

## Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19: тенденции, последствия, факторы и группы риска



**Юлия Евгеньевна  
ШМАТОВА**

Вологодский научный центр Российской академии наук  
Вологда, Российская Федерация

e-mail: ueshmatova@mail.ru

ORCID: 0000-0002-1881-0963; ResearcherID: R-1021-2018

**Аннотация.** Цель исследования — анализ потерь психического здоровья населения в период пандемии COVID-19. На основе систематизации зарубежных и российских исследований влияния пандемии на психическое здоровье зафиксированы два основных бремени (психоневрологическое и психоэмоциональное) и три уровня проявлений нездоровья (физиологические, психические и поведенческие нарушения). В качестве метода использовался анализ статей из международных электронных баз данных по теме утраты психического здоровья вследствие пандемии новой коронавирусной инфекции и других эпидемий. Научная новизна исследования заключается в выделении психоэмоционального и психоневрологического бремени пандемии, определении трехуровневой структуры проявлений психического нездоровья и комплексном подходе к анализу потерь (включает характеристику возникающих нарушений психического здоровья, факторов и групп риска, а также поиск направлений их профилактики). Результаты: психоневрологическое бремя выражается в повреждениях центральной и периферической нервной системы, психоневрологических и цереброваскулярных осложнениях, изменениях психического статуса вследствие нейротоксичного воздействия вируса SARS CoV-2. Психоэмоциональное бремя пандемии COVID-19 проявляется на физиологическом уровне — в соматических реакциях на стрессовую ситуацию. На психическом уровне наблюдается дебют или рецидив панических, тревожных, депрессивных расстройств, расстройства адаптации, возникают симптомы посттравматического стрессового расстройства. Поведенческий уровень связан с ростом случаев

---

**Для цитирования:** Шматова Ю.Е. Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19: тенденции, последствия, факторы и группы риска // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2021. Т. 14. № 2. С. 201–224. DOI: 10.15838/esc.2021.2.74.13

**For citation:** Shmatova Yu.E. Mental health of population in the COVID-19 pandemic: trends, consequences, factors, and risk groups. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2021, vol. 14, no. 2, pp. 201–224. DOI: 10.15838/esc.2021.2.74.13

домашнего насилия, различных аддикций, суицидального и защитного поведения, изменением пищевых привычек и др. Сделан вывод о предотвратимости большинства негативных последствий. Практическая значимость работы заключается в подготовке перечня нарушений психического здоровья в период пандемии, групп и факторов риска его утраты. Выводы о группах и факторах риска позволят обосновать структуру дальнейшего социологического исследования. Полученные результаты (в т. ч. перечень направлений снижения бремени) могут быть использованы органами власти при разработке программ укрепления психического здоровья населения, включая группы повышенного риска. Их внедрение позволит снизить нагрузку на медицинскую сеть, повысить качество жизни населения, сохранить трудовой потенциал и социальную стабильность в обществе, необходимые для восстановления экономики после пандемии, а также предотвратить психоэмоциональное бремя будущих эпидемий. Перспективы исследования: межстрановое сравнение психоэмоционального бремени пандемии и его зависимости от проводимой государствами противоэпидемической политики (введение жестких мер самоизоляции, локдаун, деятельность СМИ, обязательное тестирование и другие).

**Ключевые слова:** пандемия COVID-19, психическое здоровье, психоэмоциональное бремя, психические расстройства, психоневрологические нарушения, суицид, депрессия, тревога, домашнее насилие, инфодемия.

### Введение

Минувший 2020 год прошел под знаком борьбы с новой коронавирусной инфекцией. Сдерживание распространения SARS CoV-2 привело к введению жестких ограничений в передвижении и применению мер социального дистанцирования. В результате пандемия COVID-19 нанесла серьезный удар по здоровью людей, системе здравоохранения и экономике.

Введенный во многих странах локдаун ряд ученых называет психологическим [1, с. 46] (или психосоциальным [2]) экспериментом, крупнейшим из всех когда-либо проводившихся, результаты которого еще только начинают анализировать.

Неясная, невидимая угроза ранее неизвестного вируса в сочетании с невозможностью предпринять понятные активные действия усиливает страх и тревогу, может спровоцировать дебют или рецидив тревожного, депрессивного, обсессивно-компульсивного и другого психического расстройства, патологические зависимости и суицид. Некоторые авторы говорят даже о риске массовых психозов. Запуску психозов при переживании страха и дистресса большой группой способствуют механизмы подражаемости и внушаемости, в обычном состоянии необходимые для эффективной регуляции социального поведения [3]. Академик РАЕН д-р мед. наук И. Гундаров в своих многочисленных выступлениях в средствах массовой

информации называет сложившуюся ситуацию «социальным шизоидным психозом». Н. Соловьева, говоря о психических расстройствах, спровоцированных пандемией, вводит понятие «коронавирусный синдром», который затронет до 10% населения, вовлеченного в пандемию. По ее мнению, ситуация и ее последствия схожи с теми, что наблюдались в России в период перестройки, т. к. причинами психических нарушений являются не конкретная локализованная во времени травма, а длительные невротизирующие переживания, выходящие за рамки обычного опыта, изменение социальных связей и жизненных планов, нестабильность и неопределенность будущего, а также большое количество неконструктивной тревожной информации в СМИ [4].

Для успешной борьбы с нынешними и будущими пандемиями мы должны больше узнать о влиянии COVID-19 на психическое здоровье населения.

**Цель** нашего исследования – анализ потерь психического здоровья населения вследствие воздействия как самого вируса SARS CoV-2, так и предпринятых мер по борьбе с ним, поиск возможностей их снижения.

### Задачи исследования:

1) рассмотреть основные составляющие психоэмоционального и психоневрологического бремени пандемии COVID-19;

2) выявить предикторы негативных психологических исходов при вспышке новой коронавирусной инфекции и наиболее уязвимые группы людей;

3) определить направления снижения потерь психического здоровья населения вследствие пандемии COVID-19.

**Объект** изучения – зарубежные и российские научные исследования психического здоровья населения в периоды эпидемий и чрезвычайных ситуаций. **Предмет** – психическое здоровье человека в период пандемии COVID-19.

#### Методология исследования

Сбор информации осуществлялся в электронных базах данных PubMed, Elibrary и Siberleninka с помощью поисковых терминов «COVID-19», «психическое здоровье», «психические расстройства», «неврология», «суицид», «депрессия», «тревога», «стресс», «фактор риска» на английском и русском языках в разных сочетаниях. В общей сложности получено более четырех тысяч зарубежных и более тысячи русскоязычных ссылок. Большинство из них носит теоретический обзорный характер различных аспектов изучаемой проблемы. На период подготовки статьи (конец декабря 2020 года) в базах данных были представлены результаты 647 кросс-секционных и двух лонгитюдных исследований, посвященных негативному воздействию пандемии COVID-19, а также различных эпидемий и чрезвычайных ситуаций на общественное психическое здоровье. Для подготовки обзора использовано 165 статей (на английском, китайском, итальянском, немецком, французском, индийском языках).

Всего рассмотрено 74 исследования влияния пандемии на ковид-положительных пациентов (в РФ на момент подготовки обзора – лишь единицы [5]), психически больных, медицинских работников, студентов и другие группы, а также население в целом. Среди них 18 отражали случай-контроль по сравнению с нормой, в то время как в остальных не было контрольных групп. Два ретроспективных исследования основаны на анализе нескольких миллионов электронных медицинских карт.

Некоторые результаты этих обследований неоднородны из-за различий в местах и сроках проведения, используемых методах (в основном это анонимные онлайн-опросы, самоотчеты пациентов). Сбор данных о психоэмоциональ-

ном состоянии в них осуществлялся с помощью следующих методик: Госпитальная шкала тревоги и депрессии A.S. Zigmond и R.P. Snaith (HADS), Шкала генерализованного тревожного расстройства (GAD-7), Шкала Zung для самооценки депрессии (SDS) и тревоги (SAS), Beck Depression Inventory (BDI) и Beck Anxiety Inventory (BAI), Шкала депрессии, тревоги и стресса (DASS21), Шкала воспринимаемого стресса (PSS), Опросник стрессовой реакции (SRQ), Стэнфордский опросник острой стрессовой реакции (SASR), Опросник здоровья пациента (PHQ-9 и PHQ-4), Онлайн-опросная шкала событий пересмотренная (IES-R), Питтсбургский индекс качества сна (PSQI), индекс тяжести бессонницы (ISI), Шкала оценки социальной поддержки (SSRS), Симптоматический опросник (SCL-90-R). Большинство исследований являются кросс-секционными, а их результаты предварительными, а значит, подкрепленными хорошо разработанными лонгитюдными исследованиями [6]. Тем не менее они заслуживают должного внимания, т. к. позволяют оценить риски как самого вируса, так и предпринятых мер по борьбе с ним для психического здоровья населения.

Мы опирались на тот факт, что появление COVID-19 похоже на вспышки близкородственных коронавирусов острого респираторного синдрома в 2003 году (ТОРС, SARS или «атипичная пневмония») и ближневосточного респираторного синдрома в 2012 году (БВРС, MERS). По мнению большинства ученых, стоит ожидать схожих эмоциональных и поведенческих реакций населения. Также нами анализировались статьи, отражающие психоэмоциональные исходы вследствие других эпидемий (Эбола, «испанка», «свиной грипп» и др.) и чрезвычайных ситуаций (природные катаклизмы и теракты).

Главный плюс некоторых зарубежных журналов высокого уровня, например «The Lancet Psychiatry», заключается в оперативности публикации новейших исследований (сначала онлайн, затем в печатной версии), что позволяет всему миру своевременно знакомиться с их результатами, не потерявшими актуальность в условиях быстро развивающейся ситуации пандемии. В связи с этим значительную часть представленного обзора составляют именно зарубежные источники информации.

**Научная новизна** работы заключается в авторском понимании психоэмоционального бремени пандемии и его структуры, основанной на трех уровнях реакций/изменений (физиологические, психические и поведенческие); обобщении и структурировании зарубежного и отечественного опыта исследования группы коронавирусов именно с точки зрения их психоневрологического и психоэмоционального бремени; комплексном подходе к анализу проблемы – изучение негативных последствий (вируса SARS CoV-2 и мер по его сдерживанию), факторов и групп риска, направлений по укреплению психического здоровья.

**Практическая значимость** работы состоит в подготовке перечня нарушений общественно-психического здоровья в период пандемии, групп и факторов риска его утраты. Сделанные выводы позволят обосновать структуру дальнейшего социологического исследования данной проблемы.

Полученные результаты (включая перечень направлений снижения бремени) могут использоваться органами власти при разработке программ укрепления здоровья населения, в т. ч. среди групп повышенного риска (медицинских сотрудников, переболевших COVID-19 граждан, лиц с хроническими заболеваниями). Реализация программ будет способствовать снижению нагрузки на медицинскую сеть, сокращению числа случаев и продолжительности временной и стойкой нетрудоспособности, сохранению трудового потенциала, необходимого в последующий период восстановления экономики, и социальной стабильности в обществе, что в комплексе приведет к снижению бремени болезни. Выводы о группах и факторах риска позволят обосновать структуру дальнейшего социологического исследования данной проблемы, запланированного Вологодским научным центром РАН в 2021 году.

