

# КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ТЕРРИТОРИЙ

DOI: 10.15838/ptd.2020.4.108.6

УДК 314.4:616.89:614.4:159.9.072 | ББК 60.524+88.5+51.9

© Шматова Ю.Е.

## ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ (КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА): ОПЫТ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ



**ЮЛИЯ ЕВГЕНЬЕВНА ШМАТОВА**

Вологодский научный центр Российской академии наук  
Российская Федерация, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а  
E-mail: ueshmatova@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-1881-0963; ResearcherID: R-1021-2018

*Распространение новой коронавирусной инфекции затронуло весь мир. Предпринятые государствами меры принудительной изоляции для предупреждения распространения вируса вызвали многочисленные долгосрочные последствия для физического, психического здоровья населения, качества жизни и человеческого потенциала, а значит и экономики в целом. Зарубежные страны столкнулись с пандемией прежде России, поэтому успели провести исследования различных аспектов воздействия COVID-19 на психическое здоровье и опубликовать их результаты (в основном online). В представленной статье на основе глубокого анализа и обобщения зарубежного опыта автором были определены основные негативные проявления пандемии в сфере психического здоровья (ухудшение настроения, нарушение сна, рост тревожных, депрессивных расстройств, алкоголизма, межличностного насилия, суицидального и избегающего поведения). Изучены и структурированы основные факторы риска неблагоприятных психологических исходов, с их помощью выделены наиболее уязвимые группы (COVID-положительные и члены их семей, душевнобольные, врачи, финансово неблагополучные и безработные, жертвы домашнего насилия, одинокие и пожилые люди). На основании полученных выводов сформулированы основные пути минимизации отрицательного воздействия пандемии: организация единой, интегрированной платформы психологического консультирования; ответственное использование СМИ при освещении вопросов, касающихся пандемии; организация помощи группам риска (в т. ч. удаленно); финансовая поддержка населения в кризисный период; пропаганда здорового образа жизни; смягчение негативного воздействия карантина. Важным направлением для снижения психологического бремени COVID-19 являются научные исследования. Особенно актуальными становятся*

**Для цитирования:** Шматова Ю.Е. Влияние COVID-19 на психическое здоровье населения (как показатель человеческого потенциала): опыт зарубежных исследований // Проблемы развития территории. 2020. № 4 (108). С. 88–108. DOI: 10.15838/ptd.2020.4.108.6

**For citation:** Shmatova Yu.E. Impact of COVID-19 on Mental Health of Population (as an Indicator of Human Potential): Experience of Foreign Studies. *Problems of Territory's Development*, 2020, no. 4 (108), pp. 88–108. DOI: 10.15838/ptd.2020.4.108.6

*мониторинг показателей тревоги и депрессии, суицидального поведения, факторов и механизмов воздействия пандемии на группы риска, лонгитюдные исследования, в т. ч. групп риска.*

*COVID-19, психическое здоровье, человеческий потенциал, тревожные и депрессивные расстройства, суицид, психические расстройства, медицинские работники, качество жизни, средства массовой информации, домашнее насилие.*

### **Введение**

Главное богатство любой общественной системы – человеческий потенциал, в конечном счете определяющий могущество страны и общества. Эффективное использование и развитие человеческого потенциала и капитала становятся не только критическими условиями для устойчивого развития экономики территорий, но и главными факторами, влияющими на рост благосостояния стран и регионов.

Человеческий потенциал как демографический ресурс определяется не столько количественными, сколько качественными параметрами, к которым относятся, среди прочих, физическое, психическое и социальное здоровье. Психическое здоровье – интеллектуальный и нравственный потенциал общества, основа его эффективного функционирования, в связи с чем его сохранение и укрепление являются стратегически важными условиями стабильности общества, благополучия и прогресса. Особенную значимость эта проблема приобретает в периоды кризиса, в т. ч. вызванного вспышкой новой коронавирусной инфекции.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в январе 2020 года объявила вспышку COVID-19 чрезвычайной ситуацией международного значения в области общественного здравоохранения, а в марте 2020 года – пандемией. Новая коронавирусная инфекция уже разрушила мир по трем направлениям: (1) непосредственно воздействуя на здоровье, (2) на систему здравоохранения и (3) вызывая социально-экономические последствия ответных мер на пандемию [1]. Беспрецедентность COVID-19 заключается не столько в масштабах распространения, сколько в реакции национальных государств на его сдерживание [2].

В условиях эпидемии люди сталкиваются со множеством переживаний. Им тяжело

осознавать, что нет путей быстро исправить ситуацию, вернуться к привычному укладу жизни. Человек чувствует себя бессильным. Значительная часть его внутренних ресурсов уходит на бессознательное самоуспокоение, в результате значительно снижается продуктивность и работоспособность. Особенно остро ощущается недостаток общения и чувство одиночества в результате вынужденной изоляции. Запрет покидать дом для многих людей является очень существенным ограничением и расценивается как покушение на их свободу, вызывая протестные настроения. К тому же в условиях пандемии человек теряет возможность строить долгосрочные планы, что крайне важно для поддержания ощущения благополучия. Нарушается режим дня, сна и отдыха, что негативно влияет на физическое и психическое состояние. Постоянное ощущение готовности реагировать на опасность вызывает нервное напряжение и истощение. Возникающие вследствие потери работы, снижения зарплаты и т. п. материальные трудности провоцируют тревогу, депрессию, ауто- и гетероагрессивное поведение (суицидальные мысли и попытки, межличностное насилие, алкоголизм и другие аддикции).

Основными предикторами ухудшения психического здоровья во время пандемии, по мнению ВОЗ, являются недостаток знаний о новом вирусе, высокая скорость его передачи, серьезная угроза безопасности жизни и отсутствие вакцины; противоречивые, нагнетающие страх сообщения СМИ; острая нехватка средств защиты (даже у медиков), ресурсов для тестирования и лечения; навязывание мер общественного здравоохранения, которые ущемляют личные свободы; большие растущие финансовые потери. Все это способствует широкому распространению

эмоционального расстройства и повышенному риску психических заболеваний, связанных с COVID-19.

Цель нашего исследования – изучение пандемии COVID-19 как фактора ухудшения психического здоровья.

Источником информации стали многочисленные зарубежные статьи и труды ученых из тех стран, которые ранее России столкнулись с пандемией (Китай, США, Великобритания, Италия, Швейцария и др.) и провели исследования в области ее влияния на общественное психическое здоровье.

Задачи работы:

1) определить основные психоэмоциональные последствия пандемии, введенного режима карантина и изоляции;

2) выявить факторы риска негативных психологических исходов при пандемии и наиболее уязвимые группы;

3) определить направления минимизации разрушительного воздействия COVID-19 на психическое здоровье населения;

4) рассмотреть перспективные направления научного исследования данной темы.

Научная новизна представленной работы заключается в обобщении и структурировании зарубежного опыта исследований, касающихся влияния группы коронавирусов на психическое благополучие. Комплексный подход автора к анализу проблемы разрушительного воздействия пандемии COVID-19 на психическое здоровье включает изучение показателей, факторов и групп риска, поиск направлений минимизации воздействия.

Практическая значимость заключается в теоретическом обосновании мер профилактики возможных негативных последствий инфекции для психического здоровья населения. Результатом станет его укрепление, снижение нагрузки на медицинскую сеть, сохранение социальной стабильности в обществе. Полученные выводы о факторах риска и группах-мишенях позволят обосновать структуру дальнейшего социологического исследования указанной проблемы, дополняя и расширяя научные знания.

### Основные проявления воздействия пандемии COVID-19 на психическое здоровье

Распространение COVID-19 провоцирует высокое нервное напряжение и общественную панику. Состояние стресса порождает различные реакции. Физиологическая реакция стрессового состояния проявляется в изменениях вегетативной нервной и эндокринной систем: учащается сердцебиение, повышается артериальное давление, растет уровень сахара в крови, нарушаются аппетит, сон, возникают диспепсия, головная боль, боли в теле, эндокринные нарушения и др. В свою очередь гипертония и сахарный диабет являются основными факторами риска тяжелого течения COVID-19 и даже гибели пациентов. Эмоциональная реакция, вызванная стрессом, представляет собой серию сопутствующих эмоциональных переживаний, приводящих людей в негативное эмоциональное состояние, такое как депрессия, тревога, паника, разочарование или страх. В качестве основных поведенческих изменений, вызванных стрессом, можно назвать беспокойство, невнимательность, снижение способности решать проблемы, медлительность действий, частый гнев, чрезмерную дезинфекцию, курение, злоупотребление алкоголем и др. [3].

