

Динамика эмоционального состояния и качества жизни пациентов на 2-м этапе медицинской реабилитации после острого периода COVID-19: пилотное исследование

Демидов П.М.¹, Яковлева М.В.², Зеленская И.А.¹, Демченко Е.А.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Пандемия COVID-19 оказала колоссальное влияние на сферу здравоохранения и на многие другие общественные институты. Несмотря на то что заболевание модифицируется, новые штаммы не демонстрируют прежней летальности, а коронавирусные ограничения частично отменяются, проблема не теряет своей актуальности. Важным аспектом изучения COVID-19 является процесс восстановления пациентов, в том числе в условиях программ стационарной реабилитации. Целью настоящего пилотного исследования стало изучение психосоциальных характеристик и динамики показателей эмоционального состояния (тревоги, симптомов депрессии) и качества жизни пациентов, проходящих программу медицинской реабилитации после COVID-19 (N=36; средний возраст 63,72±12,78 лет; 33,33% мужчины, 66,67% женщины). Методы исследования включали структурированное интервью для сбора данных о социально-демографических и психосоциальных характеристиках пациентов, Шкалу Спилбергера-Ханина (STAI), Шкалу депрессии Бека (BDI), Шкалу качества жизни (SF-36).

Установлено, что пациенты достаточно объективно оценивают свое физическое состояние, при этом наблюдается их недостаточная информированность как в отношении заболевания, так и в отношении реабилитации; ситуация болезни и восстановления является для пациентов выражено стрессогенной. За период прохождения стационарной реабилитации у пациентов отмечается положительная динамика в отношении реактивной тревожности, депрессивных симптомов и качества жизни ($p<0,001$). Динамика указанных характеристик практически не различается в группах пациентов мужского и женского пола, за исключением показателей тревожности, различия в которых до и после реабилитации более выражены у женщин. Полученные данные могут быть использованы для оценки эффективности программ реабилитации и ее повышения, а также указывают на первостепенную роль клинического психолога в сопровождении данного контингента пациентов.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, COVID-19, постковид, динамика эмоционального состояния, тревога, депрессия, качество жизни

Информация об авторах

Демидов Петр Михайлович* — e-mail: Demidov_PM@almazovcentre.ru; petrmdemidovx@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6860-196X>

Яковлева Мария Викторовна. — e-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5035-4382>

Зеленская Ирина Александровна — e-mail: zelenskaya_ia@almazovcentre.ru

Демченко Елена Алексеевна — e-mail: demchenko_ea@almazovcentre.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7173-0575>

Как цитировать. Демидов П.М., Яковлева М.В., Зеленская И.А., Демченко Е.А. Динамика эмоционального состояния и качества жизни пациентов на 2-м этапе медицинской реабилитации после острого периода COVID-19: пилотное исследование. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:1:103-114. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-1-707>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Pilot study of the dynamics of emotional state and quality of life of patients in stage 2 of medical rehabilitation after acute COVID-19

Petr M. Demidov¹, Maria V. Iakovleva², Irina A. Zelenskaya¹, Elena A. Demchenko¹

¹Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russia

²Saint Petersburg State University, Russia

Research article

Summary. The COVID-19 pandemic has had an enormous impact on public health and many other social institutions. Although the disease continues evolving, new strains do not exhibit the previous lethality, and coronavirus limitations are being lifted, the problem is still relevant. An important aspect of the study of COVID-19 is the process of patient recovery, including inpatient rehabilitation programs. The aim of this pilot study was to examine the psychosocial characteristics and dynamics of the indicators of emotional state (anxiety, depression) and quality of life in patients undergoing a medical rehabilitation program after COVID-19 (N=36; mean age 63.72±12.78 years; 33.33% male, 66.67% female).

Research methods included a structured interview to collect data on patients' sociodemographic and psychosocial characteristics, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Beck's Depression Inventory (BDI), and the 36-Item Short Health Survey (SF-36). The patients were found to have an objective perception of their physical condition, with a lack of awareness of both the disease and the rehabilitation; the illness and recovery situation was markedly stressful for the patients. During the in-patient rehabilitation period, there was a positive change in state anxiety, depressive symptoms and quality of life ($p<0.001$). The dynamics of the specified characteristics almost do not differ in groups of male and female patients, except for indicators of anxiety, in which differences before and after rehabilitation are more expressed among women. The findings can be used to assess the effectiveness of rehabilitation programs and to improve it, and also indicate the primary role of the clinical psychologist in managing this group of patients.

Keywords: medical rehabilitation, COVID-19, post-COVID, emotional state dynamics, anxiety, depression, quality of life

Information about the authors

Petr M. Demidov* — e-mail: Demidov_PM@almazovcentre.ru; petr-demidovx@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6860-196X>

Maria V. Iakovleva — e-mail: m.v.iakovleva@spbu.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5035-4382>

Irina A. Zelenskaya — e-mail: zelenskaya_ia@almazovcentre.ru

Elena A. Demchenko — e-mail: demchenko_ea@almazovcentre.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7173-0575>

To cite this article: Demidov PM, Iakovleva MV, Zelenskaya IA, Demchenko EA. Pilot study of the dynamics of emotional state and quality of life of patients in stage 2 of medical rehabilitation after acute COVID-19. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:103-114. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-1-707>. (In Russ.)

Conflict of interest: the authors declare no conflicts of interest

Пандемия COVID-19 оказала колоссальное влияние на сферу здравоохранения и на многие другие общественные институты. Острая коронавирусная инфекция — COVID-19, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2, — может протекать как в форме респираторной инфекции легкого течения, так и в тяжелой форме. По состоянию на август 2022 года в мире зарегистрировано свыше 548 млн случаев заболевания, а также более 6,3 млн летальных исходов [23]. Несмотря на то что заболевание модифицируется, новые штаммы не демонстрируют прежней летальности, а коронавирусные ограничения частично отменяются, проблема не теряет своей актуальности — в особенности на территории Северо-Западного федерального округа РФ [4, 21], в котором показатель смертности на 100 тыс. населения самый высокий в стране.