#### **Результаты исследования**

Принимая во внимание исследования, посвященные различным негативным последствиям вспышки новой коронавирусной инфекции для психического здоровья населения, мы можем разделить бремя пандемии на два типа: психоэмоциональное и психоневрологическое. Под психоневрологическим бременем пандемии COVID-19 мы понимаем поврежде-

ния ЦНС, спровоцированные нейротоксичным вирусом SARS-CoV-2, под психоэмоциональным бременем – психоэмоциональные расстройства, вызванные самим вирусом и/или мерами по его сдерживанию. Учитывая, что психоэмоциональное состояние – это комплекс изменений, происходящих в теле и психике, включающий также поведенческие реакции на ситуацию, мы будем изучать проявления нарушения психики на трех уровнях: физиологическом, психическом и поведенческом. Рассмотрим их подробнее.

**Первый уровень – физиологический.** В данный блок мы включили не только «классические» телесные реакции на стрессовую ситуацию (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, уровня сахара в крови, нарушение аппетита, нарушение сна, головная боль, боли в теле, эндокринные нарушения и др.), но и психоневрологические нарушения, возникшие вследствие воздействия вируса SARS CoV-2, т. к. они проявляются именно на уровне физиологии и влияют на психическое благополучие.

Давно известно, что инфекция, не связанная с центральной нервной системой (ЦНС), может вызывать нервно-психические проявления. Эпидемия испанского гриппа 1918–1919 гг. спровоцировала резкий рост заболеваемости постэнцефалитическим паркинсонизмом [7]. Близкородственные COVID-19 коронавирусы являются биологически нейротропными и клинически нейротоксичными, вызывая неврологические расстройства [8; 9; 10]. Новая коронавирусная инфекция, помимо изменений в легких, приводит к различным поражениям всех систем организма<sup>1</sup> [11]: тромботическим осложнениям, дисфункции миокарда (кардиомиопатии) и аритмии, острым коронарным синдромам, острому повреждению почек, желудочно-кишечным симптомам, гипергликемии, кетозу, васкулитам, поражению глаз и кожи, а также неврологическим расстройствам.

<sup>1</sup> The British Psychological Society. Meeting the psychological needs of people recovering from severe coronavirus (Covid-19). Available at: <https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Policy/Policy%20-%20Files/Meeting%20the%20psychological%20needs%20of%20people%20recovering%20from%20severe%20coronavirus.pdf> (дата обращения 21.01.2021).

Но особое значение имеет такое последствие COVID-19, как цереброваскулярные осложнения, т. е. острые нарушения мозгового кровообращения (инсульты). Они наблюдаются при некоторых острых тяжелых вирусных заболеваниях (например, при гриппе [12; 13]). Основными предикторами их развития являются артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца и заболевания дыхательной системы [14; 15].

Другой причиной поражения головного мозга при COVID-19 может быть энцефалопатия различной этиологии, что также характерно для вирусных инфекций [16; 17]. В качестве механизма развития энцефалопатии при коронавирусе рассматривается цитокиновый шторм [18; 19].

Ряд авторов отмечает возможную связь между коронавирусами человека и развитием рассеянного склероза [20; 21].

Поражения ЦНС чаще наблюдаются в группе «тяжелых» пациентов. Так, по данным ретроспективного исследования в г. Ухане, 36% госпитализированных пациентов имели симптомы расстройства ЦНС, в группе «тяжелых» – 45% [22]. Rogers были получены доказательства наличия у пациентов отделения интенсивной терапии делирия (65%) и возбуждения (69%). У каждого пятого реанимационного пациента было диагностировано измененное сознание (впоследствии все они погибли) [23].

Проведенное группой ученых под руководством Varatharaj исследование «тяжелых» госпитализированных ковид-положительных пациентов в Великобритании выявило, что у 62% из них наблюдалось нарушение мозгового кровообращения (преимущественно ишемический инсульт – 3/4 случаев). У трети госпитализированных был выявлен измененный психический статус (из них 23% – с неуточненной энцефалопатией, 18% – с энцефалитом, остальные 59% – с нервно-психическими расстройствами). Подавляющему большинству последних (92%) диагноз (психоз, нейрокогнитивный синдром, аффективное расстройство) был поставлен впервые [24].

Также вирус SARS-CoV-2 способен приводить к поражениям периферической нервной системы (в два раза чаще встречается при легком течении заболевания [15]). К ним отно-

сится поражение обонятельных нервов, что наблюдалось и при воздействии родственного коронавируса SARS-CoV-1 [25]. Более того, по мнению большинства исследователей, потеря обоняния может быть единственным клиническим проявлением COVID-19<sup>2</sup> [26]. Интересными также являются данные об изменении вкуса [15] и поражении глазодвигательного нерва у ковид-положительных пациентов [27].

У переболевших ковидом в течение двух месяцев и более сохраняются такие физиологические симптомы, как слабость (53,1%), одышка (43,2%), боль в суставах, мышцах (27,3%), боль в груди (21,7%), а также кашель, потеря обоняния, сухость глаз и слизистой рта, насморк, красные глаза, нарушение вкуса, головная боль, потливость, потеря аппетита, першение в горле, головокружение, диарея [28].

Таким образом, острые психоневрологические реакции организма на нейротоксичный вирус COVID-19 зачастую приводят к тяжелым осложнениям (постковидные инсульты, инфаркты, энцефалопатии и др.), соматогенным психическим и невротическим расстройствам, утрате трудоспособности и даже гибели пациента, а значит отражают и расширяют спектр бремени болезни.

**Второй уровень – психический.** Распространение новой коронавирусной инфекции и принятые меры по ее сдерживанию способствуют возникновению тревожных и депрессивных расстройств (паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, фобии, панические атаки), составляющих группу самых распространенных сопутствующих патологий при различных эпидемиях и чрезвычайных ситуациях [29].

Крайне отрицательно на душевном благополучии людей сказывается принудительная изоляция. В настоящее время появляется все больше данных о нарастании симптомов дистресса в течение и после карантина. Так, С. Wang с коллегами обнаружили, что 53,8% находящихся в вынужденной изоляции считают, что их психологическое состояние серьезно ухудшилось [30].

<sup>2</sup> ENT UK. Loss of sense of smell as marker of COVID-19 infection. Accessed March 30, 2020. Available at: [https://www.entuk.org/sites/default/files/files/Loss of sense of smell as marker of COVID.pdf](https://www.entuk.org/sites/default/files/files/Loss%20of%20sense%20of%20smell%20as%20marker%20of%20COVID.pdf) (дата обращения 29.01.2021).

Общая распространенность среди населения Китая в период пандемии, по результатам одного из лонгитюдных исследований, тревожных симптомов составила 35% (5% в 2019 году), депрессивных симптомов – 20% (3,6% в 2019 году), нарушения сна – 18% [31; 32].

В США в первый месяц пандемии выросло число выписанных рецептов на анксиолитические (снижающие уровень тревоги) препараты (на 34%), антидепрессанты (на 19%) и снотворные средства (на 15%)<sup>3</sup>.

В Италии спустя три недели локдауна у населения выявлены симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР; 37%), выраженного стресса (22,8%), расстройства адаптации (21,8%), тревоги (20,8%), депрессии (17,3%) и бессонницы (7,3%) [28].

Каждый второй британец и американец в конце марта 2020 года испытывал значительный уровень тревожности<sup>4</sup>.

Возникшие нарушения психики могут оказаться пролонгированными. Так, каждый десятый человек, находившийся в очаге эпидемии SARS в 2003 году, спустя год соответствовал диагностическим критериям ПТСР [33; 34].

На основе систематического анализа литературы можно отметить, что среди населения в Китае, Великобритании, США, Испании, Италии, Индии, Дании, Турции, Иране и Непале в период борьбы с пандемией зафиксированы относительно высокие показатели симптомов тревоги (от 6 до 51%), депрессии (от 15 до 48%), посттравматического стрессового расстройства (от 7 до 54%), психологического дистресса (от 34 до 38%) и стресса (от 8 до 82%) [35].

В России в 2020 году было проведено несколько кросс-секционных исследований по оценке психоэмоционального состояния населения. Согласно результатам одного из них клинические значения тревоги и депрессии вы-

явлены у 9,3 и 6,1% респондентов, субклинические – у 12,6 и 15,1% соответственно [36].

По итогам исследования сотрудников Научного центра психического здоровья [37] 22,3% респондентов (а среди жителей столицы – каждый третий [38, с. 116]) ощущали потребность в психологической помощи. У них значительно выше уровень фобических реакций, соматизации, суицидального риска, но ниже уровень представленности снижающих уровень стресса копинг-стратегий. Причем наблюдается статистически значимый тренд роста депрессивной симптоматики по мере развития пандемии COVID-19 (с 0,75 до 0,93 по шкале SCL-90R) [39]. Одновременно с этим отмечается отрицательная динамика способности объективно оценивать происходящее и утешать себя, что мешает противостоять стрессу [38, с. 118]. Авторы делают вывод о том, что увеличение продолжительности пандемии приведет к нарастанию неэффективных способов снижения психопатологической симптоматики, а именно агрессивного поведения.

**Третий уровень – поведенческий.** На начальном этапе поведенческими реакциями на стрессовую ситуацию пандемии могут стать повышенное беспокойство, невнимательность, медлительность действий, частый гнев. Впоследствии снижается способность решать проблемы, полноценно трудиться, критично воспринимать информацию (что подвергает человека риску кибермошенничества), возникают защитное (избегающее) поведение [40], панические покупки, постоянный мониторинг новостей [41], курение, злоупотребление алкоголем, агрессивное поведение, игромания, суицидальные мысли и попытки и др. [42]. Причем все эти реакции появляются не только в период пандемии, они становятся «долгоиграющим» бременем, растянутым на годы и даже всю жизнь человека [43]. Рассмотрим наиболее опасные типы деструктивных поведенческих реакций в период пандемии COVID-19.

Вынужденная изоляция, материальные трудности, злоупотребление алкоголем становятся причиной возросшего **домашнего насилия**, что, в свою очередь влечет угрозу не только физическому, но и психическому здоровью [44; 45, 46]. Люди в замкнутом пространстве вымещают тревогу и раздражение на своих близких, прежде всего женщинах, детях и стариках.

<sup>3</sup> Luby T. Anti-anxiety medication prescriptions up 34% since coronavirus. CNN, Published online April 16, 2020. Available at: <https://edition.cnn.com/2020/04/16/health/anti-anxiety-medication-us-demand-coronavirus/index.html> (дата обращения 29.01.2021).

<sup>4</sup> Schwartz B.J. New Poll: COVID-19 Impacting Mental Well-Being: Americans Feeling Anxious, Especially for Loved Ones. APA News releases. March 25, 2020. Available at: <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mental-well-being-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adults-are-less-anxious> (дата обращения 21.01.2021).