Вспышка новой коронавирусной инфекции привела к тому, что многие страны сначала попросили самоизолироваться дома или в обсервации людей, потенциально вступивших в контакт с вирусом, а затем все население.

Карантин (итал. *quarantena*, от *quaranta giorni* – сорок дней) – это комплекс ограниченных административных и медико-санитарных мероприятий, проведение которых позволяет предупреждать занос и распространение карантинных (конвенционных) болезней<sup>1</sup>. Слово «карантин» впервые было использовано в Венеции в 1127 году в отношении проказы. В XXI веке целые города и деревни попадали под действие карантина, например, в районах Китая и Канады во

<sup>1</sup> Медицинская энциклопедия. URL: [https://gufo.me/dict/medical\\_encyclopedia/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BD](https://gufo.me/dict/medical_encyclopedia/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BD)

время вспышки тяжелого острого респираторного синдрома в 2003 году, а во многих западноафриканских странах – во время вспышки Эболы в 2014 году.

Карантин часто является неприятным опытом для тех, кто проходит его. Разлука с близкими, потеря свободы, неопределенность в отношении статуса болезни и скука иногда могут приводить к драматическим последствиям. Люди, помещенные в карантин в качестве «контактных», сообщали о страхе, нервозности, печали, чувстве вины и замешательства [4]. В связи с этим потенциальные преимущества обязательного массового карантина необходимо тщательно взвешивать с учетом возможных психологических издержек [5].

К ожидаемым последствиям карантина (и связанных с ним социальных и физических мер дистанцирования) относятся усиление социальной изоляции и чувства одиночества [6], злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, азартные игры, домашнее насилие и жестокое обращение с детьми, а также психосоциальные риски (такие как социальная разобщенность, отсутствие смысла или аномия, киберзапугивание и кибермошенничество, финансовый стресс, тяжелая утрата, безработица, бездомность и разрыв отношений) [7–9]. Все это тесно связано с тревогой, депрессией и попытками самоубийства не только в кризисный период, но и на протяжении дальнейшей жизни [10; 11].

Появление COVID-19 похоже на вспышки близкородственных коронавирусов, ответственных за тяжелую эпидемию острого респираторного синдрома в 2003 году и так называемого ближневосточного респираторного синдрома в 2012 году. Хотя клинические проявления этих заболеваний не совпадают, причины заражения, эпидемиологические характеристики и способ быстрой передачи инфекции аналогичны [3]. Стоит ожидать и схожих эмоциональных и поведенческих реакций населения. Так,

вспышка атипичной пневмонии в 2003 году спровоцировала увеличение числа самоубийств среди людей старше 65 лет на 30% [12] (существуют подобные данные о всплеске суицидов после пандемии гриппа в 1918–1920 гг. [13]). Около 50% выздоровевших в 2003 году пациентов оставались тревожными, 29% медицинских работников испытывали эмоциональные расстройства [6; 11]. В то же время те, кто пережил тяжелое и угрожающее жизни заболевание, подвергались риску развития в будущем посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и депрессии [14; 15].

Согласно последнему исследованию [16], общая распространенность среди китайцев в период эпидемии COVID-19 тревожных симптомов составила 35%, депрессивных симптомов – 20%, а плохого качества сна – 18%<sup>2</sup>. При этом данные значительно превышают показатели аналогичного кросс-секционного эпидемиологического обследования, проведенного Huang с коллегами в 2019 году (лишь у 5% взрослых китайцев наблюдались симптомы тревожного расстройства, а у 3,6% – депрессивного [17]).

Группа ученых из Лондона под руководством J.P. Rogers и E. Chesney путем мета-анализа проанализировала 65 рецензируемых исследований и семь препринтов, в которых были включены более 3,5 тыс. случаев различных коронавирусов (в Китае, Гонконге, Южной Корее, Канаде, Саудовской Аравии, Франции, Японии, Сингапуре, Великобритании и США). Время наблюдения за пациентами после болезни варьировалось от 60 дней до 12 лет. Систематический обзор показал, что в период острого заболевания часто встречаются такие симптомы, как спутанность сознания (в среднем у 28% пациентов), подавленное настроение (33%), тревога (36%), нарушенная память (34%), а также бессонница (42%). В постболезненной стадии бессонница обнаружена у 12%, раздражительность – у 13%, депрессивное или тревожное расстрой-

<sup>2</sup> Опрошено 7236 респондентов с 3 по 17 февраля. Для оценки тревожных симптомов в анкету была включена китайская версия шкалы генерализованного тревожного расстройства-7 (GAD-7), для оценки симптомов депрессии – шкала Центра эпидемиологии депрессии (CES-D) в китайской версии, для оценки качества сна – шкала Питтсбургского индекса качества сна (PSQI).

ство – у 15%, ухудшение памяти и усталость – у 19%, травматические воспоминания – у 30%, симптомы ПТСР – у каждого третьего. Все бывшие пациенты страдали расстройством сна. Несмотря на это, три четверти переболевших смогли вернуться к работе в среднем через три месяца [18].

Примечательно, что после окончания периода карантина многие участники продолжают вести себя таким образом, чтобы избежать его повторения. Более половины сторонятся кашляющих и чихающих, четверть не посещают места скопления людей, а каждый пятый избегает любых общественных мест в течение нескольких недель после карантина [19]. Некоторые участники описывали долгосрочные изменения в поведении после карантинного периода, такие как бдительное мытье рук и избегание толпы, а для некоторых возвращение к нормальной жизни было отложено на многие месяцы.

Еще одна опасность инфекции COVID-19 заключается в ее воздействии на нервную систему человека, что тоже может повлечь за собой проблемы с психическим здоровьем. Упоминаемые нами ранее близкородственные COVID-19 коронавирусы являются биологически нейротропными и клинически нейротоксичными, вызывая неврологические расстройства [20–22]. Эпидемия испанского гриппа 1918–1919 гг. также была связана с резким ростом заболеваемости постэнцефалитическим паркинсонизмом [23].

Сейчас появляются свежие данные и о влиянии новой коронавирусной инфекции на нервную систему человека. Неврологические симптомы инфекции COVID-19 общие, разнообразны и часто тяжелые. В ретроспективном исследовании в Ухане у 36% пациентов наблюдались симптомы расстройства ЦНС, а у подгруппы из 88 пациентов с тяжелыми респираторными заболеваниями значительно увеличилась частота проблем ЦНС (45%) [24], включая головокружение, головную боль, потерю запаха (аносмия), потерю вкуса (агеусия), мышечную боль и слабость, на-

рушение сознания и цереброваскулярные осложнения [6]. Были получены доказательства наличия у пациентов отделения интенсивной терапии с новой коронавирусной инфекцией делирия (65%) и возбуждения (69%). У каждого пятого реанимационного пациента диагностировано измененное сознание (впоследствии они погибли). При выписке каждый третий пациент с COVID-19 имел диссективный синдром (возникающий в результате повреждения головного мозга и включающий когнитивные, поведенческие и эмоциональные реакции). На момент написания статьи зафиксировано два сообщения о гипоксической энцефалопатии и одно о возникшем энцефалите [18].

Итак, можно выделить следующие проявления разрушительного воздействия пандемии на психику человека: различные психоэмоциональные (повышенная тревожность, депрессия, нарушение сна, гнев, раздражительность, симптомы ПТСР), психоневрологические (вследствие воздействия вируса на ЦНС), физиологические, поведенческие реакции (агрессивное поведение, алкоголизм, игромания, суицидальные мысли и попытки), в т. ч. и избегающее поведение. Настораживает тот факт, что все эти реакции возникают не только на период пандемии, но и становятся «долгоиграющим» бременем, растянутым на годы и даже всю жизнь человека, а также могут привести к суициду.

