

# Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19

**С.Н. Мосолов**

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия*

*ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России*

## **РЕЗЮМЕ:**

Ситуация 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. В качестве первоочередных целей предлагается разделить потоки лиц, нуждающихся в психологической поддержке и психиатрической помощи, и организовать для них дистанционное предоставление этих услуг (телефоны «горячей линии» и телемедицинские консультации). С учетом опыта других стран, которые столкнулись с массовым распространением COVID-19, выполнен обзор предлагаемых неотложных и профилактических организационно-лечебных мероприятий и даны практические рекомендации по экстренной временной реорганизации психиатрической службы, оказанию психолого-психотерапевтической поддержки наиболее уязвимым группам населения, включая медперсонал, непосредственно работающий с больными COVID-19, а также рекомендации по ведению психически больных с тяжелым острым респираторным синдромом (SARS). Особое внимание уделено особенностям психофармакотерапии таких пациентов с обзором потенциальных рисков развития побочных эффектов и осложнений, прежде всего связанных с дыхательной функцией, в том числе вследствие неблагоприятных лекарственных взаимодействий.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** психическое здоровье населения, COVID-19, SARS, психически больные, психиатрическая служба, побочные эффекты, лекарственные взаимодействия

**КОНТАКТ:** profmosolov@mail.ru <https://orcid.org/0000-0002-5749-3964>

**КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ:** 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

Ситуация пандемии COVID-19 в мире, безусловно, является новым серьезным вызовом для всей психиатрии как медицинской дисциплины. Правительство России в последние недели предпринимает беспрецедентные меры по предотвращению распространения эпидемии COVID-19 в нашей стране. Однако введенный режим самоизоляции, нарастание страха в обществе на фоне панических слухов и дезинформации, распространяемых в социальных сетях и средствах массовой информации, вызывают беспокойство за судьбы наших пациентов и диктуют 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. Режим пандемии в мире, введенный Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) [1], тревожный информационный фон с навязчивым повторением негативных событий, повышенным психологическим давлением и складывающаяся неблагоприятная эпидемиологическая обстановка с введением строгого режима самоизоляции и расширенных санитарно-гигиенических норм могут вызвать всплеск психических расстройств у населения. По данным недавнего невыборочного опроса населения США, проведенного Американской психиатрической ассоциацией (АРА), почти половина опрошенных испытывают серьезный уровень тревоги, при этом 40 % опасаются, что они сами или их близкие могут заболеть COVID-19 в тяжелой форме и умереть [2]. В частности, введенный на некоторых тер-

риториях в США карантин приводит к существенному стрессу, и его длительность коррелирует с развитием симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [3]. Симптомы фрустрации, страха, чувство разочарования и бесперспективности, ожидание угрозы, чувство одиночества, социальной отгороженности и отчуждения, оживление негативных переживаний из прошлой жизни (флешбеки), яркие образные представления о собственном заболевании коронавирусной инфекцией, ночные кошмары, нарушения сна, раздражительность и вспышки гнева, поведение избегания, массовая закупка оружия и военной амуниции, импульсивные решения бегства из находящихся на карантине населенных пунктов – вот неполный список симптомов ПТСР, массово наблюдающихся сейчас в США [4]. Отечественные исследователи тоже неоднократно указывали на высокую вероятность возникновения подобной симптоматики при социальном стрессе и чрезвычайных ситуациях [5–7]. Помимо стрессовых реакций и расстройств адаптации могут появляться симптомы и более тяжелых психических нарушений, включая депрессию, тревожные расстройства, декомпенсации характерологических особенностей личности, сверхценные и индуцированные бредовые идеи и даже острую психотическую симптоматику и суициды [8]. Дистресс и депрессия ослабляют иммунитет и осложняют течение и прогноз любого соматического заболевания, включая инфекционные [10]. Среди возрастных категорий наиболее тяжело социальную изоляцию в связи с новой коронавирусной инфекцией переносят пожилые люди и дети [7, 11]. Известно, что социальная

изоляция является самым значимым предиктором общей смертности в старшем возрасте [12], так же как и карантин, введенный в 2003 г. в связи со вспышкой тяжелого острого респираторного вирусного синдрома (SARS), в 4 раза чаще вызывал симптомы ПТСП у детей по сравнению с аналогичной возрастной выборкой без карантина [13].