Так, в китайской провинции Хубэй число обращений в полицию за время карантина выросло втрое. Во Франции только за первую неделю карантина количество случаев бытовой агрессии увеличилось на треть, в Великобритании число звонков на телефон доверия организации по борьбе с бытовым насилием — на четверть [47]. В Австралии на 75% чаще люди стали забивать в поисковой строке Google запрос «что делать в ситуации домашнего насилия», в Бразилии — на 50% [46]. В Дании, Испании, на Кипре женщины тоже стали чаще обращаться за помощью<sup>5</sup>. По данным омбудсмена в РФ, за апрель количество жертв и случаев насилия в семье увеличилось в 2,5 раза.

Все больше данных свидетельствуют о корреляции между психическими заболеваниями и домашним насилием [48; 49]. Около четверти совершивших семейные убийства контактировали с психиатрическими службами в течение года до совершения преступления, а треть имели психиатрические симптомы в момент его совершения [50]. Эта корреляция в большей степени обусловлена влиянием алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ) [43] и доказывает острую необходимость непрерывности оказания квалифицированной поддержки как психически больным, так и потенциальным жертвам домашнего насилия даже в период введения карантинных мер и самоизоляции.

Продолжая тему алкогольной зависимости, добавим, что, по мнению команды ученых под руководством J. Rehm, на первом этапе борьбы с COVID-19 был более вероятен сценарий снижения уровня *употребления алкоголя* вследствие сокращения его физической и экономической доступности. Однако в США уже в феврале — марте отмечалось увеличение продаж алкоголя [51; 52], в июне — более 13% респондентов сообщали, что начали или увеличили употребление наркотиков, чтобы справиться со стрессом или эмоциями, связанными с COVID-19, причем среди лиц моложе 24 лет — каждый четвертый, а в возрастной группе 25–44 лет — каждый пятый [53].

Усиление психологического дистресса на фоне финансовых трудностей, социальной изо-

ляции и чувства неуверенности, по мнению Rehm, может еще больше усугубить употребление алкоголя и увеличить связанный с этим вред в среднесрочной и долгосрочной перспективе [54; 55].

Так, спустя год после пандемии SARS в Китае около 5% мужчин и 15% женщин говорят о возросшем употреблении алкоголя [56]. Особенно высоки риски среди медицинских работников. У тех сотрудников, которые либо находились на карантине, либо работали в «красной зоне», риск расстройств употребления алкоголя даже спустя три года после вспышки «атипичной пневмонии» был примерно в 1,5 раза выше, чем у остальных сотрудников больниц [57].

Любое увеличение потребления алкоголя в нынешней ситуации не только увеличит обычное бремя болезней, связанных с ним [54; 55], но и повысит риски заражения COVID-19 посредством ослабления иммунной системы [58].

Несмотря на низкий уровень смертности от вируса SARS-CoV-2, страх перед исходом, стигма, финансовые потери часто заставляют людей страдать, что приводит к импульсивным решениям [59]. Пандемия, будучи хроническим явлением с неопределенными и устойчивыми биопсихосоциальными последствиями в течение нескольких месяцев, может способствовать росту *суицидального поведения* [59; 60]. Есть данные о росте уровня самоубийств во время эпидемий бубонной чумы [61], «испанки» [62], «атипичной пневмонии» [63], Эболы [64]. Сообщения о самоубийствах поступают из Китая, Индии, Бангладеш, Италии и Соединенных Штатов Америки [65–68].

По данным онлайн-опроса, проведенного в США в конце июня, каждый десятый (10,7%) респондент серьезно задумывался о самоубийстве в течение последнего месяца. Значительно выше удельный вес таковых в группах 18–24 лет (25,5%), не имеющих образования (30%), расовых / этнических меньшинств (15,1–18,6%), лиц, осуществляющих бесплатный уход за взрослым (30,7%), и среди работающих (21,7%). Причем лишь 22–24% из них наблюдались у специалиста ранее по поводу тревоги или депрессии, 44% — в связи с посттравматическим расстройством [53].

В обзоре Torales [69] сообщалось о возросших мыслях о самоповреждении у медиков, работающих по линии COVID-19 [70].

<sup>5</sup> Назарова Н. Заперты вместе. Как живут жертвы домашнего насилия в условиях карантина. 7 апреля 2020. Available at: <https://www.bbc.com/russian/features-52184701>

В пакистанском исследовании зафиксировано 29 случаев самоубийств, 16 из них были непосредственно связаны с COVID-19. Большинство самоубийств, по мнению авторов, произошло из-за экономического спада, обусловленного блокировкой. Страх перед инфекцией оказался вторым фактором, способствующим самоубийству [71].

Исследование, проведенное в Канаде, спрогнозировало рост безработицы в 2020–2021 гг., которая приведет к увеличению числа самоубийств до уровня 11,6–14,0 случаев на 100 000 человек в 2020 году и до 13,6 в 2021 году. В результате в 2020–2021 гг. произойдет 2114 «лишних» самоубийств [72].

Эти результаты показывают, что предотвращение самоубийств в контексте безработицы, связанной с COVID-19, является важнейшим приоритетом. Кроме того, срочно необходимы своевременный доступ к психиатрической помощи, финансовому обеспечению и программам социальной/трудовой поддержки, а также оптимальное лечение психических расстройств.

Отечественные исследования суицидального поведения не столь многочисленны. Так, сотрудники Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского в апреле 2020 года осуществили сравнительное исследование частоты суицидов в пяти субъектах РФ. Оно показало, что смертность от самоубийств даже снизилась по сравнению с аналогичным периодом 2019 года. По мнению авторов, это обусловлено «мобилизацией внутренних резервов организма, направленных на сохранение человечества как биологического вида» [73, с. 4].

Сотрудники Научного центра психического здоровья выявили статистически значимое увеличение частоты суицидальных мыслей россиян по мере развития пандемии (если в конце марта частота серьезных намерений была отмечена у 4,5%, то в конце июня – у каждого десятого). Рост выраженности суицидальных мыслей отстает по времени от роста депрессивной симптоматики. Вероятно, суицидальные идеи появляются или усиливаются не сразу, а выступают в качестве отложенного эффекта стресса [39, с. 12], который не объясняется «объективной» угрозой заражения и страхами за жизнь, а переживается как «неопределенная» тревога, связан-

ная с мерами противодействия пандемии – ограничениями социального взаимодействия, одиночеством, неопределенностью [39].

По мнению Е.Б. Любова и его коллег из Московского НИИ психиатрии, стоит ожидать «роста самоубийств в регионах России с относительно малыми показателями суицидов. В рецессивных регионах с хронической экономической стагнацией и депопуляцией „вклад коронавируса“, напротив, может быть не столь заметен вследствие адаптации к стрессовым событиям („не жили богато – не придется и привыкать“), малой доступности медицинской помощи и эпидемиологического учета. Специалисты полагают, что показатели смертности и уровень самоубийств могут быть повышены ряд лет, а региональные показатели могут быть повышены отставлено, по миновании острой фазы пандемии, особо в группах риска» [74, с. 36].

Среди факторов суицида в период пандемии можно выделить две группы:

1. **Психологические:** социальная изоляция, тревога, страх и неуверенность (заражение / заражение других / доступность специфического лечения или вакцинации в ближайшем будущем), плохое качество сна и пищевые привычки [75], диагностированные ранее проблемы психического здоровья, рецидив заболевания из-за нарушения соблюдения режима лечения и ограничений доступа к помощи, употребления алкоголя и психоактивных веществ [76].

2. **Социальные:** финансовый кризис, безработица, ограниченные поставки товаров первой необходимости, бытовое насилие, закрытие школ, пребывание в уязвимых группах (бездомные / безработные / дети / пожилые люди), наличие диагноза COVID-19, госпитализация в отделения интенсивной терапии COVID-19, выгорание у фронтовых медицинских работников, гибель членов семьи, стигматизация и дискриминация в связи со вспышкой болезни, ограничения на участие в религиозных собраниях или посещение религиозных мест и «инфодемическое» явление [77–80].

Более высокому риску суицида подвергаются медицинские работники, пожилые люди, мигранты, бездомные, экономически уязвимые, а также лица с уже существующими психическими расстройствами, токсикоманией и семейным анамнезом самоубийств.



Еще одной поведенческой реакцией на проблему COVID-19 может стать *«избегающее» или защитное поведение*. После окончания периода карантина многие участники продолжают вести себя так, чтобы избежать его повторения. Более половины сторонятся тех, кто кашляет или чихает, четверть не посещает места скопления людей, а каждый пятый избегает всех общественных мест в течение нескольких недель после периода карантина [81]. Для некоторых возвращение к нормальной жизни было отложено на многие месяцы.

Другим типом поведенческой реакции на ситуацию пандемии ряд ученых называет *изменения в привычках*. Так, итальянское исследование выявило, что у трети респондентов в течение периода локдауна был повышен аппетит, у 18%, напротив, уменьшен. В результате почти половина участников исследования ощутила увеличение веса. Около 3% курильщиков бросили курить в этот период, вероятно, из-за страха перед повышенным риском респираторного дистресса и смертности от COVID-19 [82].

Таким образом, мы обобщили возможные нарушения организма (физиологические, в т. ч. психоневрологические изменения вследствие воздействия вируса), и психики (психические и поведенческие) человека, в большей степени вызванные введенными мерами борьбы с пандемией, которые характеризуют ущерб психическому здоровью, нанесенный пандемией COVID-19.

Проанализируем основные *факторы, провоцирующие неблагоприятные психологические исходы* у некоторых групп населения.

**1. Заболевание COVID-19**, согласно результатам большинства исследований, может привести к психологической нестабильности [23; 83–88]. В период острого заболевания вследствие воздействия как самого вируса, так и страха за свою жизнь, одиночества, вынужденной изоляции, плохого самочувствия наблюдается более тяжелая симптоматика: спутанность сознания (в среднем у 28% пациентов), подавленное настроение (33%), тревога (36%), нарушение памяти (34%), бессонница (42%) [23]. В одном из исследований уровень посттравматических стрессовых симптомов (ПТСС) у ковид-положительных в начальный период болезни был крайне высоким (96,2%) [89].

В постболезненной стадии (после перенесенных коронавирусных инфекций, например SARS и MERS) симптомы менее выражены, но сохраняются. Бессонница была обнаружена у 12%, раздражительность – у 13%, депрессивное или тревожное расстройство – у 15%, ухудшение памяти и усталость – у 19%, травматические воспоминания – у 30%, симптомы ПТСП – у каждого третьего [23].

По данным другого ретроспективного анализа более 60 тысяч электронных медицинских карт ковид-положительных пациентов, проведенного M. Taquet с коллегами в 2020 году, частота любого психиатрического диагноза спустя 0,5–3 месяца после положительного теста на COVID-19 составила 18% (треть из которых – впервые поставленный диагноз). Наиболее частым было тревожное расстройство (особенно расстройство адаптации и генерализованное тревожное расстройство, реже – паническое и посттравматическое стрессовое расстройство) [84].

Есть данные, что пациенты, перенесшие COVID-19 в отделениях интенсивной терапии, имеют многочисленные неврологические, когнитивные и психологические симптомы [90]. Но следует отметить, что высокие показатели посттравматических симптомов тревоги и депрессии были зарегистрированы и у клинически стабильных людей, выписанных из больницы после выздоровления от COVID-19 [91].