К счастью, не все люди одинаково подвержены возникновению проблем с психическим здоровьем на фоне вспышки новой коронавирусной инфекции. Изучив многочисленные статьи зарубежных исследователей, можно выделить *факторы риска*, приводящие к психологическим последствиям пандемии.

**1. Наличие психического расстройства в анамнезе.** Лица с уже существующими проблемами психического здоровья относятся к наиболее уязвимой группе [1; 25; 26]. Повышенное чувство тревоги и депрессии у них в ответ на вспышки эпидемий отмечалось в исследованиях ранее [27].

Причины уязвимости душевнобольных в период пандемии следующие.

1. Психические расстройства могут повышать риск развития инфекционных заболеваний, в том числе пневмонии [28].

2. Дискриминация по признаку психического нездоровья способствует большему количеству препятствий в получении своевременной медицинской помощи. Кроме того, сочетанность психического расстройства и COVID-19 делает лечение более трудным и потенциально менее эффективным.

3. Эпидемия COVID-19 обусловила параллельно идущую эпидемию страха, тревоги и депрессии. Люди с психическими расстройствами значительно более подвержены эмоциональным откликам в силу высокой чувствительности к стрессу в сравнении с общей популяцией.

4. Многие люди с психическими расстройствами регулярно посещают амбулаторный прием в целях наблюдения и получения рецептов, что в условиях введенных мер становится практически неосуществимым [28]. Пациенты, стабильно принимающие лекарства, могут пострадать вследствие пропущенных визитов и логистических проблем с поставками [1].

5. Меры, принимаемые для снижения риска распространения вируса (использование защитной одежды и масок), могут непреднамеренно показаться угрожающими пациентам, испытывающим эмоциональное расстройство и имеющим параноидальные мысли, а также затруднять коммуникативные методы работы с данной категорией лиц [29].

6. Стационарные психиатрические учреждения могут быть устаревшими (следовательно, их трудно содержать в чистоте) и плохо снабженными оборудованием и персоналом, необходимыми для сдерживания инфекции.

7. Стремительное увеличение числа случаев заболевания COVID-19 и повышенный спрос на системы здравоохранения может привести к отвлечению ресурсов от пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе психическими расстройствами [1].

8. Подавляющее большинство врачей первичной медицинской помощи, работающих с COVID-19, не могут работать с нейрокогнитивными и психическими расстройствами [1].

Мишенями пандемии новой коронавирусной инфекции среди душевнобольных могут стать следующие пациенты. Лица с деменцией и болезнью Альцгеймера зачастую не в состоянии следовать рекомендациям органов общественного здравоохранения (гиgiene рук, закрывание рта и носа при кашле, поддержание физической дистанции и самоизоляции) вследствие апатии или депрессии, потери памяти и некоторых поведенческих симптомов (двигательное возбуждение и блуждание). К тому же люди с деменцией чаще страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом и пневмонией [1], что осложняет прогнозы по коронавирусу. Нефармакологические вмешательства в отношении деменции и болезни Альцгеймера включают социальные и физические контакты, которые в условиях изоляции становятся невозможными. Большинство пациентов не имеет возможности пользоваться электронными инструментами и программным обеспечением. Сокращаются и возможности социальной поддержки на дому. Люди с болезнью Альцгеймера относятся к числу лиц с самым высоким риском внутрибольничной инфекции [1].

Следующая группа риска – это люди, находящиеся в суицидальном кризисе. Они могут не обращаться за помощью, опасаясь, что службы перегружены и очные встречи могут поставить их под угрозу заражения [13].

У пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством, четверть из которых имеет такой симптом, как навязчивое мытье рук, может еще больше усилиться страх заразиться и негативные эмоциональные переживания.

Также может ухудшиться состояние людей, страдающих паническими атаками и другими тревожными расстройствами. Для тревожных расстройств важна не реальная угроза, а то, как внешние события воспри-

нимаются человеком. Ситуацию ухудшает постоянное обсуждение новостей. Люди в медицинских масках, пустые улицы, опустевшие полки магазинов, постоянное напоминание «сидите дома» и прочие непривычные стимулы увеличивают тревогу.

В период пандемии снижается доступность психиатрической и медико-психологической помощи лицам с психическими расстройствами и одновременно возрастает нуждаемость в ней (из-за массивного воздействия социально-стрессовых факторов). Нетрудно представить, к каким последствиям может привести длительная «самоизоляция» этой категории больных. Сравнение России с Западной Европой и США неуместно, так как телемедицина и телепсихиатрия, развитые за рубежом, остаются в нашей стране в зачаточном состоянии.

В области охраны психического здоровья слишком многое было либо разрушено, либо перестроено в течение многих лет, что сказалось теперь на уязвимых людях. Хотя ситуация с COVID-19 часто описывается как изменившая все, в некоторых случаях она просто акцентировала ранее существовавшие тенденции, включая пренебрежение средств массовой информации (СМИ), общественности и профессионалов к лицам, страдающим психическими заболеваниями, особенно в тяжелых формах [29].

**2. Трудовая деятельность в медицинских учреждениях,** в непосредственной близости к заболевшим является основным предиктором 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 решения, в т. ч. и с этической точки зрения [4], разлука с семьями, одиночество и физическая усталость. Интенсивность и продолжительность работы медиков в период эпидемий лишают их достаточного времени для отдыха и, как следствие, подвергают повышенному риску хронического стресса. В тяжелых случаях

могут даже возникать симптомы ПТСР, которые в значительной степени коррелируют с плохим сном [16].

Медицинские работники испытывают большую стигматизацию, чувство беспомощности, вины, одиночества, страха, гнева, все чаще демонстрируют избегающее поведение в будущем. У сотрудников больниц спустя 9 дней карантина по поводу SARS (тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС), или так называемой «атипичной пневмонии») в 2002–2003 гг. в Китае были выявлены симптомы острого стрессового расстройства [4]. Они значительно чаще сообщали об истощении, отстраненности от других, беспокойстве при общении с лихорадочными пациентами, раздражительности, бессоннице, плохой концентрации внимания и нерешительности, ухудшении производительности труда, желании уволиться [30]. Ряд исследований после вспышки ТОРС доказывает длительность негативных последствий карантина для психического здоровья медиков. Так, даже спустя три года после карантина и работы в условиях пандемии у данной группы были обнаружены симптомы посттравматического стресса [31], высоких депрессивных симптомов [32] и алкогольной зависимости [33].

Yeen Huang и Ning Zhao в период вспышки новой коронавирусной инфекции провели опрос более 7 тыс. жителей Китая, стремясь выявить наиболее уязвимые с точки зрения психологического благополучия группы. Согласно его результатам более остальных подвержены психологическому воздействию пандемии именно медицинские работники (симптомы тревожного расстройства выявлены у 36%, депрессивного – у 20%, плохого сна – у 24%) [16]. Исследование 1563 чел. медицинского персонала крупной университетской больницы (Гуанчжоу, Китай) в 2020 году показало, что среди опрошенных распространенность депрессии составила 51%, тревожности – 45%, бессонницы – 36%, сопутствующих стрессу симптомов – 74% [34].

В целом по различным данным симптомы депрессии в период эпидемических

вспышек испытывали от 9 до 51% медицинских работников, тревоги – 15–45%, нарушений сна – 8–36%, чрезмерного воздействия стресса 7–72%, ПТСР – 8–50%<sup>3</sup>. В итоге более 36% медицинского персонала имели подпороговые нарушения психического здоровья, 34,4% – легкие, 22,4% – умеренные, 6,2% – серьезные нарушения.

В свою очередь негативные эмоции, испытываемые сотрудниками, лечащими инфицированных, оцениваются ими как триггерные события, которые влекут ошибки и задержки в оказании помощи пациентам [35].

**3. Финансовые потери** во время пандемии вследствие введенной самоизоляции и карантина создают серьезные социально-экономические предпосылки для развития симптомов психологических расстройств, гнева и тревоги не только в данный период, но и спустя несколько месяцев [4].

