні [8]

acino

Швейцарські стандарти якості

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату НЕОГАБІН 75, 150
Діюча речовина. Прегабалін. **Лікарська форма.** Капсули по 75 мг або по 150 мг. **Фармакотерапевтична група.** Протиепілептичні засоби. **Фармакологічні властивості.** Прегабалін зв'язується з допоміжною субодиницею (альфа2-дельта-білок) потенціалозалежних кальцієвих каналів у центральній нервовій системі. **Показання.** Невропатичний біль. Епілепсія. Генералізований тривожний розлад. Фіброміалгія. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або будь-якої із допоміжних речовин. **Побічні реакції.** Запаморочення і сонливість, посилення апетиту, сплутаність свідомості, дезорієнтація, дратівливість, ейфоричний настрій, зниження лібідо, безсоння, атаксія, порушення координації, порушення рівноваги, розлади уваги, погіршення пам'яті, тремор, дизартрія, парестезія, седація, в'ялість, головний біль, летаргія, нечіткість зору, диплопія, кон'юнктивіт, вертиго, блювання, запор, сухість у роті, метеоризм, гастроентерит, еректильна дисфункція, імпотенція, периферичний набряк, набряки, порушення ходи, відчуття сп'яніння, втома, збільшення маси тіла тощо. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** №UA/13702/01/01, №UA/13702/01/02; Наказ МОЗ України від 27.06.2014 №437. **Виробник**: ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» та ТОВ «АСІНО УКРАЇНА» входять до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкціях для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

1. Arezz J.C. et al. BMC Neurology 2008: 8:33. 2. Dworkin R.H. et al. Neurology 2003; 60; 1274–83. 3. Croffrd L.J. et al. Pain 2008; 136(3):419–31. 4. Arnold L.M. et al. J Pain. 2008 Sep; 9(9):792–805. 5. Rickels K. et al. Arch Gen Psychiatry. 2005 Sep; 62(9):1022–30. 6. Baldwin D.S. et al. Neuropsychiatr Dis Treat. 2013; 9:883–92. 7. Клінічне дослідження з оцінки біоеквівалентності лікарських препаратів. Код дослідження: PRG-FS. Заключний звіт, 2014, стор. 8. 8. Тижневник «Аптека», www.apteka.ua.

IA-NEOG-PIM-032019-021

ТОВ АСІНО УКРАЇНА | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua