

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии человека»  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»

Бронский В.И., Толканец С.В., Бронская К.В., Гаврилюк Е.Н.  
ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ  
ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
Практическое пособие для врачей

Гомель 2025

Авторы:

докт.мед.наук, доцент, доцент кафедры общей и клинической фармакологии УО «Гомельский государственный медицинский университет» Бронский В.И.

канд.мед.наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии, психотерапии, медицинской психологии, курсом ФПКиП УО «Гомельский государственный медицинский университет» Толканец С.В.

старший научный сотрудник отраслевой лаборатории научно-диагностических исследований ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» Бронская К.В.

врач-психотерапевт терапевтического отделения консультативной поликлиники ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» Гаврилюк Е.Н.

Рецензенты:

докт.мед.наук, профессор, заместитель директора по научной работе ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» Мицура В.М.

докт.мед.наук, профессор, профессор кафедры психологии образования и развития личности Института психологии Белорусского государственного педагогического университета им.М.Танка Игумнов С.А.

докт.мед.наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии с курсом повышения квалификации и переподготовки УО «БГМУ» Копытов А.В.

### **Бронский В.И.**

Постковидный синдром: психопатологическая диагностика, профилактика и лечение. Практическое пособие для врачей / В.И.Бронский, С.В.Толканец, К.В. Бронская, Е.Н.Гаврилюк – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2025. – 36 с.

В пособии обобщены исследования авторов о психопатологических состояниях при постковидном синдроме, их этиопатогенезе, клинической диагностике. В работе использована методология экологической психиатрии. В результате показаны социально-стрессовые триггеры постковидного синдрома, главный из которых – «коронафобия». Показаны особенности острого и хронического течения постковидного синдрома и роль диссомнии в его структуре. Определена направленность профилактики и тактика лечения.

Пособие адресовано врачам терапевтам, инфекционистам, врачам общей практики, неврологам, психиатрам, клиническим фармакологам, организаторам здравоохранения.

Рекомендовано к изданию решением Ученого совета ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ»  
протокол № 10 от 28.11.2025 г.

УДК 616.98:578.834.1:616.89-08:614.4(075.8)

ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2025

## Содержание

Список сокращений .....	4
1. Постковидный синдром с позиций экологической психиатрии .....	5
2. Диагностика психопатологических состояний при постковидном синдроме.....	8
2.1. Оценка стадий постковидного синдрома с позиций экологической психиатрии.....	9
2.2. Диссомния в структуре постковидного синдрома.....	16
3. Профилактика.....	19
3.1. Профилактика постковидного синдрома.....	19
3.2. Вакцинация и приверженность прививкам .....	21
4. Лечение психопатологических состояний на разных стадиях развития постковидного синдрома .....	24
5. Заключение .....	28
6. Список использованной литературы .....	32
Приложение .....	34

## Список сокращений

- КФ – группа лиц с острой стадией постковидного синдрома
- ПКС – группа лиц с хронической стадией постковидного синдрома
- НПР – группа сравнения с хронической стадией постковидного синдрома получающих лечение
- КГ – контрольная группа
- СИОЗС – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

## 1. Постковидный синдром с позиций экологической психиатрии

Пандемия COVID-19, характеризующаяся высокой смертностью, породила существенное психическое напряжение (психический стресс) у населения. Также существенной оказалась неготовность здравоохранения к сложившейся чрезвычайной ситуации. Организационные меры защиты касались изоляции, ограничений контактов и передвижений. Масочно-перчаточный режим носил рестриктивный характер и усугубил психическое напряжение. В системе здравоохранения отсутствовал запрос на стресс-протективные меры. Суммация множественных патогенных обстоятельств создала в популяции гнетущую атмосферу и феномен «коронафобии».

Лишь к концу 2021, началу 2022 года появились публикации о стрессогенном влиянии COVID-19 на популяцию, с манифестацией симптомов астенического, аффективного и соматоформного характера у пострадавшего населения. Проблематика получила признание мирового сообщества, ВОЗ приняла определение постковидного синдрома U09.9 МКБ-10 [1]. Симптоматика последнего представлена сочетанием трех групп симптомов: слабости с телесными болями и перепадами настроения, когнитивными нарушениями и продолжающимися респираторными проблемами в виде неудовлетворенности вдохом. Встречается чаще у женщин, и у 90% перенесших COVID-19 в нетяжелой форме [2].

Наши работы начинались с изучения последствий чернойбыльской катастрофы [3], затем пандемии COVID-19 [4-9] и опирались на концепцию социально-стрессовых расстройств [10], фундаментальные исследования по нейрофизиологии Судакова К.В. [11]. Название его монографии «Сосудистое эхо эмоционального стресса» могло бы стать эпиграфом к настоящей публикации. Во всех наших работах использовалась сложившаяся концепция экологической психиатрии [12,13].

Понятие экологической психиатрии определено достаточно четко как специальный раздел психиатрии, предметом которого являются особенности

отклонения психического здоровья в связи с антропогенными и природными изменениями и особыми условиями окружающей среды, к чему человек не был эволюционно подготовлен. В первую очередь, речь идет о воздействии средств массовой информации, которые формируют социальные мифы и стереотипы. Концепция экологической психиатрии применима и к ковидной проблематике, которая, как и радиационная, имеет долговременные последствия и соответствует специальности «безопасность в чрезвычайных ситуациях».

Таким образом, многоуровневый подход определяет методологию экологической психиатрии. При этом оценка уровней здоровья – клинико-психопатологического, соматического и социального соответствует критериям здоровья человека по ВОЗ – психического, физического и социального благополучия.

Опыт изучения последствий чернобыльской аварии выявил переоценку роли радиационного фактора, при игнорировании социального напряжения, обостренного восприятия населением темы радиации, что привело к образованию феномена радиационной фобии. На этом фоне явно недооценивалось очевидное и масштабное влияние социально-стрессового фактора (генерализованной боязни). На материале чернобыльской катастрофы создана модель патогенеза психосоматической патологии (рис.1) [1].

На рисунке показаны этапы формирования психосоматической патологии. В сложных условиях, резко изменившихся условиях окружающей среды организм претерпевает адаптивные изменения. Содержанием последних являются реакции психического перенапряжения с отдельными симптомами раздражительности, тревожности и избыточного вегетативного обеспечения. Кратковременные адаптивные реакции обычно обратимы, а степень и продолжительность зависят от ресурсов организма – личностных, психофизиологических и генетических. В ситуации запредельного напряжения адаптивные реакции извращаются и приобретают

характеристики дистресса. Срыв адаптации проявляется в его психической составляющей – психическом барьере адаптации и развитии нервно-психических расстройств, с последующим формированием психосоматических и соматических расстройств, прежде всего, системы кровообращения (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и головного мозга).



Рис.1 Патогенетическая модель психосоматической патологии

С 2022 г. проводилось изучение психогенных (социально-стрессовых) расстройств при чрезвычайной ситуации пандемии с выделением морбидных групп. Полученные данные совпали с клиническими симптомами ВОЗ по постковидному синдрому. С начала 2023 г. обследована группа пациентов, наблюдающихся у терапевтов с диагнозом постковидный синдром.

Проводилось изучение постковидного синдрома у 178 человек (женщин – 124, мужчин – 54).

В исследовании использовалась квантифицированная карта (Удостоверение на рацпредложение ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» №1273 от 21.12.2022) с ранжированием социально-средовых факторов и с ведущим клиничко-психопатологическим разделом (Приложение). Для объективизации

использованы психометрические параметры тревожности и вегетативного обеспечения. Оценка постковидного синдрома согласована с критериями МКБ-10. Ввиду важности проблемы изучалась приверженность прививкам при постковидном синдроме у обследуемых, как осознанная необходимость мер, согласованных с врачебными рекомендациями и готовность к их выполнению. Данная часть исследования посвящена изучению психологических мотивов приверженности прививкам как профилактики самой инфекции, так и постковидного синдрома.

Сложность оценки постковидного синдрома определялась многоуровневой природой экстремальной ситуации. Характер и объем ведущего патогенного фактора (страх, боязнь) носит информационно-психологический характер. Важными являются: доминанта повседневной угрозы, вовлечение всех слоев общества, генерализация опасений, вынужденное ограничение поведения, всё это обусловило феномен «коронафобии». Особенностью подобного социального стрессора является реальная угроза смерти, в сравнении с радиофобией чернойбыльской катастрофы. Другой особенностью является резкое, в сравнении с чернойбыльской катастрофой, формирование страха, что придает остроту событию, массовый охват населения, и обуславливает ускоренное развитие психосоматического процесса (рис.1), запускает формирование психосоматических болезней, прежде всего гипертонической болезни и сахарного диабета 2 типа.

## **2. Диагностика психопатологических состояний при постковидном синдроме**

Соответственно сложному характеру постковидного синдрома диагностика должна быть комплексной и оценивать психосоциальный уровень (с ранжированием факторов социального окружения). Ведущим должен быть клинический метод с оценкой симптомокомплексов, в

частности, клинической тревоги и нозологической квалификации, и психометрический метод с объективизацией уровня тревожности и вегетативного обеспечения.

Учет многоуровневой организации явления (социально-экологическая сфера, социально-психологический резонанс, напряжение адаптивных систем, тревога и фобии, клиническая структура расстройств) оправдывает применение методологии экологической психиатрии.

Установлено, что по социально-демографическим и анамнестическим данным, в выделенных нами группах преобладают женщины и пациенты, перенесшие COVID-19 преимущественно в легкой и средней степени тяжести, что соответствует данным литературы по постковидному синдрому.

### **2.1. Оценка стадий постковидного синдрома с позиций экологической психиатрии**

В нашем исследовании клинический материал разделен на группы. Группа людей впервые обратившихся за медицинской помощью с тревожными опасениями условно обозначена как КФ (группа с «коронафобией»), соответствует острому этапу социального стресса. Наблюдаемые терапевтами с диагнозом «постковидный синдром» на этапе пандемии в 2023 г., составили группу ПКС (группа с постковидным синдромом). Наблюдаемые психотерапевтами (с хронической стадией постковидного синдрома) и получавшие терапию нервно-психических расстройств составили группу НПР (2022 г.). Отдельно осмотрены люди, занимающиеся оздоровлением, составившие группу контроля (КГ, 2022 г.), у которых не регистрировались актуальные заболевания.

Ранжирование составляющих социального окружения выявило как общие закономерности угроз жизни и здоровью, так и отличия (рис.2).

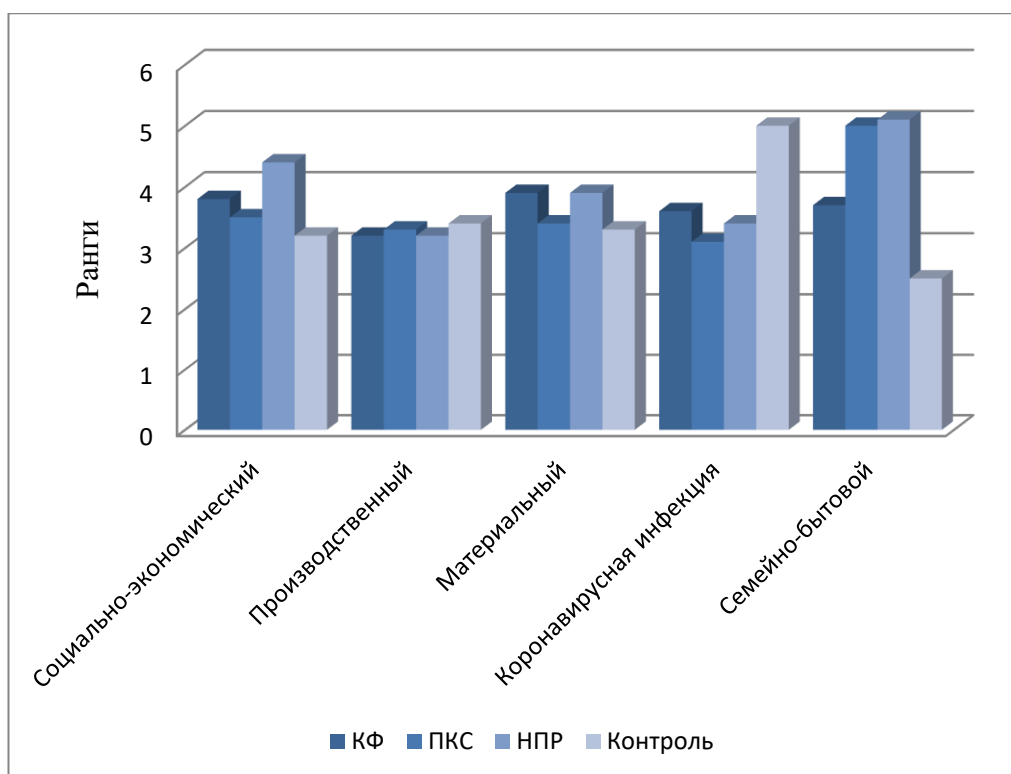


Рис.2 Ранжированное восприятие внешне-средовых и социальных факторов в группах (М)

В ситуации пандемии угроза жизни оказалась реальной, что отражалось в средствах массовой информации и сведениях о гибели родных и знакомых. Состояние людей усугублялось защитными, но ограничительными мерами. В клинико-психологическом плане доминанта массового сознания составила феномен «коронафобии». Социометрическое анкетирование выявило особенности в несоразмерности актуальной боязни сниженному рангу фактора коронавирусной инфекции. При безусловной и генерализованной боязни пандемии, ранг социометрического фактора боязни COVID-19 в разных группах оказался на третьих местах, уступая первенство материально-бытовому и семейному факторам. Это может быть объяснено в категориях консолидации семьи для сохранения благополучия в условиях внешней угрозы, а в клиническом плане согласуется с когнитивным снижением.

Применение нами методологии экологической психиатрии и анализ выявленной патологии при пандемии показали преимущественно

психореактивный генез нарушений с преобладанием расстройств тревожного спектра. В наибольшей степени это проявилось у пациентов с тревожно-мнительным преморбидом и обострением угрозы заражения. Патогенный фактор (боязнь заболеть) сразу приобрел массивный характер и остроту реагирования. Таким образом, невысокий ранг фактора коронавирусной инфекции диссоциирует с тревожным характером расстройств и опасениями заболеть («коронафобия»), и формирует феномен, который связан с когнитивными особенностями.

Для сравнения оценивались адаптация и здоровье людей, занимающихся физическим оздоровлением (КГ), которые по всем изучаемым параметрам оказались самыми благополучными. 75% из них имеют высшее образование, адекватно воспринимают фактор коронавирусной инфекции (пятое ранговое место), у них отсутствуют актуальные нервно-психические расстройства и соматические заболевания, параметры тревожности и вегетативного обеспечения находятся в нормальном диапазоне.

В группе КФ, отражающей начальный этап формирования патологического процесса, преобладают тревожные психореактивные формы (главным образом F41.1, при единичных и клинически неразвернутых (F41.0, F41.2), и тревожных форм расстройств адаптации. Доля органических невротоподобных расстройств (главным образом, органическое тревожное расстройство F06.4) составила лишь 8%, тогда как на этапе хронизации (ПКС) достигает 52% (различие значимо  $p < 0,05$ ).

Рост численности случаев психоорганических расстройств в группе ПКС свидетельствует об органической трансформации исходно психореактивных расстройств. С последним согласуется нарастание в группе ПКС патологии, относимой к психосоматической, собственно соматической патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа) – у 80%, сравнительно с КФ – 51%, и 28% в НПР. В динамике продолжительная экспозиция дистресса приводит к рассогласованию функции сосудодвигательного центра

(артериальная гипертензия), хроноритмологических (диссомния) и психоэндокринных взаимоотношений (сахарный диабет 2 типа).

Депрессивные симптомы в КФ представлены в единичных случаях и в неразвернутом виде, в форме гипотимии. Сравнительно с группой НПР они существенно ниже (4% против 26% в НПР). С учетом утяжеления картин в ПКС частота депрессивных проявлений не обнаруживает роста, вероятно из-за перекрывания невротоподобных симптомов психоорганическими.

На рисунке 3 представлена синдромальная психопатологическая характеристика в группах постковидного синдрома. В структуре синдромов встречаются астенический, тревожный (клинически не развернутая тревога), депрессивный (чаще в степени легкой гипотимии). Клинически оценивалась характер когнитивной сферы от сохранной до клинически заметной дисфункции.

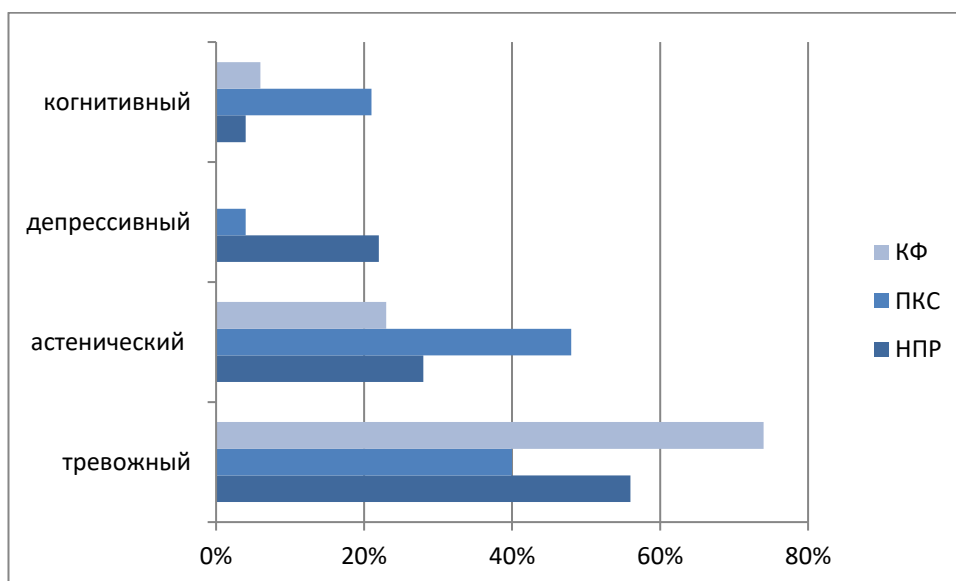


Рис.3 Клинические симптомокомплексы в группах

В группе КФ с относительно коротким воздействием стрессового влияния наиболее выражены тревожные симптомы (67%). Астенические симптомы, не сопряженные с иными, составили 22%. Развернутые симптомы депрессии отсутствовали. В 5% случаев выявлены персистирующие когнитивные симптомы (преходящая рассеянность).

В группе ПКС тревожные симптомы преобладают в 40% случаев. Их особенность сопряжена с органической окраской (в структуре органических психических расстройств). Значимо выросла численность симптомов астении – 48%. Частично это связано с включением церебрастении в структуру психоорганического синдрома. Наряду с этим, астенические симптомы могут быть отражением соматогенной астении, вследствие гипертонической болезни и сахарного диабета 2 типа.

Анализ симптоматики в ПКС обнаруживает общую тенденцию утяжеления – с ростом симптомов астении и когнитивных дисфункций. Относительно низкая доля собственно депрессивных симптомов 4% (сравнительно с НПР – 30%) может объясняться хронизацией расстройств, депрессивной трансформацией тревоги, проводимым лечением.

Обращает внимание однонаправленное усиление когнитивной дисфункции и собственно астении, что может исказить понимание экологической обстановки (низкое значение фактора коронавирусной инфекции и когнитивный диссонанс при очевидной «коронафобии»).

В группе НПР преобладали симптомы тревоги (55%). Собственно гипотимия, определяющая структуру депрессии, составила только 4%. Сочетанные расстройства аффективного спектра объясняют длительную персистенцию аффективной симптоматики у пациентов, наблюдаемых психотерапевтом.

Анализ психометрических параметров представлен в таблице.

По параметрам уровень вегетативной дисфункции выше (42 б.), чем в ПКС (38 б.), т.е. рассогласование вегетативной регуляции согласуется с большей реактивной тревогой в группе КФ. Параметрический фактор тревоги в группе КФ также превышает таковой в группе ПКС. Оба фактора отражают большее напряжение адаптивных систем. В группе КГ эти показатели находятся на уровне нормальных.

Таблица. Шкала вегетативной дисфункции и тревожности (баллы, М±m)

Группы	Шкалы	
	Вегетативное обеспечение	Тревожность
КФ	42,0 ± 2,0	10,0 ± 0,7
ПКС	38,3 ± 3,5	9,7 ± 1,3
НПР	27,0 ± 2,9	7,8 ± 0,7
КГ	18,0 ± 2,9	1,8 ± 0,4

В группе сравнения КФ и НПР параметры вегетативной дисфункции и тревожности имеют однотипные сдвиги и большие различия. Это является следствием проводимого лечения и лучшим функционированием адаптивных систем в группе НПР. В группе ПКС и НПР различия меньше, что отражает близость уровней адаптивных структур при затяжных состояниях.