Потеря работы, повлекшая финансовые трудности, является общепризнанным фактором риска самоубийств. Carlos Nordt и его коллеги (г. Цюрих, Швейцария) провели масштабное исследование статистических данных в 63 странах и выяснили, что риск самоубийств был повышен на 20–30% вследствие безработицы в 2010–2011 гг. (после экономического кризиса 2008 года) [36]. Они же рассчитали, что вследствие пандемии нового коронавируса сокращение рабочих мест составит от 5,3 млн (оптимистичный сценарий) до 24,7 млн (пессимистичный сценарий). Уровень безработицы в мире увеличится с 4,9 до 5,6%, что будет связано с возрастанием числа самоубийств на 9570 в год [37, с. 389]. Учитывая, что, по данным ВОЗ, каждое самоубийство в популяции сопровождается более чем 20 попытками, можно ожидать возрастания нагрузки на службы психического здоровья. Причем данные экономического кризиса 2008 года показали, что рост числа самоубийств предшествовал фактическому росту уровня безработицы [36].

**4. Недостоверная информация и повышенное внимание к ней** значительно усиливают негативное воздействие пандемии COVID-19 на психику людей.

Во время кризиса здравоохранения в период эпидемической вспышки новой инфекции (когда значительно возрастает нагрузка на систему здравоохранения, ощущается нехватка специалистов, лекарств, средств защиты) общественность зависит от средств массовой информации (СМИ), которые передают точную и актуальную информацию для принятия обоснованных решений относительно защитного поведения в отношении здоровья [38]. Люди склонны формировать точное восприятие риска, когда факты известны [39]. В отсутствие информации двусмысленность может привести к повышенной оценке угрозы. Когда официальные обновления информации в контексте вспышки болезни (например, H1N1) или терактов по каким-либо причинам не предоставлены, слухи распространяются вместе с психологическим дистрессом [40; 41]. Эти явления особенно актуальны для COVID-19, поскольку люди склонны воспринимать новые вирусные угрозы как более высокий риск по сравнению с более распространенными, такими как грипп [42].

Многие граждане во время вспышки коронавируса ссылались на некачественную информацию, полученную от органов общественного здравоохранения, как на источник стресса, сообщали о недостаточно четких руководящих принципах в отношении принимаемых мер и путанице в отношении цели карантина [4].

Многие исследования подчеркивают взаимосвязь между реакциями людей на событие и массивностью воздействия СМИ. Увеличение часов телевизионного воздействия в течение нескольких дней после кризисного события провоцировало развитие симптомов ПТСР и новых сердечно-сосудистых заболеваний в течение 2–3 последующих лет (после террористических атак

<sup>3</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)



11 сентября в США [43; 44]), рост уровня стресса (после взрывов в Бостоне, в сравнении с непосредственно пострадавшими от взрывов [45; 46]), усиление страха и повышение риска самоубийства [38].

Чрезмерное внимание к эпидемиологической информации во время вспышки может нанести вред психическому здоровью человека, особенно в группах высокого риска [16]. Исследование лиц, имеющих симптомы дисфункциональной тревоги в период вспышки новой коронавирусной инфекции, показало, что каждый пятый из них проводил за просмотром новостей 3–5 часов ежедневно, четверть – 5–7 часов, еще 20% – более 7 часов. При этом более двух третей (68%) опрошенных никогда ранее не страдали от тревоги и не обращались за ее лечением [47].

Социальные сети также могут быть источником быстро распространяемой дезинформации, усиливая чувство опасности. Тревога и неуверенность, в свою очередь, могут привести к дополнительному потреблению СМИ и дальнейшему страданию, создавая порочный замкнутый круг. Дистресс, подпитываемый СМИ, может способствовать поведению, негативно влияющему на систему здравоохранения (например, рост обращений и посещений отделений неотложной помощи) [6]. Поэтому ВОЗ предупреждает<sup>4</sup>, что постоянный поток новостей о вспышке болезни может вызвать у любого человека чувство тревоги и рекомендует населению запрашивать обновленную информацию в определенное время в течение дня у специалистов здравоохранения и избегать слухов.

**5.** Вынужденная изоляция в период пандемии COVID-19, материальные трудности, злоупотребление алкоголем становятся причиной возросшего числа случаев **домашнего насилия**, что влечет угрозу не только физическому, но и психическому здоровью. ООН

признала этот факт<sup>5</sup>. Люди в замкнутом пространстве вымещают тревогу и раздражение на своих близких, прежде всего на женщинах, детях и стариках. Так, в китайской провинции Хубэй число обращений в полицию по поводу межличностного насилия дома за время карантина выросло втрое, а во Франции только за неделю изоляции число случаев домашнего насилия увеличилось на треть. В Австралии люди стали вводить в поисковой строке Google запрос «что делать в ситуации домашнего насилия» на 75% чаще, в Бразилии – на 50%. В Дании, Испании, на Кипре женщины тоже начали чаще обращаться за помощью<sup>6</sup>. Бытовое насилие и потребление алкоголя значительно повышают риски суицида [13].

**6.** Данные о **социально-демографических факторах**, способствующих ухудшению психического здоровья, оказываются довольно противоречивыми в зависимости от используемых методик оценки психологического состояния человека. Ряд исследователей полагает, что повышают риск более молодой возраст, женский пол, наличие одного ребенка (напротив, наличие более трех детей увеличивает психологическую устойчивость) [48]. Во время распространения новой коронавирусной инфекции в Китае среди молодежи до 35 лет уровень психоэмоциональных расстройств (тревога – у 38%, депрессия – у 22%, плохой сон – у 18%) оказался выше, чем у более старшего поколения [16]. Y. Wang и коллеги, напротив, обнаружили повышенный риск тревожности у людей старше 40 лет (на 40% выше, чем у более молодых), у женщин – в три раза выше, чем у мужчин<sup>7</sup> [3]. Симптомы посттравматического стресса среди помещенных в карантин детей выше в четыре раза, у родителей – в 4,5 раза, чем у тех, кто не был принудительно изолирован [49]. Однако в большинстве исследований не выявлена корреляция

<sup>4</sup> Психическое здоровье и психосоциальные соображения во время вспышки COVID-19. 18 марта 2020 года. Информационное сообщение ВОЗ. URL: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af\\_10&ua=1](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_10&ua=1)

<sup>5</sup> URL: <https://www.un.org/ru/coronavirus>

<sup>6</sup> URL: <https://www.bbc.com/russian/features-52184701>

<sup>7</sup> Опрошено 600 респондентов в период с 6 по 9 февраля. В анкету включены шкалы Самооценочной тревожности (SAS) и Самооценочной депрессии (SDS), разработанные Зунгом.

неблагоприятных психологических исходов пандемии с полом и возрастом.

Отмечено, что показатели депрессии коррелируют с уровнем образования и профессией. Так, у магистров риск возникновения симптомов депрессивного расстройства на 40% больше, чем у бакалавров, а у специалистов и профессионалов – на 30% выше, чем у представителей рабочих специальностей и сферы услуг [3].

**7. Дополнительными стрессорами** при карантине, усугубляющими душевное благополучие граждан, могут стать следующие аспекты. Длительность карантина усиливает риски психических проблем, в частности провоцируя симптомы посттравматического стресса, избегающего поведения и гнева. Страх заражения своих родных и переживание собственных симптомов, схожих с COVID, у участников карантина значительно выше даже спустя несколько месяцев. Замкнутость, утрата привычного распорядка дня, разрушение социальных связей часто вызывали скуку, разочарование и чувство изоляции от остального мира, что очень огорчало участников. Недостаточные запасы основных предметов снабжения (например, еды, воды, одежды) во время карантина были источником разочарования, ассоциировались с тревогой и гневом даже спустя 4–6 месяцев после его окончания [4]. Неспособность получить регулярную медицинскую помощь и рецепты для многих также оказалась проблемой. Стигматизация людей, помещенных на карантин, провоцирует неблагоприятные психологические исходы. К таким людям относятся со страхом и подозрением, делают им критические замечания. В зарубежных и отечественных СМИ не раз мелькали сообщения о травле зараженных, попытках физической расправы над ними. Вышеперечисленное повышает риск самоубийства [13].