Согласно временным методическим рекомендациям Минздрава РФ, COVID-19 по тяжести те-

чения подразделяется на легкий, среднетяжелый, тяжелый и крайне тяжелый [7]. К наиболее часто встречающимся осложнениям заболевания относятся вирусную пневмонию. При неблагоприятном течении возможно развитие острой дыхательной недостаточности, вследствие чего больному становится необходима респираторная поддержка [1]. Пациенты, находящиеся на стационарном лечении в палатах интенсивной терапии, испытывают крайне выраженный эмоциональный дискомфорт, который, в частности, сопровождается нарушениями эмоционального фона, повышенной тревогой, страхом смерти и т. д. [31].

Нахождение пациентов в длительной изоляции само по себе является неблагоприятным психологическим фактором. Длительная социальная и эмоциональная депривация приводит к психическим расстройствам как у них, так и у их родственников и близких [2]. Как в период острого заболевания, так и на этапе реабилитации боль-

ные нередко демонстрируют признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [17, 37]. В условиях отделений реанимации и в палатах интенсивной терапии пациенты вынужденно оказываются свидетелями того, как их соседи по палате уходят из жизни, нередко случаи утраты близких (в случаях совместной госпитализации) [29]. Данные обстоятельства крайне негативно влияют на их психику, приводя в том числе к психической травматизации и другим психическим последствиям [19, 23, 28, 30].

Последствия коронавирусной инфекции, а также последствия самой ситуации пандемии COVID-19 в целом проявляются в различных аспектах функционирования человека, оказывая влияние как на соматическом, так и на психическом и социальном уровнях. Около 20% людей, перенесших коронавирусную инфекцию, испытывают долгосрочные симптомы, длящиеся до 12 недель. Помимо этого, примерно в 2,3% случаев реконвалесценты страдают от последствий болезни дольше, чем 12 недель [35]. Данное состояние получило название постковидный синдром. Постковидный синдром был внесен в Международную классификацию болезней (МКБ) под кодом рубрики U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточненное».

Постковидный синдром чаще диагностируется в случаях тяжелого и среднетяжелого течения острого периода заболевания, когда требовалось стационарное лечение, в том числе в палатах интенсивной терапии, отделениях реанимации [26]. К наиболее распространенным общим симптомам этого состояния относятся: общая слабость, снижение толерантности к физической нагрузке (ТФН) (оба — около 60%), болевой синдром (около 35%), миалгия и артралгия (примерно в 20% случаев), снижение веса (более 10% случаев) [27]. При постковидном синдроме также важно учитывать нейрокогнитивные расстройства. Они представлены такими симптомами, как общее нарушение когнитивных функций (от 15 до 30%), снижение концентрации внимания (более 20%), дефицит памяти (более 20%); anosmia, дисгевзия и агевзия встречаются примерно в 15% случаев, головные боли с разной периодичностью (от 5 до 15%) [10, 22].

Отдельно стоит упомянуть о психических расстройствах при постковидном синдроме. К ним относятся: тревожные расстройства — встречаемость от 20 до 40% случаев, диссомния (тесно связанная с тревогой) — около 30% случаев, снижение эмоционального фона (депрессия) — в 20% случаев, признаки ПТСР демонстрируют около 20% пациентов [27, 37]. Отмечается, что симптомы депрессии в период пандемии получили широкое распространение не только среди переболевших COVID-19, но и среди населения в целом [6], что представляет дополнительные сложности в диагностике и коррекции подобных состояний в группах риска.

Одной из ключевых составляющих успешного восстановления после коронавирусной инфекции

является медицинская реабилитация. Пациенты могут нуждаться в реабилитации как после острого периода коронавирусной инфекции, так и после выписки из стационара и/или после выздоровления, когда отмечают длительное сохранение симптомов, проявившихся после перенесенной инфекции. Во временных методических рекомендациях Министерства здравоохранения подчеркивается необходимость комплексного подхода к реабилитации пациентов на всех этапах реабилитационного процесса. Применение телемедицинских технологий, продолжение в случае необходимости реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе являются залогом успешности реабилитации. Для повышения эффективности медицинской реабилитации акцентируется необходимость индивидуального подхода к каждому пациенту, учитывается как его соматический статус, так и не менее важный — психический. Работа медицинского психолога совместно с другими специалистами мультидисциплинарной бригады заключается в психодиагностических и психокоррекционных мероприятиях, направленных на диагностику и коррекцию психических нарушений у пациентов. Не меньшую актуальность приобретает психологическая поддержка медицинского персонала.

Значимым вопросом, также рассматриваемым в контексте описанной проблемы, является гендерная специфичность последствий перенесения коронавирусной инфекции, которая, предположительно, в большей степени проявляется в отношении психологических эффектов, чем соматических.

В связи с актуальностью вышеизложенного была сформулирована цель настоящего исследования — изучение динамики показателей эмоционального состояния (тревоги, симптомов депрессии) и качества жизни (КЖ) пациентов, проходящих программу стационарной медицинской реабилитации (2-й этап) после COVID-19.

Материалы и методы

Методы исследования. В соответствии с задачами исследования для определения клинических, социальных и психологических особенностей пациентов, проходящих реабилитацию после COVID-19, использовался комплекс клинико-психологических и психометрических методов.

Предварительно у всех пациентов было получено информированное согласие на участие в психологическом исследовании. Клинико-психологическая часть исследования включала изучение медицинской документации и структурированное интервью, проводимое с пациентами с целью получения данных об их демографических, клинических, психосоциальных характеристиках, об их отношении к ситуации болезни и лечения.

В исследовании были использованы следующие психометрические методики:

1. Шкала Спилбергер-Ханина (STAI) для исследования уровня тревожности — реактивной (ситуативной) и личностной — пациентов [34].

2. Шкала депрессии Бека (BDI) для оценки выраженности симптомов депрессии у пациентов [20].

3. Шкала качества жизни (SF-36) для оценки комплексных показателей КЖ пациентов [38].

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 25.0 и Excel XP. Различия количественных показателей психодиагностических методик определялись с помощью одновыборочного Т-критерия.