У четырех пациентов (женщин) в группе ПКС не был подтвержден психотерапевтом диагноз постковидного синдрома, их средний возраст 37 лет (24-59 лет). Ковидная инфекция в легкой степени перенесена 75% обследованных, в средней степени – 25%. При оценке социально-средовых факторов выявлено снижение восприятия фактора коронавирусной инфекции до 2,5 баллов. В клинике у 2 человек реактивные тревожные расстройства, у 2 – органическое тревожное расстройство. Клинически у всех регистрируется тревожный синдром. Тревожность (12,5 против 9,7 баллов в группе ПКС) и вегетативная дисфункция (42 против 38,3) выше, чем в группе с диагностированным постковидным расстройством. У всех определяется соматическая патология: артериальная гипертензия у 2, аутоиммунный тиреоидит и бронхиальная астма. Эта подгруппа клинически тяжелее за счет перекрытия соматовегетативных симптомов актуальной соматической патологией, что следует учитывать при диагностике постковидного синдрома.

Понимание этиопатогенеза постковидного синдрома на примере трех групп пациентов позволило определить влияние резко изменившейся социальной экологии на патологический характер адаптации в период пандемии COVID-19. Учтено преобладание женщин и лиц перенесших COVID-19 в нетяжелой форме, а также критерии диагностики, имеющие отношение к психопатологии и вегетативным нарушениям.

Клинический анализ критериев выделения постковидного синдрома позволил сформулировать его психопатологическое содержание. Выявлен отставленный либо персистирующий характер астенических, вегетативных, неврозоподобных, аффективных расстройств и в итоге когнитивных нарушений. Исходно определяется психогенное развитие расстройств, в массе своей относимых с социально-стрессовым. На этом, условно остром, этапе диагностируются преимущественно психореактивные тревожные расстройства. На последующих этапах опасения, подпитываемые тревожной доминантой сознания, расширяют спектр расстройств аффективного спектра с выявлением депрессивных и смешанных тревожно-депрессивных, соматоформных расстройств. Следовательно, врачам следует быть настроенными к выявлению нервно-психических расстройств пограничного уровня. Временная экспозиция, отсутствие профильного лечения приводят в динамике к органической трансформации нервно-психических расстройств. Это сопровождается повышением численности астенических и когнитивных нарушений. В динамике органический тренд психопатологических расстройств сочетается с манифестацией соматической патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа).

Полученные нами данные свидетельствуют об общих патогенетических путях, различающихся по времени стрессового воздействия. Вследствие этого, выделенные группы могут рассматриваться как этапы развития постковидного синдрома.

Низкая оценка фактора коронавирусной инфекции в трех группах, при имеющейся тревоге, парадоксальным образом противоречит тревожной

модели поведения, что определяет ее как феномен. Можно полагать, что этот феномен может быть маркером когнитивной дисфункции.

Таким образом, практический врач может встретить пациентов с постковидным синдромом на разных этапах его формирования. Для оптимизации лечения необходимо учитывать параметры, характерные для разных стадий постковидного синдрома.

## **2.2. Диссомния в структуре постковидного синдрома**

Структура постковидного синдрома наряду с психическими и вегетативными симптомами включает нарушения ритма сна и бодрствования – диссомния. Основанием для отдельного рассмотрения диссомнии служит её диагностика у более 80% людей с постковидным синдромом. Сон в жизни людей является базовым фактором витальной сферы и его стойкое нарушение существенно изменяет внутренний гомеостаз. Это не только усугубляет имеющиеся нервно-психические расстройства, но и приводит к преждевременной смерти, фактором риска которой являются артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, болезнь Альцгеймера.

Клинико-патогенетические исследования диссомнии, в том числе в структуре постковидного синдрома, установили коморбидность диссомнии с аффективными расстройствами, что часто приводит к устойчивому ухудшению психического здоровья. Одновременные клинические проявления бессонницы и тревоги, частые в клинической практике, отражают их сопряженность и взаимосвязь. Это исключает традиционные представления о бессоннице как о вторичном состоянии и её принадлежности к только неврологическим симптомам. Имеющиеся работы по лечению диссомнии при постковидном синдроме ограничены симптоматическим подходом без учета патогенеза. Имеются предположения о независимой роли диссомнии в патогенезе тревожных расстройств. За бессонницей, асинхронией биоритмов при тревоге усматривается тревожная дезорганизация надсегментарных структур головного мозга. Диссомния при

постковидном синдроме чрезвычайно распространена – от 77,3% до 78,6%, имеет коморбидность с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами, не изучена на стадиях формирования постковидного синдрома. При общем допущении связи диссомнии с постковидным синдромом, значение и природа диссомнии отдельно не анализировалась.

Диссомния в структуре постковидного синдрома изучена на нашем основном материале. Все обследованные разделены по наличию диссомнии и ее отсутствию. Распространение диссомнии на представленном материале составило 63,2%, в группах КФ и ПКС, соответственно – 51,0% и 88,0% (высоко значимо). В группе сравнения (НПР), получавших психофармакологическое лечение, диссомния определялась лишь у 4%.

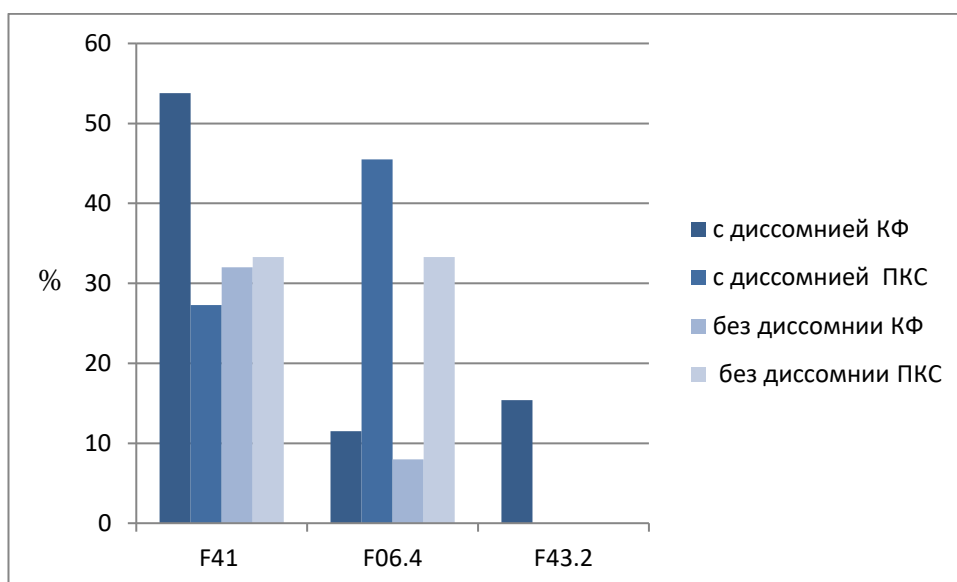


Рис.4 Соотношение в группах клинических форм с диссомнией и без диссомнии

Сравнение клинических форм в группах с диссомнией и ее отсутствием (рис.4) показывает значимое увеличение численности тревоги невротического регистра (F41) с сопутствующей диссомнией (53,8% в КФ с диссомнией, 32% – без диссомнии). Степень значимости существенно увеличивается при присоединении рубрики F43.2, где тревожные расстройства имеют реактивный генез. Суммарный вес невротических

расстройств (F41) с учетом реакций на стресс (F43.2, 17%), делает различие ещё выше. При органическом тревожном расстройстве число случаев в подгруппе ПКС с диссомнией (45,5%) выше, чем подгруппе КФ (11,5%). При рассмотрении в динамике (ПКС) доля случаев F41 значительно уменьшается (с 53,8% в КФ до 32%). Кратно выше (в 3 раза), чем в КФ определяется накопление случаев с органическим тревожным расстройством. Следовательно, в отставленном периоде пандемии имеет место рост расстройств органического генеза. Причем в группе с диссомнией доля возрастает до 57%, сравнительно с таковой без диссомнии (33%).