Дополнительным источником стресса на фоне пандемии в РФ стал перевод школ на новый для отечественной педагогической практики формат дистанционного обучения, затронувший школьников, их роди-

телей, студентов и педагогов, вызвавший волну негодования и нервного напряжения. Некоторые дети, оказавшись дома без присмотра вынужденных работать родителей и без наблюдения педагогов, были предоставлены сами себе. Все это, а также изменения и разрушение социальных сетей в период самоизоляции, повышает риск злоупотребления психоактивными веществами, азартными и компьютерными играми. Ряд авторов отмечает возрастающие проблемы психического здоровья в детском и подростковом возрасте на фоне распространения COVID-19 [13; 50; 51].

Хотя пандемия коронавирусной болезни 2019 года затрагивает все население, отдельные его слои будут испытывать ее воздействие по-разному. Учитывая рассмотренные нами факторы повышенного риска, можно выделить основные наиболее **уязвимые к психосоциальным последствиям пандемии группы**:

- заразившиеся COVID-19 и их семьи, находящиеся на карантине: большинство пациентов выздоравливают, не испытывая психических нарушений, но клиницисты должны быть осведомлены о возможности возникновения депрессии, тревоги, усталости, ПТСР и более редких нервно-психических синдромов в долгосрочной перспективе (они могут возникнуть вследствие прямого воздействия вируса на ЦНС либо опосредованно через иммунный ответ или медикаментозную терапию) [18];

- медицинские работники, оказывающие помощь инфицированным;

- люди с ранее существовавшими психиатрическими проблемами (в т. ч. аддикциями);

- жертвы домашнего насилия;

- люди с низким уровнем дохода, финансовой нестабильностью, безработные;

- одинокие, в т. ч. пожилые люди; последние особенно подвержены чувству одиночества вследствие изоляции и так называемого «цифрового разрыва»;

- социально изолированные группы населения, включая заключенных, бездомных и беженцев.

Таким образом, мы изучили факторы и группы риска развития неблагоприятных психологических исходов при вспышке новой коронавирусной инфекции. Проанализировав исследования о *путях сохранения психического здоровья* в условиях пандемии, предлагаем комплекс наиболее значимых из них, по мнению автора.

1. Национальные организации общественного здравоохранения должны **создать официальную, интегрированную, единую платформу консультирования** по вопросам психического здоровья для оказания психологической помощи нуждающимся людям в период пандемии [16]. Предоставление психологических консультаций возможно посредством электронных устройств и приложений.

Китай, не в первый раз пострадавший от эпидемии и ощутивший ее неблагоприятные психологические исходы, имеет свои наработки в области сохранения психического здоровья населения в кризисные периоды. Во время вспышки COVID-19 Национальная комиссия здравоохранения Китая выпустила Руководство по экстренному психологическому кризисному вмешательству для людей, пострадавших от COVID-19<sup>8</sup>. Были сформулированы принципы экстренных психологических вмешательств (на основе опыта вспышки атипичной пневмонии в 2003 году) и рекомендовано оказывать психиатрическую помощь инфицированным пациентам, медицинским работникам, ухаживающим за ними, близко контактирующим, предполагаемым пациентам, изолированным дома, а также семьям и друзьям пострадавших людей [52]. Так, специалисты в области психического здоровья ежедневно предоставляют населению бесплатные 24-часовые услуги, в том числе онлайн-когнитивную поведенческую терапию депрессии, тревоги и бессонницы (посредством WeChat). Лица, подверженные риску самоубийства, вычисля-

ются волонтерами путем мониторинга и анализа сообщений, размещенных на сайте Weibo, и получают квалифицированную помощь [34]. Некоторые страны Запада (например, Великобритания и США) также установили процедуры психологических кризисных вмешательств для борьбы с чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения [27]. Однако общее планирование, по мнению большинства исследователей, не является адекватным. Не существует авторитетной организации для развертывания и планирования мероприятий по психологическому вмешательству в различных регионах и подчиненных департаментах [53].

Поставщики медицинских услуг играют важную роль в решении эмоциональных проблем в рамках ответных мер на пандемию. Медицинские работники могут предлагать пациентам рекомендации по управлению стрессом и преодолению его последствий, связывать пациентов с социальными службами и службами психического здоровья [54]. Учитывая, что большинство случаев заболевания COVID-19 будет выявляться и лечиться в медицинских учреждениях работниками, практически не прошедшими подготовку в области психического здоровья, крайне важно, чтобы в этих учреждениях проводилась оценка и вмешательство в связи с психосоциальными проблемами. В идеале **интеграция служб психического здоровья в систему оказания помощи по линии COVID-19** должна решаться на организационном уровне посредством государственного и местного планирования [54]. Руководителям здравоохранения ВОЗ рекомендует<sup>9</sup> направить в учреждения, где лечат зараженных коронавирусом, соответствующий обученный и квалифицированный персонал с целью управления неотложными психическими расстройствами и неврологическими жалобами (например, бред, психоз,

<sup>8</sup> National Health Commission of China. A notice on the issuance of guidelines for emergency psychological crisis intervention in pneumonia for novel coronavirus infections. URL: <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467.shtml>

<sup>9</sup> Психическое здоровье и психосоциальные соображения во время вспышки COVID-19. 18 марта 2020 года. Информационное сообщение ВОЗ. URL: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af\\_10&ua=1](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_10&ua=1)

сильная тревога или депрессия) в условиях пандемии. Нужно обеспечить доступность основных непатентованных психотропных препаратов на всех уровнях медицинского обслуживания.

2. Необходимо **разработать стратегию обоснованной политики СМИ в отношении сообщений о пандемии**, т. к. вводящая в заблуждение информация неизбежно приводит к панике и депрессии [3].

Крайне важно решить и проблему влияния повторного потребления СМИ о COVID-19, чтобы помочь людям оставаться информированными с помощью авторитетных источников, а также предотвращать чрезмерное воздействие и смягчать эффект просмотра травматического контента [54; 55]. Медиапрофессионалы должны следить за тем, чтобы репортажи следовали за существующими событиями, и давать конкретные рекомендации. Психологический стресс, вызванный воздействием СМИ, не только приводит к непосредственным страданиям населения, уже столкнувшегося с беспрецедентными социальными и экономическими последствиями, но и влияет на физическое и психическое здоровье с течением времени [56].

Агентства по управлению чрезвычайными ситуациями, как правило, недостаточно используют социальные сети в качестве источника информации о рисках [38]. Стратегическое их использование (например, хэштеги) может быть эффективным способом донести точную информацию до общественности во время кризиса [57]. Новые СМИ, такие как Apple updates, Twitter, Instagram, (отечественные Telegram, VKontakte), могут с меньшей вероятностью подвергать людей воздействию графических изображений [41] и сенсаций. Однако и в социальных сетях может распространяться дезинформация, усиливая воспринимаемый риск и страх [58], что делает обязательным их ответственное использование.

Возросший риск суицидов на фоне пандемии также должен очень аккуратно затрагиваться в СМИ, для того чтобы снизить вероятность эффекта Вертера и не допу-

стить всплеска самоубийств (их число после освещения этой темы в СМИ может вырасти на 13% [59]).

3. Отдельного внимания заслуживают **мероприятия, направленные непосредственно на уязвимые группы**. Необходимо определить наилучшие способы получения психологической помощи для них, включая онлайн-клиники и общественную поддержку.

Одной из самых уязвимых групп являются душевнобольные люди. В период пандемии им рекомендуется найти способ дистанционной коммуникации с врачом на случай режима изоляции, карантина или госпитализации, иметь запас необходимых лекарств на 1–2 месяца вперед, не бояться обращаться за помощью к близким и друзьям (в т. ч. в социальных сетях), реже смотреть новости о коронавирусе [11].

В Китае существует несколько видов онлайн-игр в области психического здоровья, которые широко применялись для нуждающихся во время вспышки болезни [34]. Психотерапевтические услуги продвигаются в интернете гораздо быстрее. Однако не стоит забывать, что, хотя телемедицина может быть полезна уже состоявшимся пациентам, ее применение к новым заболевшим менее перспективно. Дистанционные сеансы для некоторых видов психотерапии подходят больше, для других – меньше [52].