Характеристика выборки. Выборку на этапе пилотного исследования составили 36 пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию (COVID-19), вызванную коронавирусом тяжелого острого респираторного синдрома-2 (SARS-CoV-2), и находящихся в отделении реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России.

Средний возраст выборки составил $63,72 \pm 12,78$ лет; 12 пациентов — мужчины (33,33%), 24 — женщины (66,67%). Установлено, что 72% пациентов имеют высшее образование, 47,22% состоят в браке (официальном и гражданском). Распределение пациентов по показателю трудовой деятельности (до поступления в стационар в связи с COVID-19) было следующим: 58,33% работают (постоянно); 38,89% — пенсионеры, из них 21,43% работают. Большинство работающих пациентов (77,27%) после выписки из стационара вернулось к прежней работе (остальные планируют к ней вернуться в ближайшее время (9,09%), 9,09% сменили место работы, 4,55% отказались от работы в связи с медицинскими показаниями). 77,78% опрошенных отметили, что в настоящее время не испытывают финансовых затруднений.

Срок от начала заболевания до момента психодиагностического обследования составил от 12 до 13 недель. Показанием к прохождению стационарной реабилитации послужили жалобы пациентов на общую слабость и снижение ТФН, одышка и кашель, неприятные ощущения в области грудной клетки и др. У обследованных пациентов стоял диагноз U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточненное».

В связи с задачами исследования психодиагностические мероприятия с пациентами проводились в два этапа: при поступлении на отделение (оценка исходного состояния, начальный этап реабилитации) и перед выпиской с отделения (через 10–21 день, оценка динамики психологических показателей, завершающий этап реабилитации). Подобный временной разброс связан прежде всего с организационным фактором — различиями в сроках выписки пациентов из стационара. Стоит отдельно упомянуть, что при расширении выборки данный показатель будет приводиться к большему единообразию. Стационарная программа комплексной медицинской реабилитации проводилась при участии специалистов мультидисциплинарной реабилитационной бригады (лечащий врач, врач ЛФК, врач-физиотерапевт, инструктор-методист по лечебной физкультуре,

палатная медсестра, медицинский психолог, врач психотерапевт и др.).

Программа комплексной реабилитации включала наблюдение лечащим врачом, адекватную медикаментозную терапию в соответствии с показаниями, информирование пациента по вопросам, связанным с заболеванием и его лечением, физическую реабилитацию — ЛФК, дыхательная гимнастика, тренажерные тренировки (кардиотренажеры — велотренажер, тредмил, степпер, стабиллоплатформа, дыхательные тренажеры), массаж грудной клетки, физиотерапию (индивидуально — аэроионотерапия, вибромассаж, светотерапия, в том числе лазеротерапия, магнитотерапия, сухие углекислые ванны), психодиагностические и, при необходимости, психокоррекционные мероприятия. В рамках проводимой реабилитации психокоррекционные мероприятия оказываются пациентам по запросу. В выборку настоящего исследования пациенты, получавшие психологическую помощь, не были включены.

Результаты исследования

Клинико- и социально-психологические характеристики

В процессе проведения клинической беседы психологом прояснялись детальные обстоятельства болезни пациентов, стрессогенность ситуации болезни и лечения, некоторые особенности отношения к перенесенному заболеванию и получаемому лечению, субъективное восприятие опыта болезни и возможной стигматизации в связи с COVID-19, информированность пациентов в отношении заболевания.

Поскольку в литературе представлены данные о специфическом восприятии болезни и реагировании на нее медицинскими работниками [12], то пациенты опрашивались на предмет наличия у них медицинской подготовки и специфических знаний в области здравоохранения. Было установлено, что у 62,86% пациентов нет медицинского образования, 5,71% пациентов проходили курсы первой помощи или сходные программы, 8,57% имеют образование по смежным с медицинской специальностям, у 2,86% есть медицинское образование и работа по специальности. 20% госпитализированных пациентов сообщили, что имеют медицинское образование и работали с больными COVID-19.

Большинство пациентов отметило, что точно идентифицирует источник своего инфицирования COVID-19, т. е. обстоятельства, в которых произошло заражение. Наиболее распространенные ответы указывали на заражение на рабочем месте (27,78%), в общественном месте или через знакомых (27,78%), от кого-либо из членов семьи (13,89%). Чуть более 20% пациентов не могли идентифицировать источник заражения.

Стрессогенность ситуации болезни для пациентов во многом была обусловлена страхом за жизнь и здоровье не только свои, но и своих близких. 24 пациента (66,67%) отметили, что во время

их болезни существовал непосредственный риск заражения близких, что негативно сказывалось на их эмоциональном состоянии. Одновременно или практически одновременно с исследованными пациентами болели их близкие родственники: у 55,56% — в легкой или средней форме, у 22,22% — болели тяжело, в том числе были госпитализированы.

Оптимистичные данные получены в отношении социальной поддержки, получаемой пациентами в период болезни: так, 72,22% отметили, что близкие их поддерживали, относились к их состоянию с пониманием и заботой; еще 19,44% отметили, что близкие их поддерживали, но при этом охарактеризовали эту поддержку как недостаточную.

Изучение актуального вопроса стигматизации больных COVID-19, их возможной дискриминации позволило выявить, что почти 40% пациентов в той или иной мере сталкивались со стереотипами, «клеймением» или нарушением их прав, причем значительная часть подобных случаев была связана с трудовой деятельностью: нарушение санитарно-эпидемиологических норм, ухудшение отношений в коллективе, принуждение к работе в очном режиме вопреки документально подтвержденной болезни.

Изучение уровня информированности пациентов в отношении заболевания позволило установить, что 33,33% больных имеют четкое представление о коронавирусной инфекции (ее симптомах, течении, прогнозе), а 47,22% — только общее представление. При этом 50% пациентов имеют четкое представление о процессе реабилитации, 36,11% — общее представление, 13,89% отметили, что не осведомлены о процессе реабилитации.

На вопрос о причинах развития заболевания, т. е. об ответственности за инфицирование, пациенты отвечали, что это было «стечение обстоятельств» (47,22%) или «чей-то злой умысел» (36,11%), значительно реже они признавали собственную ответственность («сам виноват», 13,89%).