**2. Психиатрические предикторы.** Психическое расстройство в анамнезе – значимый фактор риска рецидива в период пандемии [92–95]. Лица с уже существующими проблемами психического здоровья сообщают об усилении симптомов и ухудшении доступа к услугам и поддержке с момента начала пандемии COVID-19 [68; 96–99].

К тому же исследования свидетельствует о том, что значительное число людей в период введения карантинных мер имеют недиагностированные заболевания, в т. ч. и психиатрического спектра [100]. Так, в период локдауна в Великобритании в марте 2020 года было зарегистрировано снижение обращений по поводу проблем с психическим здоровьем на 50% по сравнению с ожидаемым спросом. В свою очередь диагностические задержки у пациентов, например, с депрессией могут вызывать рост смертности, в т. ч. от суицидов [101].

*Причины уязвимости* группы душевнобольных в период пандемии могут заключаться в следующем: (1) такие люди более подвержены эмоциональным откликам в силу высокой чувствительности к стрессу в сравнении с общей популяцией; (2) нейротоксичный вирус SARS-CoV-2 может вызывать нарушение регуляции системы стресса [102]; (3) психические расстройства (особенно синдром дефицита внимания и гиперактивности, биполярное расстройство, депрессия и шизофрения [103]) могут повышать риск заражения SARS-CoV-2 [68; 104–109] (в 1,6 раза [84]), развития пневмонии [68], смертельного исхода [110; 111] (в 2–3 раза чаще [112]); (4) физическое дистанцирование снижает доступность многих видов лекарственной, семейной, социальной и психиатрической поддержки [68; 98; 113; 114]; (5) серьезные функциональные нарушения препятствуют обращению за медицинской помощью, соблюдению предписаний врача [115; 116]; даже пациент с депрессией примерно в три раза чаще не следует рекомендациям по лечению [117]; (6) стационарные психиатрические учреждения зачастую устаревшие; (7) ресурсы отвлекаются от пациентов с хроническими заболеваниями (в т. ч. психическими расстройствами) на борьбу с COVID-19; (8) большинство врачей первичной медицинской помощи по линии COVID-19 не умеют работать с нейрокогнитивными и психическими расстройствами.

*Особенно уязвимы в группе душевнобольных* пациенты с деменцией, болезнью Альцгеймера, люди, находящиеся в суицидальном кризисе, пациенты с обсессивно-компульсивным расстройством [33], паническими атаками и другими тревожными расстройствами, расстройствами пищевого поведения [118] и аутистического спектра [119; 120; 121].

**3. Профессионально-трудовые факторы риска.** Работа на передовой, особенно в медицинских учреждениях, в непосредственной близости к заболевшим, является основным фактором риска возникновения психоэмоциональных проблем в период пандемии. На так называемых фронтовых медицинских работников могут влиять страх заражения, нехватка защитного снаряжения, смерть пациентов и коллег, неукомплектованность штата сотрудников, необходимость принимать крайне сложные ре-

шения, в т. ч. и с этической точки зрения [122], разлука с семьями, одиночество и физическая усталость.

Они испытывают большую стигматизацию, чувство беспомощности, вины, одиночества, страха, гнева, истощения, отстраненность, беспокойство, раздражительность, бессонницу, отмечают плохую концентрацию внимания и нерешительность, ухудшение производительности труда, нежелание работать. В будущем они чаще демонстрируют «избегающее» поведение [122; 123].

Большинство исследований психического здоровья медицинских работников в период предыдущих пандемий также свидетельствует о росте у них дистресса, депрессии, тревоги и посттравматического стресса<sup>6</sup> [124–127].

Согласно результатам китайского исследования, в пандемию COVID-19 симптомы тревожного расстройства были выявлены у 36% медицинских работников, депрессивного – у 20%, плохого сна – у 24% [32]. Как показали итоги другого исследования, распространенность депрессии и тревожности еще выше (51 и 45% соответственно), бессонницы – 36%, сопутствующих стрессу симптомов – 74% [128]. Эти симптомы чаще встречались у младшего медперсонала женского пола, непосредственно занимающегося диагностикой и лечением COVID-19 [129].

В целом, по данным различных исследований, симптомы депрессии испытывали от 9 до 51% медицинских работников, тревоги – 15–45%, нарушений сна – 8–36%, чрезмерного воздействия стресса – 7–72%, ПТСР – 8–50%<sup>7</sup>. Даже спустя три года после вспышки атипичной пневмонии у данной группы сохранялись симптомы посттравматического стресса [57], депрессии и алкогольной зависимости [130].

<sup>6</sup> Murphy J., Spikol E., McBride O., et al. The psychological wellbeing of frontline workers in the United Kingdom during the COVID-19 pandemic: first and second wave findings from the COVID-19 Psychological Research Consortium (C19PRC) Study. *PsyArXiv Preprints*. Available at: <https://psyarxiv.com/dcynw/> (дата обращения 29.01.2021).

<sup>7</sup> Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19. М., 2020. URL: [https://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin/user\\_upload/specialists/COVID-19/dop-materials/13-5-20/Rekomendacii\\_dlja\\_medrabotnikov.pdf](https://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin/user_upload/specialists/COVID-19/dop-materials/13-5-20/Rekomendacii_dlja_medrabotnikov.pdf) (дата обращения 21.01.2021).

Однако в трех исследованиях не выявлено увеличения психических расстройств среди медицинских работников из-за COVID-19 по сравнению с общей популяцией<sup>8</sup> [131].

Ряд ученых полагает, что усиление дистресса у медиков в разгар пандемии может являться временным, не носить патологический характер. Дистресс возможно нормализовать с помощью поддержки сверстников, раундов Шварца и активного мониторинга, а не формальных психиатрических вмешательств [132]. Эти выводы были повторены в 2020 году в Ухане, где медицинские работники сообщили о необходимости адекватного отдыха и средств индивидуальной защиты, а не вмешательства в психическое здоровье [124]. Исследования доказали, что полноценные перерывы на еду и сон влияют на психическое благополучие больше, чем количество отработанных часов [133].

Другими факторами риска для медработников выступают отсутствие социальной поддержки и коммуникации, неадаптивные стратегии совладения и недостаточная подготовка [129]. В свою очередь негативные эмоции, испытываемые сотрудниками, лечащими инфицированных, оцениваются ими как триггерные события, которые влекут ошибки и задержки в оказании помощи пациентам [134], что также увеличивает бремя COVID-19.

**4. Финансово-экономические предпосылки.** Утрата материальной стабильности во время пандемии вследствие введенной самоизоляции и карантина создает серьезные социально-экономические предпосылки развития симптомов психологических расстройств, гнева и тревоги не только в данный период, но и спустя несколько месяцев [71; 135–139].

Так, в России, по данным нескольких опросов общественного мнения, проведенных в конце июня различными организациями,

<sup>8</sup> Jia R., Ayling K., Chalder T., et al. *Mental health in the UK during the COVID-19 pandemic: early observations*. *BMJ medRxiv*, 2020 (preprint published online May 19). DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.05.14.20102012>. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.14.20102012v1.full.pdf> (дата обращения 29.01.2021); Kwong A.S.F., Pearson R.M., Adams M.J., et al. *Mental health during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts*. *BMJ medRxiv*, 2020 (preprint published online June 18). DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.06.16.20133116>. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.16.20133116v1> (дата обращения 29.01.2021).

экономические проблемы крайне актуальны. Около 84% респондентов испытывали тревогу из-за сопряженного с пандемией экономического кризиса<sup>9</sup>. Угрозу пандемии как значительную для экономики России оценивали семь из десяти опрошенных, для личного материального положения – более 40%<sup>10</sup>. 42% респондентов отметили ухудшение материального положения их семьи за последние три месяца, причем каждый третий из них вынужден был брать займы, а каждый пятый – кредиты. Треть сообщила об урезании заработной платы, четверть – о сокращениях на работе<sup>11</sup>. И ожидания у населения достаточно пессимистичные (63% ожидают дальнейшего ухудшения материального положения). Более половины убеждены, что в текущей ситуации государство принимает недостаточные меры для материальной поддержки населения<sup>12</sup>.

Важность экономического фактора отмечается и в зарубежных исследованиях. Так, среди потерявших работу и доход в США более ½ сообщили о беспокойстве или стрессе; люди с более низким доходом чаще говорят о серьезных негативных последствиях для психического здоровья.

По данным Ригсе, в домохозяйствах с самым низким доходом средний уровень психического расстройства составлял 13,9 балла (среди лиц с высоким доходом – 12,0); среди безработных – 15,0; экономически неактивных – 15,3 (работающие по найму – 12,5 или пенсионеры – 11,1). Хотя показатели психических расстройств оказались выше у людей, которые до изоляции были безработными или выполняли другие экономически неактивные роли, наибольший рост показателя зафиксирован среди тех, кто до пандемии работал [131].

К тому же многочисленные теоретические модели связывают прогнозируемый рост безработицы и финансовый кризис с ростом самоубийств [140–143]. Так, вследствие безработицы в 2010–2011 гг. (после экономического кризиса 2008 года) уровень самоубийств был повышен на 20–30% [144].

<sup>9</sup> Данные Всероссийского центра изучения общественного мнения.

<sup>10</sup> Данные мониторинга РАНХиГС.

<sup>11</sup> Данные Левада-Центра.

<sup>12</sup> Данные мониторинга РАНХиГС.

Российские экономисты, политики и эксперты также сходятся в мнении, что последствия кризиса 2020 года будут драматичнее, чем кризиса 2008–2009 гг.<sup>13</sup> Они прогнозируют проблему массовой безработицы. Ее уровень может подскочить до 8–10% от рабочей силы (пессимистичный сценарий), пострадать или потерять работу могут около 15 млн россиян<sup>14</sup>. Предварительные оценки, сделанные Международной организацией труда, указывают на то, что рост глобальной безработицы может составить от 5,3 млн (низкий сценарий) до 24,7 млн человек (высокий сценарий)<sup>15</sup>.

Учитывая, что, по данным ВОЗ, каждое самоубийство в популяции сопровождается более чем 20 его попытками, в скором будущем можно ожидать возрастания нагрузки на службы психического здоровья [144]. Готовность медицинских учреждений на всех уровнях может иметь жизненно важное значение для ее понимания и предотвращения.

**5. Медийные (инфодемические) предикторы.** Большинство людей по всему миру в настоящее время имеет легкий доступ к информации благодаря подключению к интернету и электронным СМИ, что помогает обмениваться информацией, в т. ч. о пандемии. Значительная часть исследователей говорит о параллельно идущей инфодемии (т. е. переизбытке информации (как точной, так и нет)). Подобно эпидемии, она распространяется между людьми через цифровые и физические информационные системы [145]. Как и в предыдущие пандемии SARS (2003), H1N1 (2009) и MERS (2012), СМИ внесли значительный вклад в инфодемиику COVID-19 [146; 147], спровоцировав всплеск многочисленных слухов, мистификаций, теории заговора и дезинформации относительно этиологии, исходов, профилак-

тики и лечения этой болезни. Распространение дезинформации маскирует здоровое поведение и способствует ошибочным практикам, которые увеличивают распространение вируса и в конечном итоге приводят к разрушению психического здоровья [148]. СМИ позиционируют COVID-19 как, скорее, исключительную угрозу, что усугубляет панику и стресс в общей популяции, провоцирует дебют или рецидив тревожного, обсессивно-компульсивного и посттравматического стрессового расстройства [149].