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, 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 опыт со случаями COVID-19 в психиатрических стационарах Уханя в Китае [14] и Сиены в Италии [15] показывает, что инфекция распространяется с большей скоростью, чем в здоровой популяции. 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 [16]. В частности, известно, что при психических расстройствах повышен риск развития инфекционных заболеваний, в том числе пневмонии [17]. 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 психообразовательной работы с разъяснением необходимости соблюдать режим самоизоляции и профилактические санитарно-гигиенические меры, 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. 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 ограничило возможности общения врачей-психиатров со своими пациентами. Единственным выходом представляется срочное налаживание в психиатрических службах телемедицины (телепсихиатрии) и дистанционного видеообщения с пациентом, тем более что психиатрия стала первой специальностью, где были эффективно применены возможности телемедицины для удаленной консультативной помощи больным и уже накоплен немалый положительный опыт ее применения [18]. 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 такой доступ имеется. 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 видеообщения оказывается достаточно для адекватной оценки состояния пациента, установки диагноза и коррекции терапии. Для преодоления кризисных явлений помощь заключается прежде всего в следующем: 1) создание управляемой ситуации, оказание вербальной поддержки, проведение психообразования с сообщением достоверной информации и назначение соответствующей психофармакотерапии в случае необходимости; 2) совместная выработка рационального поведения и стратегии преодоления сложившейся ситуации и разрешения проблем. Основной целью психологической поддержки и проводимой психотерапии должно быть увеличение сопротивляемости и устойчивости личности пациента к кризисным ситуациям, в том числе к деструктивному суицидальному и агрессивному поведению. Нужно шире внедрять в практику валидные психометрические инструменты (структурированные диагностические интервью, шкалы, самоопросники и др.) для дистанционного скрининга, диагноза и оценки тяжести состояния больного, включая суицидальный риск, в динамике проводимого лечения. 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 [19]. 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 [20] 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, не достать продукты или медикаменты; депрессия, переизбыток, злоупотребление алкоголем, неконтролируемое потребление непроверенных средств для профилактики заражения SARS-CoV-2, клаустрофобия, агорафобия, отказ соблюдать карантинный режим, стрессовые расстройства, агрессия и др.); новый опыт из США показывает, что дистанционная психологическая поддержка лиц, находящихся на карантине в связи с COVID-19, существенно снижает уровень дистресса и его последствия [3];
- с положительным тестом на коронавирусную инфекцию (страх смерти, тревога за близких, депрессия, стрессовые и личностные реакции, дисфория, агрессия, отказ соблюдать карантин и др.);
- заболевшим COVID-19 (нозогении, страх смерти, тревога, депрессия, стрессовые реакции, суицидальный риск 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 в 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 к представителям местных волонтерских движений.

6. Для амбулаторных пациентов с психическими расстройствами в целях соблюдения ими условий карантина нужно срочно решить вопрос об обеспечении их требуемыми лекарственными препаратами без необходимости посещения психоневрологичес-

ких диспансеров для выписки рецептов, а для 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 пациенты, имеющие все хронические и часто рецидивирующие психические расстройства, прежде всего шизофрению, рекуррентную депрессию, биполярное расстройство, деменцию, паническое расстройство и др. Полустационарная помощь также должна быть ограничена: больных, нуждающихся в активной терапии, желательно поместить в стационар, остальных перевести на амбулаторную терапию с регулярным дистанционным наблюдением. 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, поскольку у них снижена способность к соблюдению режима карантина, а при психопатиях важно также избегать 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;
- регулярно следить за соматическим состоянием пациента, включая измерение температуры три раза в сутки, подробно выяснять эпидемиологический анамнез, включая возможные контакты с инфицированными лицами и пребывание в странах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой;
- в случае возникновения стрессовых реакций и расстройств адаптации необходимо проведение соответствующей психотерапии и режиссуры психотерапии (короткодействующие бензодиазепины и снотворные препараты, включая тразодон);
- 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 протекания 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 [21] и развития синдрома «цитокинового шторма» [22]. 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 [23–25]. Считается, что эти признаки могут быть связаны с более тяжелым течением заболевания и центральным генезом развития тяжелой сердечно-легочной недостаточности [26].

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 [26].

- 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.

- Выбор психофармакотерапии должен соответствовать соматическому состоянию пациента и учи-

тывать спектр соматотропной активности препарата и вызываемые им побочные эффекты. Особую осторожность следует проявлять по отношению к пациентам с сердечной патологией, дыхательной, почечной и печеночной недостаточностью, поскольку метаболизм препаратов и скорость их выведения из организма могут существенно меняться [27]. 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 требуется назначать 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 способны вызывать снижение мышечного тонуса, усиливать миастению и угнетать дыхательную функцию, повышая риск развития пневмонии [28]. Имеются данные, что центральные антихолинергические препараты (тригексифенидил, бипериден и др.) у пожилых пациентов в 1,6–2,5 раза повышают риск развития пневмонии [29]. Пациенты пожилого возраста особенно чувствительны к миорелаксирующему действию бензодиазепинов, что может приводить к атаксии и падениям с получением травм и переломов, а также к нарушению вентиляции легких и провоцировать развитие гипостатической пневмонии [30].

- Для психически больных с COVID-19, состояние которых уже осложнилось пневмонией и явлениями дыхательной недостаточности, дозу применяемых препаратов рекомендуется по возможности уменьшить в 2 раза или, если позволяет психическое состояние больного, на время отменить психофармакотерапию, поскольку большинство препаратов может усилить соматовегетативные нарушения, такие как тахикардия, нарушения сердечного ритма и дыхания, гипертермия.

- 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, поскольку это может привести к нарушению функции дыхания и усилить явления дыхательной недостаточности [31]. 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 [32].

- У пациентов с аффективными расстройствами, находящихся 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 [33].

- У психотических больных применение антипсихотиков и антихолинергических корректоров требует осторожности, поскольку многие препараты вызывают выраженную седацию, гипотензию, 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 иммунологическую реактивность и приводить к гранулоцитопении. Хлорпромазин обладает сильным адренолитическим действием и может вызывать артериальную гипотензию, тахикардию, кардиотоксические эффекты и угнетение дыхательного центра; риски угнетения дыхания имеются и при применении прометазина [34]. Для предотвращения усиления дыхательной недостаточности 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, страдающим 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 % [35]. 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 [36]. Противомаларийные средства действуют следующим образом: хинидин угнетает метаболизм арипипразола и диазепама и повышает их концентрацию в плазме крови; мефлохин<sup>1</sup> снижает сывороточную концентрацию вальпроевой кислоты и повышает плазменную кон-

<sup>1</sup> Кроме того, мефлохин самостоятельно может вызывать неврологические симптомы, депрессию, тревогу и психотическую симптоматику, включая бред, галлюцинации и спутанность [42]

центрацию карбамазепина; хлорохин и возможно гидроксихлорохин при сочетании с антидепрессантами ингибиторами MAO увеличивают риск нейротоксичности [37]. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) обладают следующим действием: парацетамол угнетает метаболизм фенотиазиновых антипсихотиков и трициклических антидепрессантов; ацетилсалициловая кислота снижает метаболизм трициклических антидепрессантов и вальпроевой кислоты; бутадион, ибупрофен, индометацин и диклофенак угнетают почечную экскрецию солей лития и повышают его концентрацию в плазме крови [36]. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), НПВС и ацикловир также могут повышать содержание лития в крови [37]. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) могут снижать агрегацию тромбоцитов и свертываемость крови, особенно в сочетании с НПВС, ацетилсалициловой кислотой или антикоагулянтами [36]. С целью профилактики нежелательных лекарственных взаимодействий следует прежде всего избегать одновременного назначения лекарственных средств, подвергающихся метаболизму одним и тем же семейством изофермента цитохрома P-450. В частности, некоторые противовирусные препараты являются мощными ингибиторами изофермента 3A4 и могут существенно замедлять метаболизм ряда психотропных средств, а фенобарбитал и карбамазепин индуцируют активность фермента и снижают концентрацию лопинавира в крови, ослабляя его клиническую эффективность [37].

- Возобновление психофармакотерапии рекомендуется в полном объеме после устранения острых симптомов COVID-19 с нормализацией температуры тела, функции дыхания и лабораторных показателей.

Таким образом, мировая пандемия COVID-19 и быстрое ухудшение эпидемиологической обстановки в нашей стране являются новыми вызовами для всей отечественной психиатрии и ставят новые срочные задачи перед нашей 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 переносящие 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 обладающих самоизоляцией, 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 Корею показало высокую

эффективность и в значительной мере позволило предотвратить неблагоприятные психологические и психиатрические последствия эпидемии [38].

• 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 организации такой помощи может привести к острому психологическому кризису с попытками суицида и/или к последующему переводу симптоматики в хроническое течение с формированием признаков ПТСР [39–40], а у лиц с психическими расстройствами – к серьезному обо-

стрению заболевания с ухудшением прогноза его течения [41].

• При необходимости проведения 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 препаратов, влияющих на дыхательную функцию), и возможные неблагоприятные лекарственные взаимодействия препаратов при тщательном контроле соматического состояния больных, данных ЭКГ и лабораторных показателей. Действовать нужно быстро!

## ЛИТЕРАТУРА

## REFERENCES

1. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Geneva: World Health Organization, March 23, 2020. – Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (accessed April 4, 2020).
2. Schwartz B.J. New APA survey on public anxiety over COVID-19 // High Anxiety in America Over COVID-19 – Medscape. – Mar 28, 2020.
3. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence // Lancet. – 2020. – Vol. 395 (10227). – P. 912–920.
4. London R.T. Is COVID-19 leading to a mental illness pandemic? Presented by ID Practitioner in MDedge Infectious disease [published online March 25, 2020]. Available at: <https://www.mdedge.com/infectiousdisease/article/219612/coronavirus-updates/covid-19-leading-mental-illness-pandemic?fbclid> (accessed April 4, 2020).
5. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // ПМЖ. – 1996. Т. 3, № 11. – С. 689–694.
6. Дмитриева Т.Б., Александровский Ю.А., Кекелидзе З.И. и др. Социальный стресс и психическое здоровье. – М.: Всерос. учеб.-науч.-методич. центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001. – 248 с.
7. Кекелидзе З.И., Портнова А.А. Критерии диагностики посттравматического стрессового расстройства // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109, № 12. – С. 4–7.
8. Goldberg J.F. Psychiatry's niche role in the COVID-19 pandemic // J Clin Psychiatry. – 2020. – Vol. 81 (3). – 20com13363.
9. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. Клинические и иммунохимические аспекты. – М.: Гос. науч. центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского, 1997. – 362 с.
10. Александровский Ю.А., Чехонин В.П. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств. – М.: GEOTAR-Media, 2005. – 235 с.
11. Jeste D.V., Lee E.E., Cacioppo S. Battling the modern behavioral epidemic of loneliness: Suggestions for research and interventions // JAMA Psychiatry [published online ahead of print March 4, 2020].
12. Steptoe A., Shankar A., Demakakos P. et al. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women // Proc Natl Acad Sci USA. – 2013. – Vol. 110 (15). – P. 5797–5801.
13. Sprang G., Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters // Disaster Med Public Health Prep. – 2013. – Vol. 7 (1). – P. 105–110.
14. China Newsweek. Collective infections of coronavirus among 50 patients and 30 health workers in one psychiatric hospital in Wuhan // Shanghai Obs. 2020. – Available at: <https://www.jfdaily.com/news/detail?id=208584> (accessed Feb 17, 2020; in Chinese).
15. Fagiolini A., Cuomo A., Frank E. COVID-19 diary from a psychiatry department in Italy // J Clin Psychiatry. – 2020. – Vol. 81 (3). – 20com13357.
16. Sartorius N. Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century // Shanghai Arch Psychiatry. – 2013. – Vol. 25. – P. 68–69.
17. Seminog O.O., Goldacre M.J. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies // Thorax. – 2013. – Vol. 68. – P. 171–176.
18. Doarn C.R. Telemedicine and psychiatry: a natural match // mHealth. – 2018. – Vol. 4. – P. 60.
19. Arean P.A., Hallgren K.A., Jordan J.T. et al. The use and effectiveness of mobile apps for depression: results from a fully remote clinical trial // J Med Internet Res. – 2016. – Vol. 18 (12). – e330.
20. Кекелидзе З.И. Принципы оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3, № 4. С. 123–125.