В группе ПКС с диссомнией отмечен рост симптомов астении, до 40%, случаев с когнитивной дисфункцией, что согласуется с органическим вектором изменений. Установлено утяжеление клиники как внутри каждой из групп КФ и ПКС за счет присутствия диссомнии, так и в динамике, на отставленном этапе в группе ПКС, где диссомния также утяжеляет состояние.

Представляет интерес связь рангов перцептивных факторов с наличием и отсутствием диссомнии. Среди пациентов без диссомнии увеличивается значимость фактора коронавирусной инфекции в группе ПКС и заметно снижается значимость семейно-бытового фактора, то есть наблюдается тенденция к нормализации социальной перцепции. Это свидетельствует о том, что среди лиц без диссомнии намечается тенденция к гармонизации оценки окружения.

В группе сравнения только в 4% случаев определялась диссомния, связанная с отсутствием лечения у пациентов с депрессивным вариантом приспособительных реакций (F43.22). У них же (мужчина 23 лет, женщина 31 года) существенно снижено восприятие фактора коронавирусной инфекции (2,5 балла), невысокий уровень тревожности 8,5 баллов, уровень вегетативной дисфункции 28,5 баллов. У остальных пациентов в группе сравнения диссомния не регистрировалась в результате проводимой терапии.

Изначально по всем показателям группа НПР была легче по всем изучаемым показателям.

Установлено утяжеление расстройств при сопутствующей диссомнии на разных этапах становления постковидного синдрома, в группах с невротической и органической патологией. Отсюда подтверждаются представления об известной самостоятельности диссомнии, усложняющей психопатологический регистр с появлением депрессивных включений, ростом численности симптомов когнитивной дисфункции, органической трансформацией невротоподобных расстройств. Следовательно, диссомния имеет свой стереотип развития, заслуживает специального лечения, наряду с конвенциональной терапией.

### **3. Профилактика**

Эффективная профилактика постковидного синдрома возможна при принятии медицинским сообществом социально-стрессовой концепции его происхождения. Она касается не только профилактики невротических расстройств, но и сердечно-сосудистой патологии (ишемической болезни сердца и головного мозга, сахарного диабета 2 типа).

С учетом многофакторного патогенеза явления, профилактика должна учитывать все аспекты и звенья.

#### **3.1. Профилактика постковидного синдрома**

На первичном приеме врач наряду с рутинными мерами и действиями должен психологически купировать избыточную озабоченность пациентов, проводить психологическую коррекцию опасений. С учетом потенциального летального риска инфекции необходимо взвешенно и корректно расставлять акценты, предотвращать развитие ятрофобии (компетентность предполагает эмоциональное участие, тактичные комментарии, обнадеживающие прогнозы, исключение бездушия, формализм).

С учетом социального резонанса, обилия информации в СМИ обычно рестриктивного характера, люди сталкиваются с разного рода ограничениями, связанными с противоэпидемическими мероприятиями. Население сталкивается с множеством летальных исходов у близких и знакомых. Атмосфера социального окружения и наступающая кумуляция напряжения адаптивных систем не регистрируется в большинстве своем медицинскими работниками.

Работа с населением должна носить пропагандистский характер в СМИ, быть систематической и последовательной, усиливаться мнением авторитетных специалистов по эпидемиологии, клиническим проявлениям болезней. Не полностью были востребованы профильные возможности Центров гигиены и эпидемиологии, которые по определению должны были возглавить профилактику.

Хорошим примером взвешенного отношения к социально-экологическим проблемам могут послужить руководства коллективами. По опыту изучения последствий чернобыльской катастрофы, когда уязвимыми оказались педагоги и медицинские работники, хорошо себя зарекомендовали администраторы и руководители хозяйств, которые оказали моральную помощь и гармонизировали отношения в коллективах.

Собственно психическая коррекция проводится на всех звеньях здравоохранения. Имеющиеся методические пособия регламентируют направленность и объем лечебно-профилактических мероприятий. Пациенты с затяжными невротическими состояниями могут направляться к врачам психотерапевтам. Предмет работы – это коррекция комплекса «коронафобии», подача сбалансированной информации о природе социально-стрессовых расстройств, в связи с информационной природой социальных стереотипов и мифов. Дается структурированная информация о психосоматической организации здоровья, сведения о патологических типах внутренней картины болезни, принципах здорового образа жизни. Особое значение придается важности полноценного ночного сна, подготовке к

отходу ко сну, приемам психофизической регуляции, совладании со стрессом, простейшим видам седативных фитопрепаратов.

### **3.2. Вакцинация и приверженность прививкам**

Особая роль в профилактике постковидного синдрома принадлежит прививкам. В СМИ озвучиваются информации о почти полном охвате населения, но на нашем материале (обращение пациентов за медпомощью к терапевтам, психотерапевтам, врачам общей практики) доля отказов от прививок доходила до половины случаев. В повседневной жизни достаточно часто встречаются воздержание от них. Часто медицинские работники проявляют некомпетентность в вакцинной профилактике.

На нашем материале во всех группах с постковидным синдромом мотивация к прививкам снижена, особенно в группе ПКС. Показательна позиция людей, занятых физическим оздоровлением (КГ). Они адекватно относились к социальной атмосфере, с взвешенным отношением к ковидной ситуации, 86% в группе были привиты.

Нами изучено отношение людей с постковидным синдромом к вакцинации. В период пандемии COVID-19 вакцинация самая эффективная мера, сокращающая заболеваемость и число летальных исходов. С другой стороны, вакцинация устраняет сомнения, придает уверенность и снижает напряжение. В то же время, значительная часть населения отказывается от вакцинации по разным причинам.

Еще в XVIII веке внедрение вакцинации против натуральной оспы, показало ее исключительную эффективность. Следствием успеха стало исчезновение натуральной оспы как актуальной вирусной инфекции. Но уже тогда появились и противники вакцинации, выступая против животного происхождения вакцины и из-за религиозных установок.

В истории было несколько волн неприятия прививок. Они носили либо спонтанный характер, либо инспирировались при вспышках инфекционных

заболеваний. Мотивы противников прививок носили различный характер от религиозных до конспирологических.

Феномен отказа от вакцинации настолько масштабный, что не прошёл незамеченным для медицинского сообщества. В 2019 году ВОЗ включила недоверие к вакцинации в список десяти глобальных угроз для здоровья населения и заключению экспертов об отсутствии научных доводов у антипрививочников, что составляет «тревожное и опасное заблуждение». Массовость антивакцинальной риторики обусловила феномен «ковидного нигилизма». Тогда же было показано, как эта тема в англоязычной литературе повлияла на язык и за короткий период стала важной частью повседневного общения. Таким образом, сложился термин «антиваксер» как противник прививок (антипрививочник). Хотя они составляют не более 9% населения, но они отрицательно влияют на ту многочисленную часть населения, которая еще не определилась в отношении прививок. В России, по данным ВЦИОМ, треть опрошенных (35%) респондентов отрицательно относятся к вакцинированию от COVID-19.