В период пандемии зарубежные и отечественные психиатрические и наркологические учреждения были защищены от перепрофилирования под лечение больных новой коронавирусной инфекцией. Однако в их работе также произошли изменения с целью предотвратить распространение COVID-19: часть амбулаторных отделений второго и третьего уровней (по лечению перинатальной депрессии, расстройства пищевого поведения, гериатрической психиатрии, взрослого аутизма) были временно закрыты, их работа переведена в режим телефонных звонков и видеоконференций. Лекарства выписывались на двухнедельной основе. Усиленное внимание оказывалось лицам с тяжелыми психическими расстрой-

ствами, подверженным повышенному риску тяжелых исходов COVID-19 (включая лиц с сопутствующей артериальной гипертензией, диабетом, хронической обструктивной болезнью легких и ишемической болезнью сердца) [52; 60].

В период пандемии необходимо быстро обеспечить мероприятия по содействию психическому благополучию фронтовых медицинских работников, которые особенно уязвимы к эмоциональному стрессу. Профилактические мероприятия, такие как скрининг на наличие проблем с психическим здоровьем, психообразование и психосоциальная поддержка, должны быть сосредоточены на этих и других группах риска неблагоприятных психосоциальных исходов [54]. Очень важно, чтобы медицинские работники, находящиеся на карантине, чувствовали поддержку своих ближайших коллег. Это способствует сохранению их психического здоровья [4]. ВОЗ рекомендует<sup>10</sup> медработникам оставаться на связи с близкими, в том числе с помощью цифровых методов.

Другой уязвимой в плане психического здоровья в период карантина и изоляции группой являются жертвы домашнего насилия. Крайне важно определить и оценить методы поддержки лиц, подвергающихся риску жестокого обращения дома [6].

Одним из направлений деятельности должна стать разработка инновационных универсальных мероприятий для решения проблем одиночества и поиска друзей. Отслеживание одиночества, раннее вмешательство и поощрение чувства принадлежности являются потенциальными механизмами защиты от эмоциональных проблем, самоповреждений и самоубийств [6]. В свете расширяющегося экономического кризиса и многочисленных неопределенностей, связанных с пандемией, могут возникнуть суицидальные идеи, которые потребуют немедленной консультации с психиатром или направления на возможную экстрен-

ную психиатрическую госпитализацию [54]. Обеспечение свободного доступа к научно обоснованным онлайн-ресурсам и мероприятиям в масштабах всего мира может принести пользу психическому здоровью населения [13].

Почему важно использовать именно этот сложный период для продвижения профилактики самоубийств? Во-первых, в настоящее время люди больше говорят о депрессии, тревоге и суицидальных идеях, что снижает стигматизацию. Во-вторых, они понимают важность социальной поддержки и склонны согласиться ее принять. Наконец, люди, подверженные риску самоубийства, теперь могут получить психологическую помощь в интернете. Медицинское сообщество должно убедиться, что интернет-провайдеры могут оценить риск самоубийства и обеспечить конкретные меры по его профилактике [61].

Не стоит забывать, что наиболее уязвимые группы, пережившие чрезвычайные ситуации, имеют различные степени стрессовых расстройств, даже после того как событие закончилось или они были выписаны и выписаны из больницы. Это указывает на то, что они не должны быть проигнорированы и в будущем [50; 51].

4. Крайне важно осознавать социально-экономические последствия политики, проводимой для борьбы с пандемией, которые неизбежно приведут к серьезным последствиям для психического здоровья в результате роста уровня безработицы, финансовой незащищенности и нищеты [10; 62]. Напомним, что увеличение числа самоубийств предшествует фактическому росту уровня безработицы [36]. В связи с этим правительства государств должны **обеспечивать нуждающимся финансовую поддержку**. Необходимо учитывать не только текущее положение людей, но и их будущее.

Люди с низкими доходами чаще страдают от временной их потери, чем люди с более высокими доходами, поэтому они

<sup>10</sup> Психическое здоровье и психосоциальные соображения во время вспышки COVID-19. 18 марта 2020 года. Информационное сообщение ВОЗ. URL: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af\\_10&ua=1](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_10&ua=1)

нуждаются в дополнительном уровне поддержки. Должно быть обеспечено финансовое возмещение и разработаны программы оказания финансовой поддержки различным группам населения в течение всего карантинного периода. В России в период пандемии было принято множество эффективных мер поддержки населения и бизнеса.

**5. Пропаганда здорового образа жизни.** Регулярные занятия физической культурой и спортом повышают качество сна, настроение, адаптивные силы организма, его стрессоустойчивость.

Запрет на продажу алкоголя в период пандемии мог бы стать эффективным методом борьбы с ростом заболеваемости и смертности по причине алкоголизма, а также случаев домашнего насилия и суицида.

6. Отдельного внимания заслуживают меры по **смягчению негативного воздействия карантина на психику людей**, т. к. именно вынужденная изоляция провоцирует большинство психологических последствий. К мерам относятся: 1) ограничение продолжительности карантина; 2) обеспечение достоверной и подробной информацией о заболевании и причинах карантина; 3) организация адекватного снабжения помещенных на карантин домохозяйств; 4) поддержка практическими советами по борьбе со стрессом (наличие телефонной горячей линии или онлайн-поддержки); 5) усиление альтруизма («карантин помогает обеспечить безопасность других»).

В целом психологическое воздействие карантина является широким, существенным и может быть длительным. Это не означает, что данная мера не должна использоваться, т. к. последствия отказа от карантина могут оказаться еще хуже. Однако лишение людей свободы для более широкого общественного блага часто становится спорным вопросом и требует осторожного подхода. Если карантин необходим, то чиновники должны принять все меры для того, чтобы этот опыт был максимально терпимым для людей [4].

7. Чтобы оценить масштаб последствий пандемии COVID-19 для психического здоровья населения и предотвратить их возникновение, необходимы **новейшие научные исследования** [11].

Можно выделить четыре основных приоритета научных исследований:

**1. Сбор высококачественных данных о воздействии пандемии COVID-19 на психическое здоровье всего населения и уязвимых групп**

Как мы уже неоднократно отмечали, главным неблагоприятным последствием пандемии COVID-19 будет усиление социальной изоляции и одиночества, которые тесно связаны с тревогой, депрессией, самоповреждением и попытками самоубийства на протяжении всей жизни. Для борьбы с ним исследователи призывают проводить мониторинг и сообщать о данных показателях как среди широких слоев населения, так и среди уязвимых групп. Чтобы оптимизировать эффективность психологического вмешательства, нужно понимать факторы и механизмы воздействия пандемии на группы риска. Единого для всех ответа будет недостаточно, поскольку эффективность мероприятий может варьироваться в зависимости от группы населения [11].

Мониторинг должен выходить за рамки официальной статистики об уровне заболеваемости и смертности в обществе, поскольку, например, суицидальное поведение имеет латентные формы, как и домашнее насилие. Мы должны использовать наборы статистических данных и лонгитюдные исследования, а также создавать новые когорты с новыми способами регистрации, включая детальные психологические факторы [6; 63]. Лонгитюдные исследования, особенно если они начаты до или вскоре после возникновения нынешней пандемии, будут иметь решающее значение для установления зачастую сложных биологических и социальных путей между инфекцией и исходами для психического здоровья населения.

В контексте COVID-19 психосоциальная оценка и мониторинг должны включать во-

просы о связанных с пандемией стрессорах, о вторичном ущербе (например, экономические потери), о психосоциальных последствиях (депрессия, тревога, психосоматические симптомы, бессонница, злоупотребление психоактивных веществ и алкоголя, насилие в семье) и индикаторах уязвимости (таких как ранее существовавшие физические или психологические проблемы) [54]. В Китае с появлением COVID-19 с целью обследования психического здоровья осуществлено более 140 исследований (онлайн-опросов) среди различных групп населения в разных провинциях [34].

Разработка и использование скринингов психического здоровья для обнаружения психопатологии у населения (для предупреждения перегрузки экстренных служб) становятся важным шагом в борьбе с пандемией COVID-19. Первым опубликованным маркером психопатологии, связанной с COVID-19, подтвержденным на большой выборке взрослых, является Коронавирусная шкала тревожности (CAS), разработанная Sherman с коллегами в марте 2020 года<sup>11</sup> для выявления вероятных случаев дисфункциональной тревожности в связи с пандемией [43].