Немалую роль в явлении инфодемии играют социальные сети [19]. Их потребление увеличивает шансы тревоги (в 1,7 раза) и депрессии (в 1,9 раза) [150]. Так, высокая распространенность проблем с психическим здоровьем (депрессии – 48,3%, тревоги – 22,6%) во время вспышки новой коронавирусной инфекции в г. Ухане коррелировала с частым использованием именно социальных сетей (около 80% из тех, кто имеет проблемы) [150]. Согласно другому исследованию лиц с дисфункциональной тревогой (возникшей на фоне пандемии), каждый пятый проводил за просмотром новостей 3–5 часов ежедневно, четверть – 5–7 часов, еще 20% – более 7 часов. При этом две трети из них никогда ранее не страдали таким недугом и не обращались за лечением от тревоги [151].

Ряд исследований демонстрирует, что массированность телевизионного воздействия может провоцировать не только повышение уровня стресса [152], развитие симптомов ПТСР и риска самоубийства [153], но и новых сердечно-сосудистых заболеваний в течение 2–3 лет после стрессового события [152].

Тревога и неуверенность, вызванные инфодемией, в свою очередь способны привести к дополнительному потреблению СМИ, создавая порочный замкнутый круг. Дистресс, подпитываемый СМИ, может негативно влиять на систему здравоохранения (например, провоцируя рост обращений и посещений отделений неотложной помощи) [6].

Роль СМИ и коммуникаций в области общественного здравоохранения должна быть понята и изучена далее, поскольку они станут важным инструментом борьбы с COVID-19 и будущими вспышками [146]. Большинство исследователей подчеркивают важность достоверности информации, распространяемой

<sup>13</sup> Дынкин А., Телегина Е. Танец черных лебедей: мировая премьера. URL: <https://scientificrussia.ru/articles/rossijskie-spetsialisty-ob-ekonomicheskikh-aspektah-pandemii> (дата обращения 21.01.2021).

<sup>14</sup> О среднесрочном прогнозе развития российской экономики в условиях пандемии коронавируса и возможного кризиса мировой экономики. Отчет Центра макроэкономического анализа и краткосрочного прогнозирования. URL: <http://www.forecast.ru/Forecast/fore052020.pdf> (дата обращения 21.01.2021).

<sup>15</sup> URL: <https://www.interfax.ru/business/703088> (дата обращения 21.01.2021).

через СМИ и социальные сети, а также поиска жизнеспособных стратегий борьбы с дезинформацией во время пандемии [19; 145; 147; 150]. Ответные меры на пандемию COVID-19 и связанную с ней инфодемию требуют быстрых, регулярных, систематических и скоординированных действий со стороны различных секторов общества и правительства, должны контролироваться регулируемыми и правоохранительными органами наряду с обеспечением телемедицинских услуг, предоставляющих точную информацию о COVID-19 [148].

6. Социально-демографические предпосылки ухудшения психического здоровья неоднозначны. Согласно большинству исследований, более уязвимы к воздействию пандемии на психику молодые городские женщины [32; 131; 154; 155]. Например, в Великобритании в последние годы наметилась устойчивая тенденция роста уровня психоэмоциональных расстройств среди населения в целом (с 16,7% в 2014–2015 гг. до 18,9% в 2018–2019 гг.), значительно более выраженная в 2020 году, особенно среди женщин в возрасте 16–24 лет (с 32% в 2017–2018 гг. до 44% в апреле 2020 года) [131]. Психоэмоциональную уязвимость молодых женщин в кризисные периоды подтверждают и результаты предыдущих исследований [156–159].

Ряд авторов отмечает возрастающее число проблем с психическим здоровьем в детском и подростковом возрасте на фоне пандемии [77; 160; 162]. Во время предыдущих пандемий дети, помещенные в карантин, чаще страдали от острого стрессового расстройства, расстройств адаптации и горя, чем те, кто не был помещен в карантин [163]. Сообщалось также об увеличении числа молодых людей, обращающихся по телефону доверия с симптомами тревоги<sup>16</sup>.

Тем не менее, в исследованиях Y. Wang и его коллег обнаружен повышенный риск тревожности у людей, напротив, старше 40 лет (на 40% выше, чем у более молодых) [42]. Учитывая, что пожилые люди подвергаются особенно высокому риску тяжелого течения COVID-19 и связанных с ним последствий для психического здоровья (некоторые когнитивные нарушения), им

<sup>16</sup> Weale S. Sharp rise in number of calls to ChildLine over coronavirus. Available at: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/27/sharp-rise-in-number-of-calls-to-childline-over-coronavirus> (дата обращения 21.01.2021).

также должно оказываться значительное внимание со стороны специалистов по психическому здоровью в период пандемии [113].

В части исследований не найдена корреляция неблагоприятных психологических исходов пандемии с полом и возрастом.

Более высокие баллы уровня психического неблагополучия зафиксированы и среди людей одиноких или не проживающих совместно с партнером, а также имеющих одного маленького ребенка [131]. По результатам другого исследования, наличие одного ребенка в семье способствует дистрессу в период пандемии коронавируса, а наличие более трех детей, напротив, повышает психологическую устойчивость [154].

Дополнительным стрессором в период пандемии, разумеется, является карантин, особенно в случае его длительности. Люди испытывают *страх заражения своих родных, скуку, разочарование, недостаток запасов продуктов, стигматизацию, трудности дистанционного формата обучения, чувство несвободы и ограничения собственных прав, переживают за свое здоровье*.

Учитывая рассмотренные нами факторы повышенного риска, можно выделить основные наиболее уязвимые к психосоциальным и психоэмоциональным последствиям пандемии группы населения:

- заразившиеся COVID-19 и члены их семей, находящиеся на карантине;
- родственники погибших вследствие коронавируса;
- люди с ранее существовавшими психиатрическими проблемами, в т. ч. зависимые от алкоголя и ПАВ;
- медицинские работники, оказывающие помощь инфицированным;
- люди с низким уровнем дохода, финансовой нестабильностью, рабочие-мигранты, безработные;
- жертвы домашнего насилия;
- одинокие;
- социально изолированные группы (заключенные, бездомные, беженцы и др.);
- пожилые люди;
- дети и подростки;
- больные с сопутствующими соматическими заболеваниями;
- лица с ограниченными возможностями.

Изучив и обобщив результаты многочисленных исследований относительно психоэмоционального бремени пандемии COVID-19, представим **ряд основных направлений укрепления психического здоровья** в этот кризисный период:

1) создание официальной, интегрированной, единой платформы консультирования по вопросам психического здоровья во время пандемии;

2) интеграция служб психического здоровья в систему оказания помощи по линии COVID-19;

3) обеспечение трудовой занятости и материальной поддержки населения;

4) разработка стратегии обоснованной политики СМИ в отношении сообщений о пандемии;

5) мероприятия, направленные непосредственно на уязвимые группы;

6) пропаганда здорового образа жизни;

7) смягчение негативного воздействия карантина на психику людей;

8) проведение дальнейших научных исследований.

Необходима слаженная работа представителей всех наук о психическом здоровье в междисциплинарном формате с привлечением людей, имеющих живой опыт решения проблем. Следует понимать и изучать психоневрологическое и психоэмоциональное бремя пандемии не только в настоящий период, но и в будущем. Результаты непосредственных исследований могли бы помочь в разработке мер реагирования на будущие волны инфекции с точки зрения предотвращения наносимого ими психическому благополучию населения ущерба и снижения бремени болезни.

#### **Заключение и выводы**

К концу 2020 года в электронных базах данных насчитывались тысячи статей о различных аспектах негативного воздействия COVID-19 на психическое здоровье населения. Их итоги порой противоречивы вследствие различий в применяемых методиках. Некоторые из них основаны на результатах кросс-секционных исследований, малая часть — лонгитюдных. В части работ рассматривается биологическое влияние самого вируса на нервную систему человека. Другие, аналогично представленной вашему вниманию работе, носят обзорный характер и посвящены многим аспектам.

Тем не менее нам не встретилось ни одно исследование, в котором все трансформации, происходящие вследствие распространения вируса COVID-19 и предпринятых мер по борьбе с ним (психоневрологические, психоэмоциональные, поведенческие) и влекущие утрату психического здоровья, характеризуются как «психоэмоциональное бремя пандемии». В нашей работе это сделано впервые. Также в три основных блока были структурированы возможные негативные проявления утраты психического здоровья: физиологический, психический и поведенческий, что является вкладом автора в развитие теоретической науки.

В результате бремя пандемии новой коронавирусной инфекции с точки зрения утраты психического здоровья можно выразить в следующих показателях:

1. На физиологическом уровне:

а) телесные реакции на стрессовую ситуацию (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, уровня сахара в крови, нарушение аппетита, сна, головная боль, боли в теле, эндокринные нарушения);

б) рост повреждений центральной и периферической нервной системы, психоневрологических и цереброваскулярных осложнений (инсульты, энцефалопатии), изменение психического статуса (а также нарушение деятельности сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной систем организма) вследствие нейротоксичного воздействия вируса SARS CoV-2.

2. На психическом уровне:

а) повышение уровня тревоги, беспокойства, страха, гнева;

б) дебют или рецидив панических, тревожных, депрессивных расстройств, расстройства адаптации, появление симптомов ПТСР.

3. На поведенческом уровне:

а) рост агрессивного поведения (всплеск домашнего насилия);

б) аутодеструктивное поведение (алкогольная и наркотическая зависимость, суицидальное поведение);

с) интернет- и компьютерные аддикции;

д) избегающее (защитное) поведение;

е) изменение пищевых привычек;

ф) панические покупки, панические обращения в службу неотложной помощи и др.

Данные нарушения в организме, психике и поведении неминуемо приводят к значительному ухудшению психического состояния пострадавших, снижению качества их жизни, утрате трудоспособности и даже гибели. Это влечет возрастание нагрузки на систему здравоохранения, отвлекая столь ограниченные ресурсы, необходимые для борьбы с пандемией. Вдобавок кризис здравоохранения привел к большому числу потенциально пропущенных или отсроченных диагнозов заболеваний, которые несут в себе высокий риск, если их своевременно не диагностировать и эффективно не лечить. Службы первичной и вторичной медицинской помощи должны быть готовы к большому наплыву пациентов, утяжелению их диагнозов [77; 100; 164].

Все это повлечет прямые и косвенные экономические издержки общества (на лечение и реабилитацию, сокращение доли трудоспособного населения), расширяя бремя болезни. Важно, что государство при этом теряет трудовой и человеческий потенциал, необходимый в период восстановления разрушенной пандемией экономики.

Подавляющее большинство последствий пандемии для психического здоровья являются предотвратимыми в случае разработки системы ранней диагностики проблем психического здоровья (особенно в учреждениях по линии COVID-19), психологической поддержки населения и групп риска (переболевших коронавирусом и членов их семей; медицинских работников; лиц, страдающих психическими расстройствами и в суицидальном кризисе; одиноких; утративших доход и работу; жертв домашнего насилия; пожилых; детей и подростков; социально изолированных групп населе-

ния; лиц с сопутствующими соматическими заболеваниями и ограниченными возможностями). Крайне важным является профилактика социально-экономических последствий пандемии.