Антипрививочные мотивы имеют сложную структуру в социально-психологическом диапазоне. Спектр аргументации противников вакцинации весьма широк. Одни люди не верят в безопасность вакцин для здоровья, другие возражают против массового применения. Обозначенные характеристики свойственны и для нашей популяции, только без признаков фактической организованности антипрививочников. Всплеску антипрививочных настроений способствовали отрицание существования новой коронавирусной инфекции и переоценка социально-психического фактора («коронафобия»).

В целях оптимизации прививочной кампании предпринято изучение клинико-психологических характеристик на разных стадиях постковидного синдрома. Все обследуемые разделены на вакцинированных и на невакцинированных. Используются тот же материал и те же методы.

Установлено, что прививки не проводились в 53% всех обследованных (только у одного был официальный мед.отвод). У большей части обследованных невакцинированных отношение к прививкам было отрицательным (74%) и вследствие этого таких людей можно отнести к противникам вакцинации. Изучение приверженности к прививкам по группам показало следующее распределение: КФ – 58%, ПКС – 55%, НПР – 64%, КГ – 86% вакцинированных. Самой немотивированной к вакцинации является группа ПКС, в структуре клиники которой преобладает органический радикал и соответственно когнитивные нарушения.

Большой удельный вес совокупной тревожно-депрессивной и собственно тревожной патологии в группе невакцинированных сопровождается более высоким уровнем тревожности и вегетативной дисфункции. Большая выраженность тревожного радикала среди невакцинированных группы КФ в сравнении НПР, в которой имеются обратные соотношения, свидетельствует о преобладании психогенно-ситуативного звена генеза тревоги. Это согласуется с представлением о большей уязвимости невакцинированных группы КФ от внешнего стресса. Относительное снижение тревожного радикала в группе НПР может быть связано с продолжительным течением болезни, патологической адаптацией, трансформацией тревоги в сторону расстройств аффективного спектра (тревожно-депрессивные состояния) и в связи с приемом медикаментов.

Социально-демографический анализ установил преобладание женщин среди противников вакцинации, лиц с невысоким уровнем образования; приоритет материальных и социально-экономических ценностей при недооценке фактора коронавирусной инфекции; преобладанием тревожных расстройств и когнитивных нарушений.

Мотивационные характеристики противников вакцинации включают боязнь осложнений вакцинации, сомнения в целесообразности ее проведения, представления о неблагоприятных последствиях вакцинации. Необходимо учитывать морбидные особенности в выделенных группах

постковидного синдрома: озабоченность коронавирусной инфекцией, тревожные расстройства, в особенности, органического спектра, соматическую патологию, коморбидность с диссомнией.

Следовательно, оптимизация прививочной кампании от COVID-19 предполагает привлечение экспертов с медико-биологическим образованием, усиление пропагандистского аспекта акций с привлечением средств массовой информации, участие психологов для учета личностных аспектов населения. С учетом социального резонанса пандемии антипрививочные настроения должны стать предметом рассмотрения специалистами по социальной психологии. Тем самым принимаемые меры напрямую согласуются с профилактикой и лечением постковидного синдрома.

#### **4. Лечение психопатологических состояний на разных стадиях развития постковидного синдрома**

Клиника постковидного синдрома на ранних этапах характеризуется преходящими неразвернутыми невротическими симптомами. Нозологическая трактовка предполагает их временной характер (реакции) с опасениями за физическое состояние. Исходным фоном тревожных манифестаций служит боязнь коронавирусной инфекции, составляющая наднозологический феномен «коронафобии». Последний, обусловленный социальными стереотипами, индуцирует тревогу пациентов. В динамике оформляются развернутые тревожные расстройства (F41) вначале в острой стадии, в части случаев коморбидные с депрессивным радикалом; органической трансформацией (F06.4), диссомнией, с гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа - в хронической стадии постковидного синдрома.

Настоящая глава учитывает наблюдение группы НПП, в которой систематически проводилось профильное лечение и психотерапия. В синдромальной структуре отсутствовала диссомния, существенно был

снижен органический тренд и наблюдались единичные случаи симптомов когнитивной дисфункции. Психометрические показатели тревожности и вегетативной дисфункции в этой группе также были менее выражены. Проводимое лечение содействовало социальной адаптации и положительно сказалось на приверженности прививкам, в сравнении с двумя группами постковидного синдрома, не получавшим профильного лечения.

В отсутствие психологической коррекции и лечения недифференцированная прежде тревога обретает клинические варианты, соответствующие главным образом формату разлитой тревоги, генерализованного тревожного расстройства. Депрессивные включения в виде рефлексии гипотимии в динамике обретают очерченные рамки, зачастую сливаясь с тревогой, соответствуя синдромальному содержанию смешанных тревожно-депрессивных расстройств (согласуется с концепцией В.Н.Краснова о расстройствах аффективного спектра). На этом (условно начальном) этапе эффективна психологическая коррекция в режиме интервенции, с разъяснением патогенных психосоциальных факторов, устранением неадаптивных типов реагирования и внутренней картины болезни.

Уже с первых этапов лечения неразвернутых тревожных симптомов могут применяться седативные фитопрепараты, содержащие валериану, пустырник, хмель, мелиссу, «сердечные капли» (торговое название) и новопассит.

Если степень тревоги достигает манифестного уровня, соответствующей острому течению, то показаны противотревожные препараты. Безусловный положительный эффект наблюдается от назначения транквилизаторов бензодиазепинового ряда, назначаемых на короткие сроки в рутинных или дробных дозировках (тазепам, мезапам, феназепам). Положительную особенность бензодизепинов составляет вегетолитический эффект. Ограничения связаны с риском развития зависимости. Бензодизепины не назначаются и лицам с тяжелой сердечно-сосудистой патологией.

Препаратом выбора анксиолитика с хорошей переносимостью является Тофизопам (Грандаксин, табл. 50 мг). Препарат является атипичным производным бензодизепина мягкого действия, не вызывает зависимости, с характерным положительным влиянием на вегетативный баланс. При нежелательности назначения бензодиазепиновых препаратов в динамике, в особенности на хроническом этапе, препаратами выбора могут быть небензодиазепиновые анксиолитики (Атаракс, Афобазол, Стрезам, Спитомин, ноотропный препарат Фенибут с седативным эффектом).

Курсовая терапия тревожных и тревожно-депрессивных расстройств, соответствующих хронической стадии постковидного синдрома, предполагает назначение антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Большинство из них имеют активирующее влияние, что может сказаться на преходящем усилении тревоги и ослаблении засыпания. Это преодолевается временным назначением анксиолитиков («феназепамовый мостик»). Флювоксамин предпочтителен в такой ситуации в силу седирующего аспекта. Пароксетин – балансирующего типа, в большинстве случаев хорошо переносим пациентами. Сертралин и эсциталопрам обладают максимальной из всех СИОЗС широтой клинических эффектов и возможностью антидепрессивного действия. Для лечения органического тревожного расстройства, в особенности у пациентов со снижением когнитивных функций, препаратами выбора могут быть Вортиоксетин (бринтеликс), агомелатин (мелитор) с прокогнитивными и противовоспалительными свойствами.