Изучение мнения пациентов о причинах развития у них осложнений после болезни позволило установить, что в основном респонденты связывают их с предрасположенностью своего организма, его уязвимостью (44,44%) и с особенностями данного заболевания, считая это естественным явлением для этапа восстановления после COVID-19 (38,89%). Однако 13,89% пациентов связали появление у себя осложнений после болезни с недостаточным и/или неправильным лечением в острый период болезни.

Наряду с фиксированием сведений об объективной тяжести протекания COVID-19, было исследовано субъективное мнение пациентов о тяжести их болезни. В целом, субъективное представление о тяжести болезни совпадало с объективно оцененным состоянием пациентов. 66,67% обследованных отметили, что очень тяжело перенесли болезнь, 30,56% — что средне тяжело, и лишь 1 респондент указал на легкую степень тяжести.

Зонами наибольшей фрустрации в связи с заболеванием пациентами назывались физическое состояние (55,56%) и работоспособность (19,44%).

В ходе клинической беседы пациенты нередко отмечали, что перенесение COVID-19 стало для них «переломным моментом», заставило пересмотреть некоторые взгляды на жизнь, по-иному расставить приоритеты. В процессе обсуждения субъективного смысла болезни пациенты указали, что ковид «стал для них испытанием» (36,11%), охарактеризовали болезнь как «препятствие» (25,00%), как «наказание» (16,67%), по 8,33% пациентов указали варианты «болезнь как проклятие» и «болезнь как ресурс».

Нахождение в реабилитационном стационаре, несмотря на более благоприятную обстановку, чем в период госпитализации в остром состоянии, и отсутствие непосредственной угрозы жизни и здоровью, вызывает у пациентов выраженный стресс. Только 14,29% пациентов характеризуют уровень стресса, связанного со стационарной реабилитацией, как легкий, в то время как 31,43% определяют его как средний и 54,29% — как тяжелый.

Тем не менее значимость реабилитации пациентами обычно не ставится под сомнение, а наиболее позитивный эффект, по их мнению, оказывает именно комплекс реабилитационных мероприятий (физиотерапия, фармакотерапия, охранительный режим, ЛФК и проч.), а не какое-либо одно конкретное вмешательство (52,78%).

Клинические характеристики

В исследовании был учтен ряд клинических характеристик пациентов. Среди них особенности инфицирования, протекания заболевания, ход лечения и наличие осложнений после болезни.

Для 35 из 36 обследованных больных инфицирование COVID-19 было первичным. Большинство пациентов, находящихся на реабилитации, во время болезни было госпитализировано в стационар (34 человека, 94,44%). Среднее время нахождения в ковид-стационаре составило $23,71 \pm 10,91$ дней. В отделении реанимации в связи с заболеванием находились 7 пациентов (19,44%); 3 пациента (8,33%) за время госпитализации прошли через опыт подключения к аппарату ИВЛ.

73,53% пациентов сообщили, что были доставлены в стационар экстренно, по скорой помощи; 26,47% прибыли в стационар самостоятельно, по рекомендации участкового врача.

Распределение пациентов по степени тяжести пневмонии было следующим: легкая форма — 2,78%, средняя форма — 38,89%, тяжелая форма — 50,00%, крайне тяжелая форма — 8,33%. Средняя степень поражения легких (по данным КТ) составляла $56,81 \pm 28,78\%$.

За время прохождения программы реабилитации у пациентов наблюдалось значимое снижение веса (c $84,19 \pm 14,08$ кг до $77,89 \pm 15,02$ кг ($p < 0,001$)), что могло быть связано с побочным действием медикаментозной терапии, вирусной интоксикацией, стрессом, депрессией, астенией и др.

Результаты психодиагностического исследования

В соответствии с задачами исследования показатели эмоционального состояния пациентов и их КЖ были изучены на начальном этапе реабилитации и перед выпиской из стационара, после прохождения программы реабилитации. Полученные данные были подвергнуты сравнительному анализу (Т-критерий); таким образом была предпринята попытка отслеживания динамики изучаемых параметров.

Исследование динамики показателей тревоги пациентов с помощью шкалы Спилбергера-Ханина (STAI) позволило установить, что ситуативная (реактивная) тревожность пациентов после прохождения реабилитации существенно ниже, чем на ее начальном этапе ($p < 0,001$) (Табл.1). Отмечается, что средние показатели реактивной тревожности в обоих замерах попадают в диапазон значений умеренной тревожности, в то время как средние показатели личностной тревожности — в диапазон высоких значений [34].

Исследование динамики выраженности депрессивных симптомов, оцененных с помощью методики «Шкала депрессии Бека» (BDI) (Табл.2), показало значимое снижение уровня депрессивных переживаний пациентов к концу реабилитации по общей шкале ($p = 0,001$). При этом средний общий показатель симптомов депрессии как до, так и после реабилитации находится на границе нормативных значений, в диапазоне значений, соответствующих слабо выраженным проявлениям депрессивного состояния, при которых может наблюдаться пониженная фрустрационная толерантность, эмоциональное напряжение с вегетативной неустойчивостью [20].

Исследование динамики КЖ, измеренного с помощью методики SF-36, показало значимое повышение КЖ пациентов в процессе реабилитации по всем шкалам методики ($p < 0,001$; Табл.3). Следует, однако, отметить, что изучение КЖ должно быть продолжено и после выписки, поскольку нахождение в больничных условиях накладывает определенные ограничения на оценку воспринимаемого пациентами КЖ.

С целью более детального исследования особенностей динамики психического состояния пациентов в процессе реабилитации группы пациентов мужского и женского пола были рассмотрены по отдельности.

Отмечается, что в отношении динамики показателей КЖ пациенты мужского и женского пола принципиально не различаются: в обеих группах наблюдается значимое повышение значений по всем восьми шкалам опросника SF-36 (см. табл. 4, 5). В группе женщин, однако, изменения статистически более значимые (см. табл. 5). В то же время картина изменений эмоционального состояния пациентов несколько разнится в зависимости от пола. Так, в группе пациентов мужского пола снижение было выявлено только по общему показателю депрессивных переживаний ($p < 0,05$; табл. 4), в то время как в группе пациентов женского пола

наблюдались снижение реактивной тревожности ($p < 0,01$), снижение общей выраженности депрессивных симптомов ($p = 0,01$) и их соматического компонента ($p < 0,01$).