Необходимы дальнейшие исследования, как можно смягчить психоэмоциональное бремя пандемии сейчас и в будущем, т. к. последствия для психического здоровья будут проявляться дольше и достигнут своего пика позже, чем сама пандемия. По мере развития экономических последствий изоляции, когда отпуска превращаются в увольнения, истекают налоговые и ипотечные каникулы и вступает в силу рецессия, стоит ожидать не только устойчивого дистресса и клинически значимого ухудшения психического здоровья [131] у некоторых людей, но и появления хорошо описанных долгосрочных последствий экономического спада для психического здоровья, включая рост числа самоубийств [165]. Согласно заключениям экспертов, до 70% населения земного шара потенциально может нуждаться в психологической помощи в период распространения COVID-19<sup>17</sup>.

Тем не менее ряд исследователей отмечает и новый позитивный опыт людей во время вспышки коронавируса. Это гордость за то, что проявили жизнестойкость и справились с трудностями, чувство общности против одной беды, глубокое удовлетворение вследствие помощи друг другу. Также отмечается снижение стигматизации психических расстройств. Многие в данный период испытывают психологические проблемы, о которых стало не стыдно говорить, что, по мнению специалистов, должно способствовать их более раннему выявлению и лечению, а значит снижению бремени болезни.

## Литература

1. Дэнурт Л. Крупнейший психологический эксперимент // В мире науки. Scientific American. 2020. № 8–9. С. 44–53.
2. Shader R. COVID-19 and depression. *Clin Ther*, 2020, vol. 42 (6), pp. 962–963. DOI: 10.1016/j.clinthera.2020.04.010
3. Помощь пациентам, имеющим поведенческие и психологические проблемы, получающим лечение от коронавирусной инфекции (COVID-2019) в условиях пандемии / М.Н. Мальцева, А.А. Шмонин,

<sup>17</sup> Axelrod J. Coronavirus may infect up to 70% of world's population, expert warns. March 2, 2020. Available at: <https://www.cbsnews.com/news/coronavirus-infection-outbreakworldwide-virus-expert-warning-today-2020-03-02/> (дата обращения 21.12.2020).

- Е.В. Мельникова, Г.Е. Иванова // Вестник восстановительной медицины. 2020. № 97 (3). С. 105–109. DOI: <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2020-97-3-105-109>
4. Соловьева Н.В., Макарова Е.В., Кичук И.В. «Коронавирусный синдром»: профилактика психотравмы, вызванной COVID-19 // РМЖ. 2020. № 9. С. 18–22.
  5. Последствия COVID-19 для психического здоровья общества: постановка проблемы, основные направления междисциплинарных исследований / А.И. Цветков [и др.] // Уральский медицинский журнал. 2020. № 6 (189). С. 95–101.
  6. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7, pp. 547–560.
  7. McCall S., Vilensky J.A., Gilman S., Taubenberger J.K. The relationship between encephalitis lethargica and influenza: A critical analysis. *J Neurovirology*, 2008, vol. 14, pp. 177–185.
  8. Li Y.C., Bai W.Z., Hirano N., Hayashida T., Hashikawa T. Coronavirus infection of rat dorsal root ganglia: Ultrastructural characterization of viral replication, transfer, and the early response of satellite cells. *Virus Res*, 2012, vol. 163, pp. 628–635.
  9. Li K., Wohlford-Lenane C., Perlman S., et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus causes multiple organ damage and lethal disease in mice transgenic for human dipeptidyl peptidase 4. *J Infect Dis*, 2016, vol. 213, pp. 712–722. DOI: [10.1093/infdis/jiv499](https://doi.org/10.1093/infdis/jiv499)
  10. Xu J., Zhong S., Liu J., et al. Detection of severe acute respiratory syndrome coronavirus in the brain: Potential role of the chemokine mig in pathogenesis. *Clin Infect Dis*, 2005, vol. 41, pp. 1089–1096. DOI: [10.1086/444461](https://doi.org/10.1086/444461)
  11. Wade D.M., Brewin C.R., Howell D., et al. Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study. *Br J Health Psychol*, 2015, vol. 20, pp. 613–631.
  12. Madjid M., Casscells S.W. Of birds and men: Cardiologists' role in influenza pandemics. *Lancet*, 2004, vol. 364 (9442), 1309. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17176-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17176-6)
  13. Manjunatha N., Math S.B., Kulkarni G.B., Chaturvedi S.K. The neuropsychiatric aspects of influenza / swine flu: A selective re-view. *Ind Psychiatry J*. 2011, vol. 20 (2), pp. 83–90.
  14. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и поражение нервной системы: механизмы неврологических расстройств, клинические проявления, организация неврологической помощи / Е.И. Гусев [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. № 120 (6). С. 7–16. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro20201200617>
  15. Mao L., Jin H., Wang M., et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol*, 2020, vol. 77 (6), pp. 683–690. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>
  16. Abdelrahman H.S., Safwat A.M., Alsagheir M.M. Acute necrotizing encephalopathy in an adult as a complication of H1N1 infection. *BJR Case Rep*, 2019, vol. 5 (4), 20190028. Available at: <https://www.birpublications.org/doi/10.1259/bjrcr.20190028>. DOI: <https://doi.org/10.1259/bjrcr.20190028>
  17. Острый некротический энцефалит, ассоциированный с вирусом гриппа, у взрослых / И.Е. Лунева и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. № 120 (4). С. 101–105.
  18. Koh J.C., Murugasu A., Krishnappa J., Thomas T. Favorable outcomes with early interleukin 6 receptor blockade in severe acute necrotizing encephalopathy of childhood. *Pediatr Neurol*, 2019, vol. 98, pp. 80–84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2019.04.009>
  19. Lin Y.Y., Lee K.Y., Ro L.S., et al. Clinical and cytokine profile of adult acute necrotizing encephalopathy. *Biomed J*, 2019, vol. 42 (3), pp. 178–186. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bj.2019.01.008>
  20. Desforges M., Le Coupanec A., Stodola J.K., et al. Human coronaviruses: Viral and cellular factors involved in neuroinvasiveness and neuropathogenesis. *Virus Res*, 2014, vol. 194, pp. 145–158. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.virusres.2014.09.011>
  21. Arbour N., Day R., Newcombe J., Talbot P.J. Neuroinvasion by human respiratory coronaviruses. *J Virol*, 2000, vol. 74 (19), pp. 8913–8921. DOI: <https://doi.org/10.1128/jvi.74.19.8913-8921.2000>
  22. Mao L., Wang M., Chen S., et al. Neurological manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol*, 2020, vol. 77 (6), pp. 683–690. DOI: [10.1001/jamaneurol.2020.1127](https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127)
  23. Rogers J.P., Chesney E., Oliver D., et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7, pp. 611–627.



24. Varatharaj A., Thomas N., Ellul M.A., et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: A UK-wide surveillance study. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (10), pp. 875–882. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30287-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30287-X)
25. Netland J., Meyerholz D.K., Moore S., et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus infection causes neuronal death in the absence of encephalitis in mice transgenic for human ACE2. *J Virol*, 2008, vol. 82 (15), pp. 7264–7275. DOI: <https://doi.org/10.1128/JVI.00737-08>
26. Gane S.B., Kelly C., Hopkins C. Isolated sudden onset anosmia in COVID-19 infection. A novel syndrome? *Rhinology*, 2020, vol. 58 (3), pp. 299–301. DOI: 10.4193/Rhin20.114
27. Wei H., Yin H., Huang M., Guo Z. The 2019 novel coronavirus pneumonia with onset of oculomotor nerve palsy: A case study. *J Neurol*. 2020, vol. 267, pp. 1550–1553. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00415-020-09773-9>
28. Rossi R., Socci V., Talevi D., et al. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 2020, vol. 11, p. 790. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.04.09.20057802>
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub., 2013. 991 p. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
30. 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. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, vol. 17 (5), p. 1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729
31. Huang Y., Wang Y., Wang H., et al. Prevalence of mental disorders in China: A cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 2019, vol. 6(3), pp. 211–224. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30511-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30511-X)
32. Huang Y., Zhao N. Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group? *Psychology, Health & Medicine*, 2021, vol. 26, no. 1, pp. 23–34. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1754438>
33. Mak I.W.C., Chu C.M., Pan P.C., et al. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 2009, vol. 31 (4), pp. 318–326.
34. Lee S.W., Yang J.M., Moon S.Y., et al. Association between mental illness and COVID-19 susceptibility and clinical outcomes in South Korea: A nationwide cohort study. *Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (12), pp. 1025–1031. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30421-1
35. Xiong J., Lipsitz O., Nasri F., et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*, 2020, vol. 277, pp. 55–64. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.001
36. Опекина Т.П., Шипова Н.С. Семья в период самоизоляции: стрессы, риски и возможности совладания // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2020. Т. 26. № 3. С. 121–128. DOI <https://doi.org/10.34216/2073-1426-2020-26-3-121-128>
37. Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы / О.М. Бойко и др. // Психологические исследования. 2020. Т. 13. № 70. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения 24.12.2020).
38. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 / С.Н. Ениколопов [и др.] // Психолого-педагогические исследования. 2020. Т. 12. № 2. С. 108–126.
39. Анализ динамики депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России / Т.И. Медведева, С.Н. Ениколопов, О.М. Бойко, О.Ю. Воронцова // Суицидология. 2020. № 11 (3). С. 3–16. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-3-16
40. Tian F., Li H., Tian S., et al. Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. *Psychiatry Res*, 2020, vol. 288, 112992. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112992/
41. Dixit A., Marthoenis M., Arafat S., et al. Binge watching behavior during COVID 19 pandemic: A cross-sectional, cross-national online survey. *Psychiatry Res*, 2020, vol. 289, 113089. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113089
42. Wang Y., Di Y., Ye J., Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 2020, vol. 26 (1), pp. 13–22. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
43. Bhavsar V., Kirkpatrick K., Calcia M., Howard L.M. Lockdown, domestic abuse perpetration, and mental health care: Gaps in training, research, and policy. *The Lancet Psychiatry*, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30421-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30421-1)

0366(20)30397-7/ Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30397-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30397-7/fulltext) (дата обращения 21.01.2021).