Тревожные симптомы обретают органическую подоплеку и квалифицируются в регистре органических психических расстройств рамках органического тревожного, органического депрессивного расстройства. Это дает основание включать в качестве анксиолитиков препараты из ряда антипсихотиков (Рisperидон, Кетилепт) в малых дозах.

Пациентов с выраженной тревогой, сочетанными тревожно-депрессивными расстройствами, с коморбидной личностной патологией,

следует направлять для продолжения профильного лечения к врачам-психиатрам.

На затяжном этапе постковидного синдрома прогрессируют психоорганические механизмы. Это выражается в увеличении числа тревожных расстройств органического генеза, а также в росте числа астенических симптомов в структуре соматических заболеваний. Это служит предпосылкой нейрометаболической терапии (ноотропы).

Соматическая патология (преимущественно гипертоническая болезнь и сахарный диабет 2 типа) из класса клинических находок трансформируется в манифестные формы. Они дают свой вклад в астенизацию. Увеличение численности собственно астенических симптомов, депрессии, когнитивных дисфункций свидетельствует об утяжелении клиники при хронизации психосоматической патологии. Как правило, при лечении анксиолитиками и антидепрессантами соматическое состояние улучшается, однако важным условием при их неэффективности является профильное лечение у специалистов.

Лечение диссомнии определяется её особенным патогенезом, и требует специальных назначений. Назначение анксиолитиков и антидепрессантов оказывается, как правило, достаточным для предупреждения расстройств сна. Показательным примером лечения явилась изученная нами группа сравнения (НПР), где проводилась систематическая психофармакотерапия и не определялась диссомния. Сохранение диссомнии при терапии тревожно-депрессивных расстройств предполагает назначение собственно гипнотиков. Такие препараты как: антигистаминный доксиламил (Донармил, Сомнил); содержащие мелатонин (Меласон, Мелаксен), не вызывающие побочные эффекты; зопиклон (Зопиклон, Золпидем, Сонекс, Сомнол), вызывающий зависимость при длительном использовании. Действие легких гипнотиков потенцируется антидепрессантами с прокогнитивными свойствами (Вальдоксан, Бринтелликс).

Патогенные процессы ослабляют когнитивные функции. Из этого вытекает необходимость оптимизации лечения за счет включения препаратов нейрометаболического свойства, оптимизации нейроиммунного звена с использованием ноотропных препаратов (Ноотропил, Фенибут, Семакс, Ладастен).

Психотерапия предполагает когнитивную коррекцию внутренней картины болезни, переработку иррациональных представлений и критику расхожих информационных стереотипов, использование разных стратегий психотерапии, в особенности её когнитивно-поведенческого варианта. Саногенное просвещение предполагает информацию об основах социально-стрессовой проблематики при чрезвычайных ситуациях, принципах здорового образа жизни. Поощряется вовлечение в группы оздоровления. Информирование о способах совладания со стрессом, овладение приемами мышечной релаксации, аутогенной тренировки.

## **5. Заключение**

В настоящем пособии предлагается многоуровневый этиопатогенез психопатологических состояний при постковидном синдроме, который проистекает из социально-стрессовой парадигмы, перенапряжения адаптивных систем в чрезвычайных ситуациях с длительным течением, с развитием аффективных (тревожно-депрессивных) расстройств, с отставленным развитием психосоматических нарушений (гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа). Причинный фактор складывается из «коронафобии» и защитных мероприятий.

Симптомы постковидного синдрома ВОЗ (слабость, одышка, боли в мышцах, нарушение сна) допускают разную трактовку вплоть до заключения о неврологической природе расстройств. Наша клиническая интерпретация симптомов, вегетативной дисфункции и когнитивных нарушений склоняется к психогенной дезорганизации надсегментарных структур с развитием

астенических, аффективных расстройств, а в динамике церебрастенических симптомов психоорганического круга, гипертонической болезни, сахарного диабета 2 типа.

Постковидный синдром встречается чаще у женщин и у лиц, переболевших COVID-19 в нетяжелой форме, что следует учитывать в диагностике. Клинический анализ позволил рассмотреть группы с острым и хроническим течением ПКС. Установлено преобладание тревожных расстройств разного регистра, коморбидных с астенией, диссомнией. В остром периоде тревога имеет невротический характер, на отставленном – определен органический тренд, с симптомами когнитивной дисфункции при хроническом течении.

В диагностике необходимо учитывать диссомнию, которая существенно утяжеляет картину заболевания и требует отдельных подходов к лечению. При постковидном синдроме установлена низкая приверженность к прививкам, в особенности при хроническом его течении. Это важно учитывать для первичной профилактики (для снижения риска развития постковидного синдрома).

Профилактика постковидного синдрома базируется на социально-стрессовой концепции его происхождения, стадийном изменении адаптивных систем организма, особенностях восприятия патогенных факторов социума и заболевания, а также на личностном опосредовании.

Лечение основывается на клинике острого и хронического течения постковидного синдрома. Уже с первых этапов лечения ещё неразвернутых тревожных симптомов могут применяться седативные фитопрепараты, содержащие валериану, пустырник, хмель, мелиссу, «сердечные капли» (торговое название) и новопассит. Если степень тревоги достигает развернутого уровня, соответствующего острому течению, то показаны противотревожные препараты. Безусловный положительный эффект наблюдается от назначения транквилизаторов бензодиазепинового ряда (тазепам, мезапам, феназепам) на короткие сроки из-за риска развития

зависимости, и на длительный срок Грандаксин (отсутствие зависимости). Достаточно продолжительным может быть назначение небензодиазепиновых анксиолитиков (Стрезам, Афобазол).

Курсовая терапия развернутых тревожно-депрессивных расстройств, соответствующих хронической стадии, предполагает назначение антидепрессантов из группы СИОЗС. Тревожные симптомы в регистре органических психических расстройств сопровождаются симптомами аффективной неустойчивости. Это предполагает назначение в качестве анксиолитиков препараты из ряда антипсихотиков второго поколения (Рisperидон, Кетилепт). Пациентов с выраженной тревогой, сочетанными тревожно-депрессивными расстройствами, с коморбидной личностной патологией, следует направлять для продолжения профильного лечения к врачам-психиатрам.

На затяжном этапе постковидного синдрома прогрессируют психоорганические механизмы. Это выражается в увеличении числа тревожных расстройств органического генеза, а также в росте числа астенических симптомов в структуре соматических заболеваний. Ослабление когнитивных функций обуславливает включение препаратов нейрометаболического свойства. Рекомендовано использование ноотропных препаратов и антидепрессантов, обладающих прокогнитивными свойствами – Вортиоксетин (бринтеликс), агомелатин (мелитор).

Соматическая патология (преимущественно гипертоническая болезнь и сахарный диабет 2 типа) из класса клинических находок трансформируется в манифестные формы. Как правило, при лечении анксиолитиками и антидепрессантами соматическое состояние улучшается, однако важным условием при их неэффективности является профильное лечение у специалистов.