Обсуждение результатов

Результаты настоящего пилотного исследования высветили несколько аспектов, требующих дополнительного внимания при рассмотрении проблемы восстановления пациентов после COVID-19 и прохождения ими реабилитационных программ. Обращает на себя внимание высокая стрессогенность ситуации нахождения в стационарном отделении медицинской реабилитации, связанная, возможно, как с переживанием повторной госпитализации при имеющемся у пациентов тяжелом опыте нахождения в стационаре для больных с COVID-19, с объективно тяжелым физическим и психическим состоянием и неясными прогнозами в отношении перспектив его улучшения, так и с психологической травматичностью ситуации болезни. Большое число пациентов отметили, что кроме неблагоприятного физического самочувствия во время болезни они испытывали значительные психологические и социально-психологические трудности, среди которых стигматизация в связи с COVID-19. В настоящее время, когда, согласно новейшим данным, большинство случаев COVID-19 протекает в легкой или вовсе бессимптомной форме, а многие государства снимают требование изоляции болеющих, сокращая срок больничных листов по COVID-19, данная проблема может потерять свою актуальность. Однако те травматические переживания в связи со стигматизацией, с которыми столкнулись пациенты/родственники/медицинский персонал в первые месяцы пандемии, могут иметь долгосрочные последствия для их психологического благополучия [18, 33].

Представляют интерес результаты, касающиеся невысокой осведомленности пациентов — согласно их собственной субъективной оценке — в отношении процесса реабилитации, в котором они принимают участие. Указанные данные значимы для понимания степени вовлеченности пациентов в проводимую им программу реабилитации, их активной/пассивной позиции в восстановительных мероприятиях, желания и готовности принимать на себя ответственность за результат этих мероприятий и существующих сложностей в коммуникации между пациентами и медицинским персоналом.

В ходе исследования было также установлено, что у пациентов, проходящих программу стационарной комплексной реабилитации после перенесения COVID-19, наблюдается положительная динамика показателей эмоционального состояния и КЖ: значимо снижается выраженность тревожных и депрессивных переживаний. При этом было установлено, что как на начальном, так и на завершающем этапах реабилитации средние показатели реактивной тревожности и средние

Таблица 1. Показатели тревоги пациентов, перенесших COVID-19, на начальном и завершающем этапах реабилитации**Table 1. Anxiety scores in COVID-19 patients at baseline and end of rehabilitation**

Шкалы STAI	М (SD) до	М (SD) после	Т-критерий	р-значимость
Реактивная тревожность	42,19 (10,33)	37,83 (7,00)	3,97	0,000
Личностная тревожность	48,17 (8,87)	47,03 (7,64)	1,54	0,132

Таблица 2. Показатели симптомов депрессии пациентов, перенесших COVID-19, на начальном и завершающем этапах реабилитации**Table 2. Rates of depression symptoms in COVID-19 patients at baseline and end of rehabilitation**

Шкалы BDI	М (SD) до	М (SD) после	Т-критерий	р-значимость
BDI (общая шкала)	11,50 (5,76)	10,61 (5,14)	3,63	0,001
BDI (когнитивная)	5,33 (3,76)	5,19 (3,45)	0,87	0,392
BDI (соматическая)	6,17 (3,68)	5,42 (3,30)	3,42	0,002

Таблица 3. Показатели качества жизни пациентов, перенесших COVID-19, на начальном и завершающем этапах реабилитации**Table 3. Quality of life indicators for COVID-19 patients at baseline and end of rehabilitation**

Шкалы SF-36	М (SD) до	М (SD) после	Т-критерий	р-значимость
Физическое функционирование (PF)	48,61 (27,01)	77,92 (17,78)	-9,66	0,000
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	14,58 (29,51)	69,50 (17,98)	-14,33	0,000
Интенсивность боли (BP)	54,39 (30,18)	82,67 (17,36)	-7,68	0,000
Общее состояние здоровья (GH)	56,06 (13,67)	62,08 (14,40)	-4,25	0,000
Жизненная активность (VT)	47,69 (20,48)	70,69 (11,72)	-9,99	0,000
Социальное функционирование (SF)	49,22 (28,24)	81,07 (15,40)	-8,04	0,000
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	25,97 (36,74)	72,67 (17,71)	-9,63	0,000
Психическое здоровье (MN)	57,67 (24,54)	74,89 (12,71)	-7,16	0,000

Таблица 4. Значимые различия в показателях эмоционального состояния и качества жизни пациентов мужского пола, перенесших COVID-19, на начальном и завершающем этапах реабилитации**Table 4. Significant differences in emotional state and quality of life in male COVID-19 patients at baseline and end of rehabilitation**

Психометрические шкалы	М (SD) до	М (SD) после	Т-критерий	р-значимость
BDI (общая шкала)	9,42 (4,461)	8,42 (4,209)	2,253	0,046
SF-36 — PF	53,33 (27,164)	81,67 (21,462)	-5,304	0,000
SF-36 — RP	20,83 (29,835)	68,75 (24,133)	-7,374	0,000
SF-36 — BP	68,58 (28,716)	90,00 (14,918)	-3,646	0,004
SF-36 — GH	64,75 (11,153)	72,92 (13,661)	-2,874	0,015
SF-36 — VT	57,67 (17,681)	74,58 (12,332)	-4,385	0,001
SF-36 — SF	51,25 (28,043)	81,00 (19,614)	-4,018	0,002
SF-36 — RE	42,00 (43,222)	77,42 (21,961)	-4,674	0,001
SF-36 — MN	70,67 (19,472)	81,33 (10,421)	-3,697	0,004

Таблица 5. Значимые различия в показателях эмоционального состояния и качества жизни пациентов женского пола, перенесших COVID-19, на начальном и завершающем этапах реабилитации
Table 5. Significant differences in the emotional state and quality of life of female COVID-19 patients at baseline and end of rehabilitation