21. Poyiadji N., Shahin G., Noujaim D. et al. COVID-19-associated Acute Hemorrhagic Necrotizing Encephalopathy: CT and MRI // Radiology. 2020 [published online: Mar 31, 2020]. – Available at: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2020201187> (accessed 5 April, 2020).
1. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Geneva: World Health Organization, March 23, 2020. – Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (accessed April 4, 2020).
2. Schwartz B.J. New APA survey on public anxiety over COVID-19 // High Anxiety in America Over COVID-19 – Medscape. – Mar 28, 2020.
3. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence // Lancet. – 2020. – Vol. 395 (10227). – P. 912–920.
4. London R.T. Is COVID-19 leading to a mental illness pandemic? Presented by ID Practitioner in MDedge Infectious disease [published online March 25, 2020]. Available at: <https://www.mdedge.com/infectiousdisease/article/219612/coronavirus-updates/covid-19-leading-mental-illness-pandemic?fbclid> (accessed April 4, 2020).
5. Aleksandrovskii Yu.A. Sotsial'no-stressovye rasstroistva // RMZh. – 1996. Т. 3, № 11. – С. 689–694.
6. Dmitrieva T.B., Aleksandrovskii Yu.A., Kekelidze Z.I. i dr. Sotsial'nyi stress i psikhicheskoe zdorov'e. – M.: Vseros. ucheb.-nauch.-metodich. tsentr po nepreryvnomu meditsinskomu i farmatsevticheskomu obrazovaniyu, 2001. – 248 s.
7. Kekelidze Z.I., Portnova A.A. Kriterii diagnostiki posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva // Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2009. – Т. 109, № 12. – С. 4–7.
8. Goldberg J.F. Psychiatry's niche role in the COVID-19 pandemic // J Clin Psychiatry. – 2020. – Vol. 81 (3). – 20com13363.
9. Kekelidze Z.I., Chekhonin V.P. Kriticheskie sostoyaniya v psikhiiatrii. Klinicheskie i immunokhimicheskie aspekty. – M.: Gos. nauch. tsentr sotsial'noi i sudebnoi psikhiiatrii imeni V.P. Serbskogo, 1997. – 362 s.
10. Aleksandrovskii Yu.A., Chekhonin V.P. Klinicheskaya immunologiya pogranichnykh psikhicheskikh rasstroistv. – M.: GEOTAR-Media, 2005. – 235 s.
11. Jeste D.V., Lee E.E., Cacioppo S. Battling the modern behavioral epidemic of loneliness: Suggestions for research and interventions // JAMA Psychiatry [published online ahead of print March 4, 2020].
12. Steptoe A., Shankar A., Demakakos P. et al. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women // Proc Natl Acad Sci USA. – 2013. – Vol. 110 (15). – P. 5797–5801.
13. Sprang G., Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters // Disaster Med Public Health Prep. – 2013. – Vol. 7 (1). – P. 105–110.
14. China Newsweek. Collective infections of coronavirus among 50 patients and 30 health workers in one psychiatric hospital in Wuhan // Shanghai Obs. 2020. – Available at: <https://www.jfdaily.com/news/detail?id=208584> (accessed Feb 17, 2020; in Chinese).
15. Fagiolini A., Cuomo A., Frank E. COVID-19 diary from a psychiatry department in Italy // J Clin Psychiatry. – 2020. – Vol. 81 (3). – 20com13357.
16. Sartorius N. Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century // Shanghai Arch Psychiatry. – 2013. – Vol. 25. – P. 68–69.
17. Seminog O.O., Goldacre M.J. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies // Thorax. – 2013. – Vol. 68. – P. 171–176.
18. Doarn C.R. Telemedicine and psychiatry: a natural match // mHealth. – 2018. – Vol. 4. – P. 60.
19. Arean P.A., Hallgren K.A., Jordan J.T. et al. The use and effectiveness of mobile apps for depression: results from a fully remote clinical trial // J Med Internet Res. – 2016. – Vol. 18 (12). – e330.
20. Kekelidze Z.I. Printsipy okazaniya psikhologo-psikhiiatricheskoi pomoshchi pri chrezvychaynykh situatsiyakh // Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya. – 2001. – Т. 3, № 4. С. 123–125.
21. Poyiadji N., Shahin G., Noujaim D. et al. COVID-19-associated Acute Hemorrhagic Necrotizing Encephalopathy: CT and MRI // Radiology. 2020 [published online: Mar 31, 2020]. – Available at: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2020201187> (accessed 5 April, 2020).