44. Van Gelder N., Peterman A., Potts A. et al. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EclinicalMedicine*, 2020, vol. 21, 100348. DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100348
45. Bavel J.J., Baicker K., Boggio P.S., et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat. Hum. Behav.*, 2020, vol. 4, pp. 460–471. DOI: 10.1038/s41562-020-0884-z
46. Usher K., Bhullar N., Durkin J., et al. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *Int. J. Ment. Health Nurs*, 2020, vol. 29, pp. 549–552. DOI: 10.1111/inm.12735
47. Bradbury-Jones C., Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *J. Clin. Nurs*, 2020, vol. 29, pp. 2047–2049. DOI: 10.1111/jocn.15296
48. Oram S., Trevillion K., Khalifeh H., et al. Systematic review and meta-analysis of psychiatric disorder and the perpetration of partner violence. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2013, vol. 23, pp. 361–376.
49. Yu R., Nevado-Holgado A.J., Molero Y. et al. Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. *PLoS Med*, 2019, vol. 16 (12), 16e1002995.
50. Oram S., Flynn S.M., Shaw J., et al. Mental illness and domestic homicide: A population-based descriptive study. *Psychiatr Serv.*, 2013, vol. 64, pp. 1006–1011.
51. Clay J.M., Parker M.O. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: A potential public health crisis? *Lancet Public Health*, 2020, vol. 5, e259.
52. Sher K., Bhullar N., Durkin J., et al. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *Int J Ment Health Nur*, 2020, vol. 29 (4), pp. 549–552. DOI: 10.1111/inm.12735
53. Czeisler M.E., Lane R.I., Petrosky E., et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic – United States, June 24–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2020, vol. 69 (32), pp. 1049–1057. DOI: 10.15585/mmwr.mm6932a1
54. Rehm J., Gmel G., Gmel G., et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*, 2017, vol. 12, pp. 968–1001. DOI: 10.1111/add.13757
55. Shield K.D., Manthey J., Rylett M., et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: A comparative risk assessment study. *Lancet Public Health*, 2020, vol.5, pp. 51–61.
56. Lau J.T., Yang X., Pang E., et al. SARS-related perceptions in Hong Kong. *Emerg Infect Dis*, 2005, vol. 11, pp. 417–424.
57. Wu P., Liu X., Fang Y., et al. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol and Alcoholism*, 2008, vol. 43, pp. 706–712. DOI:10.1093/alcalc/agn073
58. Molina P.E., Happel K.I., Zhang P., et al. Focus on: Alcohol and the immune system. *Alcohol Res Health*, 2010, vol. 33, pp. 97–108.
59. Banerjee D., Kosagisharaf J.R., Rao T.S. «The dual pandemic» of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Res*, 2020, Nov 18, 113577. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113577. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32302816/>
60. Devitt P. Can we expect an increased suicide rate due to Covid-19? *Irish J. Psychol. Med*, 2020, vol. 37 (4), pp. 264–268. DOI: <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.46>
61. Benedictow O.J. *The Black Death 1346–1353: The Complete History*. Woodbridge and Rochester, Boydell Press, 2004. 451 p.
62. Wasserman I.M. The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910–1920. *Suicide Life-Threat. Behav*, 1992, vol. 22 (2), pp. 240–254.
63. Cheung Y.T., Chau P.H., Yip P.S. A revisit on older adults' suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 2008, vol. 23 (12), pp. 1231–1238.
64. Bitanirwe B.K.Y. Monitoring and managing mental health in the wake of Ebola. *Ann. dell'Istituto Super. Sanita*, 2016, vol. 52 (3), pp. 320–322.
65. Mamun M.A., Griffiths M.D. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian J. Psychiatry*, 2020, vol. 51, 102073. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102073
66. Thakur V., Jain A. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain Behav. Immun.*, 2020, vol. 88, pp. 952–953. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.062

67. Montemurro N. The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. *Brain Behav. Immun*, 2020, vol. 87, pp. 23–24. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.03.032
68. Yao H., Chen J.-H., Xu Y.-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (4), e21. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
69. Torales J., O’Higgins M., Castaldelli-Maia J.M., Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 2020, vol. 66 (4), pp. 317–320. DOI: 10.1177/0020764020915212
70. Reger M.A., Stanley I.H., Joiner T.E. Suicide mortality and coronavirus disease 2019 – a perfect storm? *JAMA Psychiatry*, 2020, vol. 77 (11), pp. 1093–1094. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
71. Mamun M.A., Ullah I. COVID-19 suicides in Pakistan, dying off not COVID-19 fear but poverty? The forthcoming economic challenges for a developing country. *Brain Behav Immun*, 2020, vol. 87, pp. 163–166. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.028
72. McIntyre R.S., Lee Y. Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiatry Res*, 2020, vol. 290, 113104. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113104
73. Суициды в период пандемической самоизоляции / З.И. Кекелидзе [и др.] // Российский психиатрический журнал. 2020. № 3. С. 4–13. DOI: 10.24411/1560-957X-2020-10301
74. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Положий Б.С. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины // Суицидология. 2020. № 11 (1). С. 3–38. DOI: [doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01\(38\)-3-38](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-3-38)
75. Sher L. COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. *Sleep Medicine*, 2020, vol. 70, p. 124. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.04.019>
76. Joseph S.J., Shoib S., Thejaswi S.G., Bhandari S.S. Psychological concerns and musculoskeletal pain amidst the COVID-19 lockdown. *Open Journal of Psychiatry and Allied Sciences*, 2020, vol. 11 (2), pp. 137–139.
77. Gunnell D., Appleby L., Arensman E., et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (6), pp. 468–471. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
78. Joseph S. J., Bhandari S.S., Ranjitkar S., Dutta S. School closures and mental health concerns for children and adolescents during the covid-19 pandemic. *Psychiatria Danubina*, 2020, vol. 32 (2), pp. 309–310.
79. Joseph Sh.J., Bhandari S.S. Dealing with the rising tide of suicides during the COVID-19 pandemic: Strengthening the pillars of prevention and timely intervention. *International Journal of Social Psychiatry*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764020962146>. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020764020962146>
80. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 2020, vol. 113 (10), pp. 707–712. DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
81. Reynolds D.L., Garay J.R., Deamond S.L., et al. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect.*, 2008, vol. 136, pp. 997–1007.
82. Di Renzo L., Gualtieri P., Pivari F., et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: An Italian survey. *J. Transl. Med*, 2020, vol. 18, no. 229.
83. Helms J., Kremer S., Merdji H., et al. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *N Engl J Med*, 2020, vol. 382, pp. 2268–2270.
84. Taquet M., Luciano S., Geddes J.R., Harrison P.J. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: Retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 2021, vol. 8 (2), pp. 130–140. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
85. Paz C., Mascialino G., Adana-Diaz L., et al. Anxiety and depression in patients with confirmed and suspected COVID-19 in Ecuador. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2020, vol. 74, pp. 554–555.
86. Gennaro M., De Lorenzo R., Conte C., et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*, 2020, vol. 89, pp. 594–600.
87. Halpin S.J., McIvor C., Whyatt G., et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol*, 2021, vol. 93, pp. 1013–1022. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmv.26368>
88. Zhang J., Lu H., Zeng H., et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun*, 2020, vol. 87, pp. 49–50.
89. Vindegaard N., Benros M.E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*, 2020, vol. 89, pp. 531–542.

90. Rawal G., Yadav S., Kumar R/ Post-intensive care syndrome: An overview. *J Transl Int Med*, 2017, vol. 5, pp. 90–92.
91. Bo H.-X., Li W., Yang Y., et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
92. 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, pp. 171–176.
93. Roberts A.R. *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2005. 872 p.
94. Wang J., Lloyd-Evans B., Giacco D., et al. Social isolation in mental health: A conceptual and methodological review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2017, vol. 52, pp. 1451–1461. DOI: [10.1007/s00127-017-1446-1](https://doi.org/10.1007/s00127-017-1446-1)
95. Cacioppo J.T., Hughes M.E., Waite L.J., Hawkley L.C., Thisted R.A. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*, 2006, vol. 21, pp. 140–151. DOI: [10.1037/0882-7974.21.1.140](https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140)
96. Hao F., Tan W., Jiang L., et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun*, 2020, vol. 87, pp. 100–106.
97. Chevance A., Gourion D., Hoertel N., et al. Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *Encephale*, 2020, vol. 46 (3), pp. 193–201.
98. Kozloff N., Mulsant B.H., Stergiopoulos V., Voineskos A.N. The COVID-19 global pandemic: Implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull.*, 2020, vol. 46 (4), pp. 752–757. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa051>
99. Duan L., Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (4), pp. 300–302.
100. Williams R., Jenkins D.A., Ashcroft D.A., et al. Diagnosis of physical and mental health conditions in primary care during the COVID-19 pandemic: A retrospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 5 (10), pp. 543–550. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30201-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30201-2)
101. Ghio L., Gotelli S., Marcenaro M., et al. Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 2014, vol. 152–154, pp. 45–51.
102. Steenblock C., Todorov V., Kanczkowski W., et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and the neuroendocrine stress axis. *Mol Psychiatry*, 2020, vol. 25 (8), pp. 1611–1617. DOI: [10.1038/s41380-020-0758-9](https://doi.org/10.1038/s41380-020-0758-9)
103. Wang Q., Xu R., Volkow N.D. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: Analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry*, 2020, vol. 20 (1), pp.124–130. DOI: [10.1002/wps.20806](https://doi.org/10.1002/wps.20806)
104. Cohen S. Keynote presentation at the Eight International Congress of Behavioral Medicine: The Pittsburgh common cold studies: Psychosocial predictors of susceptibility to respiratory infectious illness. *Int J Behav Med*, 2005, vol. 12, pp. 123–131.
105. Zhu Y., Chen L., Ji H., et al. The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals. *Neurosci Bull*, 2020, vol. 36, pp. 299–302.
106. Walker E.R., McGee R.E., Druss B.G. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 2015, vol. 72, pp. 334–341.
107. Kola L. Global mental health and COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7, pp. 655–657.
108. Momen N.C., Plana-Ripoll O., Agerbo E., et al. Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *N Engl J Med*, 2020, vol. 382, pp. 1721–1731.
109. Moreno C., Wykes T., Galderisi S., et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7, pp. 813–824.
110. Nicholson A., Kuper H., Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: A meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J*, 2006, vol. 27, pp. 2763–2774.
111. Shen H.N., Lu C.L., Yang H.H. Increased risks of acute organ dysfunction and mortality in intensive care unit patients with schizophrenia: A nationwide population-based study. *Psychosom Med*, 2011, vol. 73, pp. 620–626.