Лечение диссомнии определяется её особенным патогенезом, и требует специальных назначений. Сохранение диссомнии при терапии тревожно-

депрессивных расстройств является осложняющим фактором и предполагает назначение собственно гипнотиков.

Психотерапия должна быть энергичной в режиме интервенции, с разьяснением патогенных факторов, устранением неадаптивных типов реагирования. На всех этапах лечения осуществляется психотерапия в разных ее вариантах, с предпочтением когнитивно-поведенческого варианта.

## 6. Список использованной литературы

1. Всемирная организация здравоохранения. МКБ-10: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10-й пересмотр: Том 1: Часть 2. Всемирная организация здравоохранения, 1995. Доступно по: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87721>].
2. Estimated Global Proportions of Individuals With Persistent Fatigue, Cognitive, and Respiratory Symptom Clusters Following Symptomatic COVID-19 in 2020 and 2021 Global Burden of Disease Long COVID Collaborators JAMA. – 2022. – №328(16). – P.1604-1615.
3. Бронский, В.И. Приспособительные психофизиологические механизмы и психосоматическое здоровье критических групп населения на радиоактивно загрязнённых территориях / В.И. Бронский / Гомель: ИММС НАНБ, 1999. – 182 с.
4. Толканец, С.В. Социально-стрессовая проблематика вследствие новой коронавирусной инфекции / С.В. Толканец, К.В. Бронская, Е.Н. Гаврилюк, Д.В. Кравченко // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики Рецензируемый ежегодный сборник научных трудов. – Выпуск 12, Том 1 – С.427-433.
5. Бронский, В.И. Социально-психологические характеристики противников вакцинации в период новой коронавирусной инфекции/ В.И.Бронский, С.В. Толканец, К.В. Бронская, Е.В. Гут, Е.Н. Гаврилюк // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2022. № 2(28). – С. 47–53
6. Бронский, В.И. Результаты изучения социально стрессовой проблематики при чрезвычайных ситуациях с длительным течением / В.И.Бронский, С.В. Толканец, К.В. Бронская // Современные аспекты профилактической медицины : сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции с международным участием, приуроченной к

- 30-летию кафедры экологической и профилактической медицины (г.Гомель, 26 октября 2023 года). – Гомель : ГомГМУ, 2023. – с. 32 – 36.
7. Бронский, В.И. Методология экологической психиатрии в изучении стресса, ассоциированного с COVID-19 / В.И.Бронский, С.В. Толканец, К.В. Бронская, Е.Н. Гаврилюк // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2024. – № 1(122). – С.51-60.
  8. Бронский, В.И. Постковидный синдром с позиции экологической психиатрии / В.И.Бронский, С.В. Толканец, К.В. Бронская, Е.Н.Гаврилюк // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2024. – 1(31). – С.88-94
  9. Бронский, В.И. Диссомния в структуре постковидного синдрома / В.И.Бронский, С.В. Толканец, К.В. Бронская, Е.Н. Гаврилюк // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. 2025. № 2(34). - С. 29 – 36.
  - 10.Александровский, Ю.А. Социально-стрессовые расстройства / Ю.А.Александровский // Российский медицинский журнал. – 1996. – №11. – С.2.
  - 11.Судаков, К.В. Сосудистое эхо эмоционального стресса: Эмоциональный стресс – причина нарушения функций сердца и сосудов; Механизмы саморегуляции сосудистого тонуса и артериального давления / изд. 2-е, стереотипное / К.В. Судаков. – М:Ленанд – 2024. – 100 с.
  12. Семке, В.Я. Экологическая психиатрия: настоящее и будущее / В.Я. Семке // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – 3. – С.5-19.
  13. Краснов, В.Н. Организационные и методологические проблемы экологической психиатрии / В.Н. Краснов // Клинические и организационные вопросы пограничной психиатрии: материалы республиканской научно-практической конференции. Кисловодск, 5-7 октября 1994. Москва – Ставрополь. – 1994. – С.235-237.

КВАНТИФИЦИРОВАННАЯ КАРТА

СД	Дата заполнения	Возраст
1	ФИО	
2	Пол	0 муж 1 жен
3	Образование	0 неоконченное среднее 1 среднее 2 средне-специальное 3 высшее
4	Преморбид	0 отсутствие, либо нет данных 1 без особенностей, либо гармоничный 2 акцентуация
5	Сомато-перцептивная акцентуация	0 без особенностей 1 соматотония 2 соматопатия 3 иное
6	Наследственность	0 нет 1 есть
7	Перенесенные соматические болезни	0 неизвестно 1 отсутствие 2 в прошлом 3 на уровне находки 4 актуальные
8	Психотравмы	0 не было 1 наличие
10	Церебральная стигматизация	0 отсутствие 1 резидуальная 2 актуальная 3 иная
11	COVID-19	0 не болел 1 ковидная пневмония 2 катаральные проявления 3 энцефалическая реакция 4 иное
12	Лечение COVID-19	0 амбулаторно 1 в стационаре 2 не проводилось 3 ретроспективная констатация
13	Ведущий радикал	0 слабость 1 тревога 2 аллопатии 3 тремор 4 тревожно-депрессивные 5 иное
14	Внутренняя картина болезни	0 отсутствие 1 причинная роль COVID-19 2 соматическая болезнь 3 фрустрация, стресс, конфликт 4 физическое перенапряжение 5 иное
15	Вегетативная дисфункция	0 перманентные проявления 1 системные 2 кризовая 3 иное
16	Жалобы	

17	Психопатология, ведущий синдром	астения, церебрастения, тревога, депрессия, когнитивные дисфункции, ...	
18	Постковидный синдром	0 отсутствие 1 наличие	Проявления:
19	Нозологическая квалификация (МКБ-10)		
Рост		Вес	АД ЧСС

ФИО \_\_\_\_\_ Дата заполнения \_\_\_\_\_

Перечислите все в порядке значимости для себя (самый важный – на первом месте, другой по важности – на втором и т.д., последний – субъективно наименее важный)

	Социально-экономический фактор
	Производственный фактор
	Материальный фактор
	Фактор коронавирусной инфекции
	Семейно-бытовой фактор
	Экологический фактор

1	Прививка от Covid-19	0 не проводилась 1 проводилась 2 отказ от прививки	
2	Отношение к прививкам	0 не определился 1 положительное	2 сомневаюсь 3 опасуюсь
3	Причины отказа	0 затрудняюсь назвать 1 ненамеренно, из-за обстоятельств 2 боязнь негативных последствий	3 медицинский отвод 4 критика в СМИ 5 негатив от знакомых 6 скепсис мед. работников

**Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы?**

		Ни разу	Несколько дней	Более недели	Почти каждый день
1	Вы нервничали, тревожились или испытывали сильный стресс	0	1	2	3
2	Вы были неспособны успокоиться или контролировать свое волнение	0	1	2	3
3	Вы слишком сильно волновались по различным поводам	0	1	2	3
4	Вам было трудно расслабиться	0	1	2	3
5	Вы были настолько суетливы, что Вам было тяжело сидеть на месте	0	1	2	3
6	Вы легко злились или раздражались	0	1	2	3
7	Вы испытывали страх, словно должно произойти нечто ужасное	0	1	2	3