22. Mehta P., McAuley D.F., Brown M. et al. HLH Across Speciality Collaboration, UK. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression // *Lancet*. – 2020. – Vol. 395 (10229). – P. 1033–1034.
23. Baig A.M., Khaleeq A., Ali U. et al. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host-virus interaction, and proposed neurotropic mechanism // *ACS Chem Neurosci* [published online ahead of print March 13, 2020].
24. Filatov A., Sharma P., Hindi F, et al. Neurological complications of coronavirus (COVID-19): encephalopathy. // *Cureus*. – Vol. 12 (3). – e7352. – DOI: 10.7759/cureus.7352
25. Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients // *J Med Virol* [published online ahead of print February 27, 2020].
26. Незнанов Н.Г., Мосолов С.Н., Иванов М.В. Психотропная терапия // Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 1627–1736.
27. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / под ред. С.Н. Мосолова. – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – 1073 с.
28. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. – М.: Вузовская книга, 2000. – 207 с.
29. Paul K., Walker R. Anticholinergic medications and risk of community-acquired pneumonia in elderly adults: a population-based older adults: a populations- based case-control study // *J Am Geriatr Soc*. – 2015. – Vol. 63. – P. 476–485.
30. Dublin S., Walker RL, Jackson ML, et al. Use of opioids or benzodiazepines and risk of pneumonia in older adults: a population-based case-control study // *J Am Geriatr Soc*. – 2011. – Vol. 59. – P. 1899–1907.
31. Stein D.J. Pharmacotherapy of adjustment disorder: a review. // *World J Biol Psychiatry*. – 2018. – Vol. 19, Suppl. 1. – P. 46–52.
32. U.S. Food and Drug Administration. 19 décembre 2019. – Available at: <https://www.fda.gov/news-events/fda-brief/fda-brief-fda-requires-new-warnings-gabapentinoids-about-risk-respiratory-depression> (accessed April 4, 2020).
33. Мосолов С.Н. Применение солей лития в психиатрической практике: методич. рекомендации МЗ СССР. – М., 1983. – 44 с.
34. Chan H.Y., Lai C.L., Lin Y.C. et al. 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. – Vol. 39 (5). – P. 434–440.
35. Goodlet K.J., Zmarlicka M.T., Peckham A. Drug-drug interactions and clinical considerations with co-administration of antiretrovirals and psychotropic drugs // *CNS Spectrums*. – 2018. – P. 1–26. – DOI: 10.1017/S109285291800113X
36. Мосолов С.Н., Малин Д.И., Рыбкин П.В., Сычев Д.А. Лекарственные взаимодействия препаратов, применяемых в психиатрической практике // Современная терапия психических расстройств. – 2019. – № S1 (дополнительный тематический выпуск). – С. 1–35.
37. Wynn G.H., Oesterheld I.R., Cozza K.L., Armstrong S.C. Clinical Manual of Psychotropic Drug Interaction. Principles for medical practice. – APP, Washington DC, 2009. – 594 p.
38. Lee SM, Lee HY, Lee MK, et al. Development of Korean disaster mental health support guidelines: results of a scoping review and a Delphi survey. *Psychiatry Investig*. 2019;16(2):130–138.
39. 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.
40. Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. // *CMAJ*. 2003;168(10):1245–1251.
41. Garriga, M., Agasi, I., Fedida, E. et al. The role of Mental Health Home Hospitalization Care during the COVID-19 pandemic. // *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2020. doi:10.1111/acps.13173
42. 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>
22. Mehta P., McAuley D.F., Brown M. et al. HLH Across Speciality Collaboration, UK. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression // *Lancet*. – 2020. – Vol. 395 (10229). – P. 1033–1034.
23. Baig A.M., Khaleeq A., Ali U. et al. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host-virus interaction, and proposed neurotropic mechanism // *ACS Chem Neurosci* [published online ahead of print March 13, 2020].
24. Filatov A., Sharma P., Hindi F, et al. Neurological complications of coronavirus (COVID-19): encephalopathy. // *Cureus*. – Vol. 12 (3). – e7352. – DOI: 10.7759/cureus.7352
25. Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients // *J Med Virol* [published online ahead of print February 27, 2020].
26. Незнанов Н.Г., Мосолов С.Н., Иванов М.В. Психотропная терапия // Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 1627–1736.
27. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / под ред. С.Н. Мосолова. – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – 1073 с.
28. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. – М.: Вузовская книга, 2000. – 207 с.
29. Paul K., Walker R. Anticholinergic medications and risk of community-acquired pneumonia in elderly adults: a population-based older adults: a populations- based case-control study // *J Am Geriatr Soc*. – 2015. – Vol. 63. – P. 476–485.
30. Dublin S., Walker RL, Jackson ML, et al. Use of opioids or benzodiazepines and risk of pneumonia in older adults: a population-based case-control study // *J Am Geriatr Soc*. – 2011. – Vol. 59. – P. 1899–1907.
31. Stein D.J. Pharmacotherapy of adjustment disorder: a review. // *World J Biol Psychiatry*. – 2018. – Vol. 19, Suppl. 1. – P. 46–52.
32. U.S. Food and Drug Administration. 19 décembre 2019. – Available at: <https://www.fda.gov/news-events/fda-brief/fda-brief-fda-requires-new-warnings-gabapentinoids-about-risk-respiratory-depression> (accessed April 4, 2020).
33. Mosolov S.N. Primenenie solei litiya v psikiatricheskoj praktike: metodich. rekomendatsii MZ SSSR. – M., 1983. – 44 s.
34. Chan H.Y., Lai C.L., Lin Y.C. et al. 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. – Vol. 39 (5). – P. 434–440.
35. Goodlet K.J., Zmarlicka M.T., Peckham A. Drug-drug interactions and clinical considerations with co-administration of antiretrovirals and psychotropic drugs // *CNS Spectrums*. – 2018. – P. 1–26. – DOI: 10.1017/S109285291800113X
36. Mosolov S.N., Malin D.I., Rybkin P.V., Sychev D.A. Lekarnstvennye vzaimodejstviya preparatov, primenyayemykh v psikiatricheskoj praktike // *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstrojstv*. – 2019. – № S1 (dopolnitel'nyi tematicheskij vypusk). – S. 1–35.
37. Wynn G.H., Oesterheld I.R., Cozza K.L., Armstrong S.C. Clinical Manual of Psychotropic Drug Interaction. Principles for medical practice. – APP, Washington DC, 2009. – 594 p.
38. Lee SM, Lee HY, Lee MK, et al. Development of Korean disaster mental health support guidelines: results of a scoping review and a Delphi survey. *Psychiatry Investig*. 2019;16(2):130–138.
39. 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.
40. Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. // *CMAJ*. 2003;168(10):1245–1251.
41. Garriga, M., Agasi, I., Fedida, E. et al. The role of Mental Health Home Hospitalization Care during the COVID-19 pandemic. // *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2020. doi:10.1111/acps.13173
42. 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>