Психометрические шкалы	M (SD) до	M (SD) после	T-критерий	p-значимость
STAI (Реактивная тревожность)	44,96 (10,519)	39,67 (6,578)	3,552	0,002
BDI (общая шкала)	12,54 (6,129)	11,71 (5,287)	2,788	0,010
BDI (соматическая)	6,75 (4,152)	6,04 (3,653)	2,991	0,007
SF-36 — PF	46,25 (27,197)	76,04 (15,810)	-7,913	0,000
SF-36 — RP	11,46 (29,469)	69,88 (14,594)	-12,501	0,000
SF-36 — BP	47,29 (28,875)	79,00 (17,604)	-6,896	0,000
SF-36 — GH	51,71 (12,865)	56,67 (11,597)	-3,133	0,005
SF-36 — VT	42,71 (20,269)	68,75 (11,156)	-9,615	0,000
SF-36 — SF	48,21 (28,879)	81,10 (13,302)	-6,923	0,000
SF-36 — RE	17,96 (30,971)	70,29 (15,138)	-8,751	0,000
SF-36 — MN	51,17 (24,544)	71,67 (12,699)	-6,543	0,000

показатели симптомов депрессии выражены умеренно или незначительно, они немного превосходят нормативные значения. Как уже отмечалось ранее, в зарубежных и отечественных исследованиях было выявлено, что состояние, называемое постковидом, у многих пациентов характеризуется повышенными показателями тревоги и депрессии, причем симптомы эмоциональных нарушений сохраняются на протяжении длительного периода и даже акцентируются именно после завершения острой фазы заболевания [16]. В настоящем исследовании не было выявлено выраженных симптомов тревоги и депрессии, однако это согласуется с существующими данными, свидетельствующими о том, что, несмотря на распространенность подобных особенностей, у большого числа пациентов они не наблюдаются [25].

Выявленное в настоящем исследовании снижение КЖ пациентов, поступающих на реабилитацию, согласуется с имеющимися данными о снижении КЖ пациентов, перенесших COVID-19 [15, 25, 36], причем это касается как физических, так и психологических аспектов КЖ [32]. Прослеживаемая положительная динамика всех показателей КЖ в процессе реабилитации подтверждается и в других исследованиях [11, 13] и может свидетельствовать о важности реабилитации для объективного и субъективного благополучия пациентов, причем авторами подчеркивается роль именно комплексной реабилитации [14].

Многие работы в настоящее время посвящены изучению изменений в эмоциональном состоянии пациентов в результате применения специфической фармакотерапии [3, 5], однако роль психологической коррекции и психологического сопровождения не должна преуменьшаться. Пациенты, принимавшие участие в настоящем исследовании, не получали специфической психологической по-

мощи; положительная динамика изучаемых психологических характеристик может быть связана как с общим улучшением состояния их здоровья, с эффективностью лечебных мероприятий, так и со временем, прошедшим с момента выхода из острой фазы заболевания, с естественным восстановлением организма. Несмотря на вышесказанное, роль клинического психолога в сопровождении пациентов чрезвычайно важна, а включение психологического консультирования или психотерапии в план программ реабилитации позволит достигать более существенного улучшения психологического (и, соответственно, физического) благополучия пациентов, в том числе за счет предоставления им инструментов для самостоятельной работы после выписки из стационара (напр., техники нормализации эмоционального состояния и под.).

Были проанализированы психологические характеристики пациентов, проходящих реабилитацию, отдельно в группах мужчин и женщин. Подобное деление может быть актуальным при изучении различных психических особенностей и нарушений в долгосрочном периоде после COVID-19, в частности эмоционального состояния пациентов, т. к. эмоциональное реагирование на ситуацию болезни, на госпитализацию может быть различным у пациентов разного пола. Существующие на сегодняшний день данные не дают однозначного ответа на вопрос о распространенности психических нарушений, в том числе тревожно-депрессивных, у пациентов разных полов; так, некоторые исследования установили, что женский пол ассоциирован с большим риском развития коморбидных психических нарушений в отдаленном периоде после перенесения COVID-19 [32]; согласно другим данным, гендерной разницы в возникновении психических расстройств после

перенесения COVID-19 не выявлено [9]. Существующие данные о более тяжелом протекании периода реабилитации после острой фазы болезни среди мужчин и более позднем проявлении признаков осложнений после COVID-19 среди женщин [8], однако, не позволяют с уверенностью говорить о специфичности протекания процесса восстановления после перенесения COVID-19 у мужчин и женщин, в особенности о специфичности восстановлении психического благополучия пациентов мужского и женского пола.

Описанные особенности требуют дальнейшего изучения на расширенной выборке (а также с учетом возрастного фактора) с применением более точных методов математико-статистической обработки данных.

Тем не менее полученные результаты подтверждают актуальность рассмотрения динамики психологических показателей в процессе реабилитации после COVID-19, в том числе с учетом пола.

Заключение

Изучение психологических характеристик лиц, перенесших COVID-19, актуально не только и не

столько в остром периоде заболевания, сколько в долгосрочной перспективе. Исследование динамики показателей эмоциональной сферы, когнитивной сферы, КЖ и некоторых других позволяет оценить отдаленные последствия заболевания и планировать программы реабилитации и восстановления для пациентов.

Полученные в настоящем исследовании предварительные данные о положительной динамике эмоционального состояния и КЖ пациентов в контексте медицинской реабилитации, в том числе с учетом различий по полу, свидетельствуют о ее эффективности и необходимости, однако к настоящему моменту остается открытым вопрос о внедрении психологического аспекта в программы реабилитации, который, по мнению авторов, позволит добиться еще большей эффективности подобных программ, особенно в долгосрочной перспективе, после выписки пациентов из стационара.