Также исследователи могут использовать общедоступные «большие данные» (например, локализованные твиты) для оценки усилий местных агентств по информированию о рисках [57].

Будущие исследования должны систематически оценивать распространенность психиатрических симптомов у пациентов с коронавирусными инфекциями, поэтому весьма актуальным становится создание проспективной когорты COVID-положительных пациентов.

Важно будет установить, коррелируют ли маркеры тяжести инфекции с психиатрическими проявлениями. Исследования иммунореактивности к вирусу COVID-19 в психиатрических популяциях с использованием серологических мер, как только

они будут доступны, дадут представление о том, является ли инфекция фактором риска, связанным с развитием психических расстройств.

## **2. Поиск путей смягчения последствий пандемии COVID-19 для психического здоровья представителей уязвимых групп**

Необходимы исследования для развития позитивных социальных и личностных ресурсов, жизнестойкости, альтруизма и просоциального поведения [6]. Работы в области использования удаленных ресурсов психического здоровья (например, цифровые клиники) для эффективного управления проблемами психического здоровья адаптивным и гибким образом весьма актуальны и перспективны с практической точки зрения [64].

Совершенствование систем мониторинга и быстрое внедрение основанных на фактических данных программ и методов лечения, к которым можно получить удаленный доступ, являются эффективными мерами сохранения психического здоровья во время пандемии [11].

## **3. Анализ и оценка влияния СМИ в условиях пандемии**

Многие вопросы, касающиеся эффективной коммуникации и рисков во время кризиса общественного здравоохранения, особенно в отношении использования социальных сетей, также нуждаются в дальнейшем исследовании [38]. Полученные ответы необходимы для обоснования будущих подходов, включая стратегии, помогающие людям оставаться информированными авторитетными источниками, предотвращать чрезмерное воздействие СМИ [6].

## **4. Сбор данных о функциях мозга, когнитивных способностях и психическом здоровье пациентов с COVID-19**

Исходя из более глубокого понимания воздействия вирусной инфекции на нервную систему и более точных биомаркеров функции головного мозга у пациентов с COVID-19, нужно разработать меры вмеша-

<sup>11</sup> 13–17 марта в США проведено онлайн-анкетирование 775 взрослых, которые испытывали значительную тревогу, страх и беспокойство по поводу вспышки коронавируса и в течение последних двух недель не менее одного часа в день тратили на просмотр СМИ о пандемии и размышления о ней.

тельства для прерывания или предотвращения неблагоприятного биологического воздействия новой коронавирусной инфекции на функцию мозга и психическое здоровье населения.

Необходима слаженная работа представителей всех наук о психическом здоровье (психология, психиатрия, клиническая медицина, неврология, поведенческие и социальные науки) в междисциплинарном формате с привлечением людей с живым опытом решения проблем психического здоровья и COVID-19 [6]. Следует понять и изучить общественные психологические состояния в это бурное время, что имеет практическое значение [3]. Приоритетные направления исследований по социальным, психологическим и нейробиологическим аспектам этой пандемии должны координироваться на национальном и международном уровнях. Результаты непосредственных исследований могли бы помочь в разработке мер реагирования на будущие волны инфекции или пандемии.

### **Заключение**

В представленной работе проанализированы многочисленные исследования влияния эпидемий и кризисных ситуаций на психику людей (коронавирусные инфекции 2003 и 2012 гг., «испанка» 1918–1920 гг., Эбола в 2015 году, теракты 9/11 и на Бостонском марафоне), а также зарубежные статьи о COVID-19, изданные в феврале – мае 2020 года.

На основании их глубокого анализа получены ответы на ряд вопросов. Каким образом COVID-19 разрушает психическое здоровье и в чем это проявляется? На кого пандемия оказывает большее влияние и почему? Как можно предотвратить ее негативное воздействие и сохранить психическое здоровье в период борьбы с вирусом? Какие направления научных исследований по данной проблеме особенно актуальны в ближайшем будущем?

Таким образом, проведенная работа позволила оценить глубину, масштабы и длительность разрушительного воздействия пандемии COVID-19 на общественное психическое здоровье. Многие люди становятся уязвимыми к психическим расстройствам и суицидальному поведению. Согласно заключениям экспертов до 70% населения земного шара потенциально может нуждаться в психологической помощи в период распространения COVID-19<sup>12</sup>, причем последствия для психического здоровья будут проявляться дольше и достигнут своего пика позже, чем сама пандемия. Следует подготовиться принять меры по их минимизации и нейтрализации. При этом интеграция работы органов власти, конкретных ведомств (здравоохранения, социальной защиты, образования, культуры и др.) должна осуществляться в соответствии с сопровождением качества жизнедеятельности, уровнем человеческого потенциала и человеческого капитала как ведущей составляющей национального богатства любого государства и самым главным фактором экономического роста. Особенно значим тот факт, что национальное богатство в качестве экономической категории одновременно выступает и как результат, и как ресурс социально-экономического развития, в процессе которого создаются материальные и духовные ценности.

### **Ограничения и перспективы исследования**

Выполненная работа представляет собой теоретическое обоснование следующего социологического этапа исследования с целью выявления дополнительной информации о стрессорах в период пандемии, индикаторах уязвимости, социально-психологических и социально-экономических потерях, способах преодоления стресса населением. Ее итогом станут конкретные рекомендации органам здравоохранения и социальной защиты, СМИ и общественности по сохранению психического здоровья граждан в период пандемий.

<sup>12</sup> Axelrod J. Coronavirus may infect up to 70% of world's population, expert warns. March 2, 2020. URL: <https://www.cbsnews.com/news/coronavirus-infection-outbreakworldwide-virus-expert-warning-today-2020-03-02>



## ЛИТЕРАТУРА

1. 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, vol. 28. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748120302943?via%3Dihub>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.010>
2. Manderson L., Levine S. COVID-19, Risk, Fear, and Fall-out. *Medical Anthropology. Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 2020, vol. 39. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2020.1746301>. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1746301>
3. 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*. Published online: 30 Mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
4. 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)
5. Rubin G.J., Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*, 2020, vol. 368, pp. 313. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
6. Holmes E., O'Connor R., Perry V.H, Tracey I., Wessely S., Arseneault L. [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. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
7. O'Connor R.C., Nock M.K. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 2014, vol. 1, pp. 73–85. DOI: [10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
8. John A., Glendenning A.C., Marchant A. [et al.]. Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: systematic review. *J. Med. Internet Res.*, 2018, vol. 20, pp. 129.
9. Turecki G., Brent D.A., Gunnell D. [et al.]. Suicide and suicide risk. *Nat. Rev. Dis. Primers*, 2019, vol. 5, p. 74. DOI: [10.1038/s41572-019-0121-0](https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0)
10. Barr B., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A., McKee M., Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*, 2012, vol. 345. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.e5142>
11. Mahase E. Covid-19: Mental health consequences of pandemic need urgent research. *BMJ*, 2020, vol. 369. Available at: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1515>. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m15152020>
12. 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, pp. 1231–1238. DOI: [10.1002/gps.2056](https://doi.org/10.1002/gps.2056)
13. Gunnell D., Appleby L., Arensman E., Hawton K., John A., Kapur N. [et al.]. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7, pp. 468–471. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
14. Tsang H.W., Scudds R.J., Chan E.Y. Psychosocial impact of SARS. *Emerg. Infect. Dis.*, 2004, vol. 10, pp. 1326–1327. DOI: [10.3201/eid1007.040090](https://doi.org/10.3201/eid1007.040090)
15. Nickell L.A., Crighton E.J., Tracy C.S. [et al.]. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ*, 2004, vol. 170, pp. 793–798. DOI: [10.1503/cmaj.103107](https://doi.org/10.1503/cmaj.103107)
16. 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*. Published online: 14 Apr., 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1754438>