## Psychiatric Services Strategies During the COVID-19 Pandemic

Mosolov S.N.

*Moscow Research Institute of Psychiatry – a branch of the FSBI “National Medical Research Center for Psychiatry and Addiction named after V.P. Serbani” Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia*

*Russian Medical Academy of Continuous Professional Education*

### SUMMARY:

The COVID-19 pandemic and unprecedented measures taken by the government to contain COVID-19 outbreak, quarantine and isolation, the growing fear in the community due to publication of rumors and misinformation in social networks as well as concerns for the patients with mental illness represent the new challenges for psychiatry as a medical specialty that require urgent new organizational and treatment strategies. The primary goal is to optimize patient flow by separating people requiring psychological support and psychiatric care, and provide these services remotely (hotlines and telemedicine consultations). This overview proposes a roadmap for the urgent and preventive organizational and treatment measures, based on the experience of other countries where COVID-19 has massively spread, as well as practical recommendations on temporary reorganization of the mental health services for providing effective psychological and psychotherapeutic support to the most vulnerable groups of the population, including frontline health professionals fighting COVID-19, and the management of mentally-ill patients with severe acute respiratory syndrome (SARS). Special consideration has been given to psychopharmacotherapy tactics in such patients with a review of potential adverse effects and drug interactions primarily affecting respiratory system.

**KEY WORDS:** public mental health, COVID-19, SARS, mentally-ill patients, psychiatric services, psychopharmacotherapy, side effects, drug interactions

**CONTACT:** profmosolov@mail.ru <https://orcid.org/0000-0002-5749-3964>

**CITATION:** Mosolov S.N. Psychiatric Services Strategies During the COVID-19 Pandemic // *Sovrem. ter. psih. rasstrojstv*. – 2020. – №. 2. – DOI: 10.21265/PSYPH.2020.53.59536