Литература / References

1. Авдеев С.Н., Царева Н.А., Мерзоева З.М. и др. Практические рекомендации по кислородотерапии и респираторной поддержке пациентов с COVID-19 на дореанимационном этапе. *Пульмонология*. 2020;30(2):151–163. Avdeev SN, Tsareva NN, Merzhoeva ZM et al. Practical guidance for oxygen treatment and respiratory support of patients with COVID-19 infection before admission to intensive care unit. *Pulmonologiya*. 2020;30(2):151–163. (In Russ.). <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2020-30-2-151-163>.
2. Айзеништейн А.Д., Воловик Д.Д., Абдурахманов Р.А. и др. Особенности оказания психологической помощи родственникам пациентов в условиях инфекционного стационара при работе с COVID-19. *Вестник восстановительной медицины*. 2020;6(100):4–13. Aizenshtein AD, Volovik DD, Abdurakhmanov RA et al. Features of Providing Psychological assistance to relatives of Patients in Infectious Hospital when Working with COVID-19. *Vestnik vosstanovitel'noy mediciny*. 2020;6(100):4–13. (In Russ.). <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2020-100-6-4-13>.
3. Александрова Е.А., Паришина Е.В., Бородачева И.В. и др. Возможности дневных анксиолитиков в коррекции остаточных неврологических проявлений COVID-19. *Медицинский совет*. 2021;12:50–60. Aleksandrova EA, Parshina EV, Borodacheva IV et al. Possibilities of daytime anxiolytics in the correction of residual neurological manifestations of COVID-19. *Meditsinskiy sovet*. 2021;12:50–60. (In Russ.).
4. Беляков Н.А., Боева Е.В., Симакина О.Е. и др. Пандемия COVID-19 и ее влияние на течение других инфекций на Северо-Западе России. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2022;14(1):7–24. Belyakov NA, Boeva EV, Simakina OE et al. The COVID-19 pandemic and its impact on the course of other infections in Northwestern Russia. *VICH-infekciya i immunosupressii*. 2022;14(1):7–24. (In Russ.). <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2022-14-1-7-24>.
5. Боголепова А.Н., Осиновская Н.А., Коваленко Е.А. и др. Возможные подходы к терапии астенических и когнитивных нарушений при постковидном синдроме. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(4):88–93. Bogolepova AN, Osinovskaya NA, Kovalenko EA et al. Fatigue and cognitive impairment in post-COVID syndrome: possible treatment approaches. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2021;13(4):88–93. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-4-88-93>.
6. Васильева А.В. Эволюционная модель депрессии в период пандемии. Альянс психо- и фармакотерапии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;1:91–101. Vasileva AV. Evolutional depression model in the time of pandemic. *Psychotherapy and psychopharmacotherapy alliance. Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2021;1:91–101. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-1-91-101>.

7. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 15. Министерство здравоохранения Российской Федерации [minzdrav.gov.ru]. Minzdrav; 2022 [прочитано 27 июня 2022]. Доступно: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/059/392/original/%D0%92%D0%9C%D0%A0_COVID-19_V15.pdf
8. Гуляев П.В., Реснянская С.В., Островская И.В. Выявление постковидного синдрома у пациентов, перенёвших новую коронавирусную инфекцию. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022;2:107–128. Gulyaev PV, Resnyanskaya SV, Ostrovskaya IV. Detection of Post-coronavirus syndrome in patients who have had a new coronavirus infection. *Sovremennye problemy zdravooohraneniya i medicinskoj statistiki*. 2022;2:107–128. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2022-2-107-128>.
9. Емельянцева Т.А., Смычек В.Б., Мартыненко А.И. и др. COVID-19 и психические расстройства: анализ данных и перспективы. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2021;12(3):383–390. Yemelyantsava TA, Smychek VB, Martynenko AI et al. COVID-19 and Mental Disorders: Data Analysis and Perspectives. *Psihiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*. 2021;12(3):383–390. (In Russ.).
10. Захаров Д.В., Буряк Ю.В. Постковидные когнитивные расстройства. Современный взгляд на проблему, патогенез и терапию. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2021;55(4):97–105. Zakharov DV, Buriak YV. The Post-COVID-19 cognitive impairment. A modern view of the problem, pathogenesis and treatment. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2021;55(4):97–105. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-57-4-97-105>.
11. Исакова Л.А., Пенина Г.О., Суханова О.Б. и др. Реабилитация пациентов после новой коронавирусной инфекции Covid-19 на амбулаторном этапе. Вестник Сыктывкарского университета. Серия 2: Биология. Геология. Химия. Экология. 2021;3(19):9–17. Isakova LA, Penina GO, Sukhanova OB et al. Rehabilitation of patients after new coronavirus infection Covid-19 at the outpatient stage. *Vestnik Syktyvkarskogo universiteta. Seriya 2: Biologiya. Geologiya. Himiya. Ekologiya*. 2021;3(19):9–17. (In Russ.). <https://doi.org/10.34130/2306-6229-2021-3-9>.
12. Короткова И.С., Яковлева М.В., Щелкова О.Ю. и др. Особенности психологического реагирования и механизмы адаптации к стрессу, вызванному пандемией COVID-19. Консультативная психология и психотерапия. 2021;29(1):9–27. Korotkova IS, Iakovleva MV, Shchelkova OYu et al. Psychological Response and Mechanisms of Adaptation to Stress Caused by COVID-19 Pandemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2021;29(1):9–27. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290102>.
13. Крюков Е.В., Савушкина О.И., Малащенко М.М. и др. Влияние комплексной медицинской реабилитации на функциональные показатели системы дыхания и качество жизни у больных, перенесших COVID-19. Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2020;78:84–91. Kryukov EV, Savushkina OI, Malashenko MM et al. Influence of complex medical rehabilitation on pulmonary function and quality of life in patients after COVID-19. *Byulleten' fiziologii i patologii dyhaniya*. 2020;78:84–91. (In Russ.). <https://doi.org/10.36604/1998-5029-2020-78-84-91>.
14. Несина И.А., Головкин Е.А., Шакула А.В. и др. Опыт амбулаторной реабилитации пациентов, перенесших пневмонию, ассоциированную с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Вестник восстановительной медицины. 2021;20(5):4–11. Nesina IA, Golovko EA, Shakula AV et al. Experience of Outpatient Rehabilitation of Patients after Pneumonia Associated with the New Coronavirus Infection COVID-19. *Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*. 2021;20(5):4–11. (In Russ.). <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2021-20-5-4-11>.
15. Петров М.В., Белугина Т.Н., Бурмистрова Л.Ф. и др. Сравнительная оценка качества жизни пациентов со старческой астенией и перенесенным COVID-19 через 3 и 6 месяцев после выписки из стационара. Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. 2022;37(1):123–128. Petrov MV, Belugina TN, Burmistrova LF et al. Comparative characteristics of the quality of life in patients with senile asthenia and history of COVID-19 three and six months after discharge from the hospital. *Sibirskij zhurnal klinicheskoy i eksperimental'noj mediciny*. 2022;37(1):123–128. (In Russ.). <https://doi.org/10.29001/2073-8552-2022-37-1-123-128>.
16. Тяпаева А.Р., Семенова О.Н., Ташкенбаева Э.Н. и др. Клинико-лабораторные проявления и психологические особенности COVID-19 у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и средней степенью тяжести коронавирусной инфекции через месяц после выписки из стационара. Российский кардиологический журнал. 2021;26(4):8–16. Tyapayeva AR, Semenova ON, Tashkenbaeva EN et al. Clinical, laboratory and psychological aspects of moderate COVID-19 in cardiovascular patients one month after discharge from the hospital. *Rossiyskiy kardiologicheskij zhurnal*. 2021;26(4):8–16. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4603>.

17. Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Пуговкина О.Д. и др. Посттравматический стресс у пациентов с COVID-19 после лечения в стационаре. Современная терапия психических расстройств. 2021;3:58–67. Kholmogorova AB, Rakhmanina AA, Pugovkina OD et al. Post-Traumatic Stress in COVID-19 Patients after Inpatient Treatment. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv*. 2021;3:58–67. (In Russ.). <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2021.90.34.006>.
18. Baldassarre A, Giorgi G, Alessio F et al. Stigma and Discrimination (SAD) at the Time of the SARS-CoV-2 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6341. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176341>
19. Baumann BM, Cooper RJ, Medak AJ et al. Emergency physician stressors, concerns, and behavioral changes during COVID-19: A longitudinal study. *Acad Emerg Med*. 2021;28(3):314–324. <https://doi.org/10.1111/acem.14219>.
20. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the Depression Inventory. *Psychological Measurements in Psychopharmacology. Modern Probl Pharmacopsychiatry*. 1974;7:151–169.
21. Bouzid D, Visseaux B, Kassasseya C et al. Comparison of Patients Infected With Delta Versus Omicron COVID-19 Variants Presenting to Paris Emergency Departments: A Retrospective Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2022;175(6):831–837. <https://doi.org/10.7326/M22-0308>.
22. Ceban F, Ling S, Lui LMW et al. Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2022;101:93–135. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.12.020>.
23. Coşkun Şimşek D, Günay U. Experiences of nurses who have children when caring for COVID-19 patients. *Int Nurs Rev*. 2021;68(2):219–227. <https://doi.org/10.1111/inr.12651>.
24. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Johns Hopkins University & Medicine Coronavirus research centre [coronavirus.jhu.edu]. Coronavirus; 2022 [обновлено 2 августа 2022; процитировано 4 августа 2022]. Доступно: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
25. Daher A, Balfanz P, Cornelissen C et al. Follow up of patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): Pulmonary and extrapulmonary disease sequelae. *Respir Med*. 2020;174:106197. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106197>.
26. Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *J Infect*. 2020;81(6):e4–e6. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.029>.
27. Groff D, Sun A, Ssentongo AE et al. Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. 2021;4(10):e2128568. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.28568>.
28. Kaplan Serin E, Bülbüloğlu S. The Effect of Attitude to Death on Self-Management in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus During the COVID-19 Pandemic. *Omega (Westport)*. 2021;302228211020602. <https://doi.org/10.1177/00302228211020602>.
29. Liu W, Liu J. Living with COVID-19: a phenomenological study of hospitalised patients involved in family cluster transmission. *BMJ Open*. 2021;11(2):e046128. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046128>.
30. Luquiens A, Morales J, Bonneville M et al. Mental Burden of Hospital Workers During the COVID-19 Crisis: A Quantitative Analysis. *Front Psychiatry*. 2021;12:622098. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.622098>.
31. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 2020;89:594–600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>.
32. Méndez R, Balanzá-Martínez V, Luperdi SC et al. Short-term neuropsychiatric outcomes and quality of life in COVID-19 survivors. *J Intern Med*. 2021;290(3):621–631. <https://doi.org/10.1111/joim.13262>.
33. Saeed F, Mihan R, Mousavi SZ et al. A Narrative Review of Stigma Related to Infectious Disease Outbreaks: What Can Be Learned in the Face of the Covid-19 Pandemic? *Front Psychiatry*. 2020;11:565919. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.565919>
34. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene, R et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.
35. Sudre CH, Murray B, Varsavsky T et al. Attributes and predictors of long COVID. *Nat Med*. 2021;27(4):626–631. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01292-y>.
36. van den Borst B, Peters JB, Brink M et al. Comprehensive Health Assessment 3 Months After Recovery From Acute Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Clin Infect Dis*. 2021;73(5):e1089–e1098. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1750>.
37. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020;89:531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>.
38. Ware Jr. JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*. 1992;30:473–483.

Сведения об авторах

Демидов Петр Михайлович — медицинский психолог, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Минздрава России (Санкт-Петербург, 197341, ул. Аккуратова 2). E-mail: Demidov_PM@almazovcentre.ru; petrdemidovx@gmail.com

Яковлева Мария Викторовна — кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург, 199034, Университетская наб. 7–9). E-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru

Зеленская Ирина Александровна — медицинский психолог, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Минздрава России. E-mail: zelenskaya_ia@almazovcentre.ru

Демченко Елена Алексеевна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник НИЛ реабилитации, профессор кафедры факультетской терапии с клиникой Национального медицинского исследовательского центра имени В.А. Алмазова Минздрава России. E-mail: demchenko_ea@almazovcentre.ru

Поступила 03.10.2022

Received 03.10.2022

Принята в печать 12.01.2023

Accepted 12.01.2023

Дата публикации 29.03.2024

Date of publication 29.03.2024