112. Seung W.L., Jee Yang J.Y., Moon S.Y., et al. Association between mental illness and COVID-19 susceptibility and clinical outcomes in South Korea: A nationwide cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (12), pp. 1025–1031. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30421-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30421-1)
113. Brown E.E., Kumar S., Rajji T.K., Pollock B.G., Mulsant B.H. Anticipating and mitigating the impact of the covid-19 pandemic on Alzheimer’s disease and related dementias. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.010>. Available at: <https://psycnet.apa.org/record/2020-28743-001>
114. Cluver L., Lachman J.M., Sherr L. et al. Parenting in a time of COVID-19. *Lancet*, 2020, vol. 395, e64.
115. Teasdale S.B., Ward P.B., Samaras K., et al. Dietary intake of people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 2019, vol. 214, pp. 251–259.
116. Evans S., Banerjee S., Leese M., Huxley P. The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Qual Life Res*, 2007, vol. 16, pp. 17–29.
117. DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*, 2000, vol. 160, pp. 2101–2107.
118. Fernandez-Aranda F., Casas M., Claes L., et al. COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*, 2020, vol. 28 (3), pp. 239–245.
119. Cortese S., Asherson P., Sonuga-Barke E. et al. ADHD management during the COVID-19 pandemic: Guidance from the European ADHD Guidelines Group. *Lancet Child Adolesc Health*, 2020, vol. 4, pp. 412–414.
120. Garriga M., Agasi I., Fedida E., et al. The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand.*, 2020, vol. 141, pp. 479–480.
121. Narzisi A. Handle the autism spectrum condition during coronavirus (COVID-19) stay at home period: Ten tips for helping parents and caregivers of young children. *Brain Sci*, 2020, vol. 10 (4), 207.
122. 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, pp. 912–920. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
123. Bai Y., Lin C.C., Lin C.Y, et al. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*, 2004, vol. 55, pp. 1055–1057. DOI: 10.1176/appi.ps.55.9.1055
124. Chen Q., Liang M., Li Y., et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7, pp. 15–16.
125. Tang H.H., Lu X.Y., Cai S.X., et al. Investigation and analysis on mental health status of frontline nurses in Wuhan during COVID-19 epidemic. *Int Infect Dis*, 2020, vol. 9, pp. 296–297.
126. Xiao H., Zhang Y., Kong D., et al. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*, 2020, vol. 26, e923549.
127. Kisely S., Warren N., McMahon L., et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: Rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 2020, vol. 369, m1642.
128. Liu S., Yang L., Zhang C., Xiang Y., Liu Z., Hu S., Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (4), e17–e18. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
129. Lai J., Ma S., Wang Y., et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*, 2020, vol. 3, e203976.
130. Liu X., Kakade M., Fuller C.J., et al. Depression after exposure to stressful events: Lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry*, 2012, vol. 53, pp. 15–23. DOI: 10.1016/j.comppsy.2011.02.003
131. Pierce M., Hope H, Ford T., et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (10), pp. 883–892. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)

132. Lamb D., Greenberg N., Stevelink S., Wessely S. Mixed signals about the mental health of the NHS workforce. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (12), pp. 1009–1011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30379-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30379-5)
133. Firth-Cozens J., What I learnt from studying doctors' mental health over 20 years-an essay by Jenny Firth-Cozens. *BMJ*, 2020, vol. 369, m1374.
134. Son H., Lee W.J., Kim H.S., et al. Examination of hospital workers' emotional responses to an infectious disease outbreak: Lessons from the 205 MERS Co-V outbreak in South Korea. *Disaster Med Public Health Prep.*, 2019, vol. 13, pp. 504–510. DOI: <https://doi.org/10.1017/dmp.2018.95>
135. Greenberg N., Docherty M., Gnanapragasam S., Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, 2020, vol. 368, m1211.
136. Andrew A., Cattan S., Dias M.C., et al. *How are Mothers and Fathers Balancing Work and Family under Lockdown?* Institute of Fiscal Studies, London, 2020.
137. Townsend E., Nielsen E., Allister R., Cassidy S.A. Key ethical questions for research during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7, pp. 381–383.
138. Restubog S.L.D., Ocampo A.C.G., Wang L. Taking control amidst the chaos: Emotion regulation during the COVID-19 pandemic. *J. Vocat. Behav*, 2020, vol. 119, 103440. DOI: [10.1016/j.jvb.2020.103440](https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103440)
139. Dsouza D.D., Quadros S., Hyderabadwala Z.J., Mamun M.A. Aggregated COVID-19 suicide incidences in India: Fear of COVID-19 infection is the prominent causative factor. *Psychiatry Res*, 2020, vol. 290, 113145. DOI: [10.1016/j.psychres.2020.113145](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113145)
140. Kawohl W., Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (5), pp. 389–390.
141. Moser D.A., Glaus J., Frangou S., Schechter D.S. Years of life lost due to the psychosocial consequences of COVID19 mitigation strategies based on Swiss data. *Eur. Psychiatry*, 2020, vol. 63 (1), e58.
142. Conejero I., Berrouiguet S., Ducasse D., et al. Épidémie de COVID-19 et prise en charge des conduites suicidaires: Challenge et perspectives. *Encéphale*, 2020, no. 46, pp. S66–S72. DOI: [10.1016/j.encep.2020.05.001](https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.001)
143. Vändoros S., Avendano M., Kawachi I. The association between economic uncertainty and suicide in the short-run. *Soc. Sci. Med*, 2019, vol. 220, pp. 403–410. DOI: [10.1016/j.socscimed.2018.11.035](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.11.035)
144. Nordt C., Warnke I., Seifritz E., Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: A longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *The Lancet Psychiatry*, 2015, vol. 2, pp. 239–245.
145. Tangcharoensathien V., Calleja N., Nguyen T., et al. Framework for managing the COVID-19 infodemic: Methods and results of an online, crowdsourced WHO technical consultation. *J Med Internet Res*, 2020, vol. 22 (6), e19659. DOI: [10.2196/19659](https://doi.org/10.2196/19659)
146. Anwar A., Malik M., Raees V. Role of mass media and public health communications in the COVID-19 pandemic. *Cureus*, 2020, vol. 14, no. 12(9): e10453. DOI: [10.7759/cureus.10453](https://doi.org/10.7759/cureus.10453)
147. Rathore F.A., Farooq F. Information overload and infodemic in the COVID-19 pandemic. *J Pak Med Assoc.*, 2020, no. 70 (5), pp. 162–165. DOI: [10.5455/JPMA.38](https://doi.org/10.5455/JPMA.38)
148. Tasnim S., Hossain M., Hoimonty Mazumder H. Impact of rumors and misinformation on COVID-19 in social media. *J Prev Med Public Health*, 2020, vol. 53 (3), pp. 171–174. DOI: [10.3961/jpmph.20.094](https://doi.org/10.3961/jpmph.20.094)
149. Shuja K.H., Aqeel M., Jaffar A., Ahmed A. COVID-19 pandemic and impending global mental health implications. *Psychiatr Danub*, 2020, vol. 32 (1), pp. 32–35. DOI: [10.24869/psyd.2020.32](https://doi.org/10.24869/psyd.2020.32)
150. Gao J., Zheng P., Jia Y., Chen H., et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*, 2020, vol. 15 (4), e0231924. DOI: [10.1371/journal.pone.0231924](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924)
151. Sherman A.L. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 2020, vol. 44 (7), pp. 1–9. DOI: [10.1080/07481187.2020.1748481](https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481)
152. Holman E.A., Garfin D.R., Lubens P., Silver R.C. Media exposure to collective trauma, mental health, and functioning: Does it matter what you see? *Clinical Psychological Science*, 2020, vol. 8, pp. 111–124. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702619858300>
153. Garfin D.R., Silver R.C., Holman E.A. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychol*, 2020, vol. 39 (5), pp. 355–357. DOI: [10.1037/hea0000875](https://doi.org/10.1037/hea0000875)
154. Hawryluck L., Gold W.L., Robinson S., Pogorski S., Galea S., Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*, 2004, vol. 10, pp. 1206–1212. DOI: [10.3201/eid1007.030703](https://doi.org/10.3201/eid1007.030703)

155. McGinty E.E., Presskreischer R., Han H., Barry C.L. Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *JAMA*, 2020, vol. 324 (1), pp. 93–94.
156. Bebbington P.E., McManus S. Revisiting the one in four: The prevalence of psychiatric disorder in the population of England 2000–2014. *Br J Psychiatry*, 2020, vol. 216, pp. 55–57.
157. Marmot M. *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*. London: The Institute of Health Equity, 2020. 172 p.
158. McManus S., Bebbington P.E., Jenkins R., et al. Data resource profile: Adult Psychiatric Morbidity Survey (APMS). *Int J Epidemiol*, 2020, vol. 49 (62e), 361.
159. McManus S., Gunnell D., Cooper C., et al. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: Repeated cross-sectional surveys of the general population. *The Lancet Psychiatry*, 2019, vol. 6, pp. 573–581.
160. Fan F., Long K., Zhou Y., Zheng Y., Liu X. Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychol Med*, 2015, vol. 45, pp. 2885–2896. DOI: 10.1017/S0033291715000884
161. Cheng S.K.-W., Wong C.W., Tsang J., Wong K.C. Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychol Med*, 2004, vol. 34, pp. 1187–1195. DOI: 10.1017/S0033291704002272
162. Fegert J.M., Vitiello B., Plener P.L., Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2020, vol. 14, no. 20. DOI: 10.1186/s13034-020-00329-3
163. Sprang G., Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep*, 2013, vol. 7, pp. 105–110.
164. Chang S.-S., Stuckler D., Yip P., Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ*, 2013, vol. 347, f5239.
165. Barr B., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A., et al. Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: Time trend analysis. *BMJ*, 2012, vol. 345, e5142.

### Сведения об авторе

Юлия Евгеньевна Шматова – кандидат экономических наук, научный сотрудник, Вологодский научный центр Российской академии наук (160014, Российская Федерация, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: ueshmatova@mail.ru)

Shmatova Yu.E.

### Mental Health of Population in the COVID-19 Pandemic: Trends, Consequences, Factors, and Risk Groups

**Abstract.** The purpose of the study is to analyze the mental health losses of population during the COVID-19 pandemic. Based on the systematization of foreign and Russian studies regarding the pandemic impact on mental health, two major burdens (neuro-psychiatric and psycho-emotional) and three levels of ill health manifestations (physiological, mental, and behavioral disorders) were revealed. We used the method of analyzing articles from international electronic databases on the topic of mental health loss due to the new coronavirus pandemic and other epidemics. The scientific novelty of the study consists of the identification of psycho-emotional and psycho-neurological burden of the pandemic, determination of a three-level structure of mental ill health manifestations, and a comprehensive approach to the analysis of losses (includes the characterization of emerging mental health disorders, risk factors and groups, as well as the search for its prevention areas). We achieved the following results: neuropsychiatric burden is manifested in damages to the central and peripheral nervous system, neuropsychiatric and cerebrovascular complications, and changes of mental status due to the neurotoxic effects of the SARS

CoV-2 virus. The psycho-emotional burden of the COVID-19 pandemic reveals itself physiologically – in somatic reactions to a stressful situation. At the mental level, there is a debut or relapse of panic, anxiety, depressive disorders, adaptation disorders, and symptoms of post-traumatic stress disorder. The behavioral level is associated with an increase in cases of domestic violence, various addictions, suicidal and protective behavior, changes of food habits, etc. The authors conclude that most negative consequences are preventable. The practical significance of the research is to prepare a list of mental health disorders during the pandemic, groups, and risk factors for its loss. Findings about groups and risk factors will allow substantiating the structure of further sociological research. The results obtained (including a list of ways of reducing the burden) can be used by authorities in the development of programs to strengthen population's mental health, including high-risk groups. Their implementation will reduce the burden on the medical network, improve population's quality of life, preserve the labor potential and social stability of society necessary for the post-pandemic economic recovery, and prevent the psycho-emotional burden of future epidemics. Research perspectives are cross-country comparison of the psycho-emotional burden of the pandemic and its dependence on the anti-epidemic policies implemented by governments (introduction of strict self-isolation measures, lockdown, media activities, mandatory testing, etc.).

**Key words:** COVID-19 pandemic, mental health, psychoemotional burden, mental disorders, neuropsychiatric disorders, suicide, depression, anxiety, domestic violence, infodemic.

### **Information about the Author**

Yuliya E. Shmatova – Candidate of Sciences (Economics), Researcher, Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: ueshmatova@mail.ru)

Статья поступила 29.01.2021.