17. Huang Y., Wang Y., Wang H., Liu Z., Yu X., Yan J., Yu Y., Kou C., Xu X., Lu J., Wang Z., He S., Xu Y., He Y., Li T., Guo W., Tian H., Xu G., Xu X., Ma Y., Wu Y. 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)
18. Rogers J.P., Chesney E., Oliver D., Pollak T.A., McGuire Ph., Fusar-Poli P., Zandi M.S., Lewis G., David A.S. 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. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0). Published on-line: May 18, 2020. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30203-0/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_etoc\\_email](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30203-0/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email)
19. Reynolds D.L., Garay J.R., Deamond S.L., Moran M.K., Gold W., Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol. Infect.*, 2008, vol. 136, pp. 997–1007.
20. 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.
21. 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
22. 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
23. McCall S., Vilensky J.A., Gilman S., Taubenberger J.K. The relationship between encephalitis lethargica and influenza: a critical analysis. *J. Neurovirol.*, 2008, vol. 14, pp. 177–185.
24. Mao L., Wang M., Chen S. [et al.]. Neurological manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.*, 2020. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2764549>. Published online: April 10, 2020. DOI: 10.1001/jamaneurol.2020.1127
25. 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
26. Cacioppo J.T., Hughes M.E., Waite L.J., Hawkey 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
27. Roberts A.R. *Crisis intervention handbook: assessment, treatment, and research*. 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 2005. 872 p.
28. 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), p. 21. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
29. Mental health and COVID-19: change the conversation. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7, p. 463. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30194-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30194-2)
30. Bai Y., Lin C.C., Lin C.Y., Chen J.Y., Chue C.M., Chou P. 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
31. Wu P., Fang Y., Guan Z. [et al.]. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can. J. Psychiatry*, 2009, vol. 54, pp. 302–311. DOI: 10.1177/070674370905400504

32. 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
33. Wu P., Liu X., Fang Y. [et al.]. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol*, 2008, vol. 43, pp. 706–712. DOI: 10.1093/alcalc/agn073
34. 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), pp. 17–18. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
35. 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>
36. 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.
37. Kawohl W., Nord C. COVID-19, unemployment, and suicide. *The Lancet psychiatry*, 2020, vol. 7 (5), pp. 389–390. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30141-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30141-3)
38. 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
39. Fischhoff B., Wong-Parodi G., Garfin D.R., Holman E.A., Silver R.C. Public understanding of Ebola risks: Mastering an unfamiliar threat. *Risk Analysis*, 2018, vol. 38, pp. 71–83. DOI: <https://doi.org/10.1111/risa.12794>
40. Taha S.A., Matheso, K., Anisman H. H1N1 was not all that scary: Uncertainty and stressor appraisals predict anxiety related to a coming viral threat. *Stress and Health*, 2014, vol. 30, pp. 149–157. DOI: <https://doi.org/10.1002/smi.2505>
41. Jones N.M., Thompson R.R., Dunkel Schetter C., Silver R.C. Distress and rumor exposure on social media during a campus lockdown. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2017, vol. 114, pp. 11663–11668. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1708518114>
42. Hong S., Collins A. Societal responses to familiar versus unfamiliar risk: Comparisons of influenza and SARS in Korea. *Risk Analysis*, 2006, vol. 26, pp. 1247–1257. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2006.00812.x>
43. Silver R.C., Holman E.A., Andersen J.P., Poulin M., McIntos D.N., Gil-Rivas V. Mental- and physical-health effects of acute exposure to media images of the September 11, 2001, attacks and the Iraq War. *Psychological Science*, 2013, vol. 24, pp. 1623–1634. DOI: <https://doi.org/10.1177/0956797612460406>
44. Holman E.A., Silver R.C., Poulin M., Andersen J., Gil-Rivas V., McIntosh D.N. Terrorism, acute stress, and cardiovascular health: A 3-year national study following the September 11th attacks. *Archives of General Psychiatry*, 2008, vol. 65, pp. 73–80. DOI: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.6>
45. Holman E.A., Garfin D.R., Silver R.C. Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2014, vol. 111, pp. 93–98. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1316265110>
46. 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>
47. 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
48. 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

49. Sprang G., Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med. and Public Health Prep.*, 2013, vol. 7, pp. 105–110. DOI: 10.1017/dmp.2013.22
50. 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
51. 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
52. Isolation and inclusion. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (5), pp. 371. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30156-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30156-5)
53. Dan L., Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet psychiatry*, 2020, vol. 7 (4), pp. 300–302. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
54. Pfefferbaum B., North C.S. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2008017. Published online: 13 Apr., 2020. Available at: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2008017>
55. Thompson R.R., Garfin D.R., Holman E.A., Silver R.C. Distress, worry, and functioning following a global health crisis: A national study of Americans responses to Ebola. *Clinical Psychological Science*, 2017, vol. 5, pp. 513–521. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702617692030>
56. Garfin D.R., Holman E.A., Silver R.C. Cumulative exposure to prior collective trauma and acute stress responses to the Boston marathon bombings. *Psychological Science*, 2015, vol. 26, pp. 675–683. DOI: <https://doi.org/10.1177/0956797614561043>
57. Lachlan K.A., Spence P.R., Lin X., Najarian K., Del Greco M. Social media and crisis management: CERC, search strategies, and Twitter content. *Computers in Human Behavior*, 2016, vol. 54, pp. 647–652. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.05.027>
58. Ng Y.J., Yang Z.J., Vishwanath A. To fear or not to fear? Applying the social amplification of risk framework on two environmental health risks in Singapore. *Journal of Risk Research*, 2018, vol. 21, pp. 1487–1501. DOI: <https://doi.org/10.1080/13669877.2017.1313762>
59. Niederkrotenthaler T., Braun B., Pirkis J., Till B., Stack S. [et al.]. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2020, vol. 368, p. 575. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>
60. D'Agostino A., Demartini B., Cavallotti S., Gambini O. Mental health services in Italy during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (5), pp. 385–387. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30133-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30133-4)
61. Klomek A.B. Suicide prevention during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7 (5), p. 390. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30142-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30142-5)
62. Frاسquilho D., Matos M.G., Salonna F. [et al.]. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 2016, vol. 16, pp. 1–40. DOI: 10.1186/s12889-016-2720-y
63. Holmes E.A., Ghaderi A., Harmer C.J. [et al.]. The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 2018, vol. 5, pp. 237–286. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30513-8
64. Wind T.R., Rijkeboer M., Andersson G., Riper H. The COVID-19 pandemic: the «black swan» for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interv.*, 2020, vol. 20. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782920300464?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.invent.2020.100317

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ**

Юлия Евгеньевна Шматова – кандидат экономических наук, научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Вологодский научный центр Российской академии наук». Российская Федерация, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: ueshmatova@mail.ru

**Shmatova Yu.E.**

**IMPACT OF COVID-19 ON MENTAL HEALTH OF POPULATION  
(AS AN INDICATOR OF HUMAN POTENTIAL):  
EXPERIENCE OF FOREIGN STUDIES**

*The spread of a new coronavirus infection impacted the whole world. Government measures of imposing forced isolation to prevent the spread of the virus has caused numerous long-term consequences for the population's physical and mental health, living standards, human potential, and, therefore, for the economy itself. Foreign countries had encountered the pandemic before Russia, so they managed to conduct studies on various aspects of the COVID-19 impact on people's mental health and to publish the results (mostly online). In this article, on the basis of a deep analysis and foreign experience generalization, the author identified primary negative manifestations of the pandemic in an area of mental health (mood deterioration, sleeping disorders, anxiety growth, depressive disorders, alcoholism, interpersonal violence, suicidal and avoidant behavior). Major risk factors of adverse psychological outcomes were studied and structured. On this basis, the most vulnerable groups were identified (COVID-positive people and their family members, mentally ill people, doctors, financially disadvantaged and unemployed people, victims of domestic violence, single and older people). According to the results obtained, main ways of minimizing the negative impact of the pandemic were formulated: organization of a unified, integrated platform for psychological counseling; responsible usage of media while discussing issues related to the pandemic; organization of assistance to risk groups (including remote help); provision of financial support for the population during a crisis period; promotion of a healthy lifestyle; mitigation of a quarantine's negative impact. Research is an important area for reducing a psychological burden of COVID-19. Monitoring of indicators of anxiety and depression, suicidal behavior, factors and mechanisms of the pandemic impact on risk groups, longitudinal studies, including risk groups, become particularly relevant.*

*COVID-19, mental health, human potential, anxiety and depressive disorders, suicide, mental disorders, medical professionals, living standards, media, domestic violence.*

**INFORMATION ABOUT THE AUTHOR**

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