НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
НЕЙРОПСИХИАТРИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ «ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1
ИМЕНИ Н. А. АЛЕКСЕЕВА ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ»

На правах рукописи

Бравве Лидия Викторовна

ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКАЮЩИЕ ШИЗОФРЕНОФОРМНЫЕ ПСИХОЗЫ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ COVID-19

3.1.17 — Психиатрия и наркология (медицинские науки)

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Костюк Георгий Петрович

МОСКВА — 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 13
1.1. Концепция шизофреноформного психоза 13
1.2. Распространенность и исход шизофреноформных психозов 18
1.3. Влияние инфекций на шизофреноформные психозы и патогенетические механизмы нейротоксичности SARS-CoV-2 20
1.4. Психосоциальный вклад COVID-19 в развитие психоза 24
1.5. Шизофреноформные психозы на фоне течения COVID-19 26
1.6. Дифференциальная диагностика шизофреноформных психозов 30
ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 34
2.1. Дизайн исследования 34
2.2. Методы исследования 37
2.3. Характеристика материала исследования 40
ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ ШИЗОФРЕНОФОРМНЫХ ПСИХОЗОВ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 47
3.1. Сравнительная характеристика пациентов с впервые возникшими шизофреноформными психозами на фоне течения COVID-19 и без инфекции 47
3.2. Клинико-психопатологические особенности и типология впервые возникших шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 54
ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ КУПИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ ШИЗОФРЕНОФОРМНЫХ ПСИХОЗОВ 95
ГЛАВА 5. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ ШИЗОФРЕНОФОРМНЫХ ПСИХОЗОВ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 (РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ) 108
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 116
ВЫВОДЫ 129
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 131

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Манифестация шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 требует дифференциации с симптоматическими психозами (Chaudhary A. M. D. et al., 2022; Kulaga S. S. et al., 2021; Puiu M. J. et al., 2023; Rogers J. P. et al., 2020; Smith C. M. et al., 2021; Vyas C. M. et al., 2023; Watson C. J. et al., 2021). При этом дифференциальная диагностика затрудняется изменением клинической картины шизофреноформного психоза под влиянием инфекции (Brown E. et al., 2020; Jansen van Vuren E. et al., 2021; Liu H. et al., 2024; Ng J.-H. et al., 2023; Nirisha P. L. et al., 2022; Ritunnano R. et al., 2022; Xiong J. et al., 2020). Во-первых, вирус оказывает инфекционно-токсическое действие, нарушая работу центральной нервной системы (Петрова Н. Н. и др., 2021; Baig A. N. et al., 2020; Desforges M. et al., 2019; Moriguchi T. et al., 2020; Nawa H. et al., 2025; Peiris S. et al., 2021; Solomon I. H. et al., 2020; Wu Y. et al., 2020). Во-вторых, оказание медицинской помощи сопряжено с психогенным фактором в виде высокого риска летального исхода при заражении (Amdal C. D. et al., 2021; Cai X. et al., 2020; Poudel A. K. et al., 2021; Vlake J. H. et al., 2021), помещения пациентов в стационар и общения с медработниками, одетыми в респираторы и защитные костюмы (Gluska H. et al., 2021; Hampton T. R. et al., 2020; Muzzi E. et al., 2021; Suhas S. et al., 2022), жестких карантинных мер (Осколкова С. Н., 2020; Bonati M. et al., 2022; Rajkumar E. et al., 2022; Solmi M. et al., 2024; Taylor S., 2022). Вклад психогенных факторов показывает изменение структуры психотических переживаний — в первые недели пандемии тема заражения вирусом встречалась в 39–58 % всех случаев психозов (Maglia M. et al., 2023; Mantas C. et al., 2022; Pérez-Balaguer A. et al., 2023; Rittmannsberger H. et al., 2022). Наконец, дополняют значимость стрессового фактора сообщения о развитии реактивных психозов на фоне пандемии у не зараженных COVID-19 (Agostino D. et al., 2021; Finatti F. et al., 2020; Lazzari C. et al., 2020; Valdés-Florido M. J. et al., 2020). Роль инфекционно-токсического

и психогенного факторов отмечена в опубликованных работах, но подробного описания их патопластического влияния на клиническую картину психозов шизофренического спектра нет (Chaudhary A. M. D. et al., 2022; Idehen J. B. et al., 2022; Moccia L. et al., 2023).

Таким образом, совершенствование этапа дифференциальной диагностики психозов, манифестирующих в рамках расстройств шизофренического спектра на фоне течения COVID-19, позволит в ранние сроки начать патогенетическую терапию и обеспечить преемственность по оказанию помощи на постгоспитальных этапах.

Степень разработанности темы исследования. Исследователи отмечают важную роль инфекционно-токсического и стрессового воздействия на развитие психозов (Прокопович Г. А. и др., 2021; de Sousa M. et al., 2021; Messina A. et al., 2023; Ravindran N. P. et al., 2022; Watson C. J. et al., 2021), однако данные об их влиянии на клиническую картину психоза носят отрывочный характер. Среди описаний психопатологии шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 (Iqbal Y. et al., 2020; Lanier C. G. et al., 2022; Majadas S. et al., 2020; Noone R. et al., 2020) ряд авторов отмечали, что средний возраст развития психоза — 40–44 года (Chaudhary A. M. D. et al., 2022; Smith C. N. et al., 2021), характерно (74 %) развитие на фоне легкого течения COVID-19 (Chaudhary A. M. D. et al., 2022; Smith C. N. et al., 2021), преимущественно встречаются бред (92 %) и галлюцинации (69 %) (Rentero D. et al., 2020; Smith C. N. et al., 2021; Varatharaj A. et al., 2020). Несмотря на перечисленные особенности, в большинстве работ не учитывается генез расстройства и долгосрочный исход, что затрудняет дифференциальную диагностику, определяющую тактику ведения пациента. Показана эффективность лечения подобных психозов атипичными антипсихотиками (Ellini S. et al., 2023; Kaur M. et al., 2022; Lovi N. K. et al., 2022) в минимальных и средних терапевтических дозировках (O'Leary K. B. et al., 2023; Tariku M. et al., 2020; Xie Q. et al., 2020) в сочетании с бензодиазепинами (Nirisha P. L. et al., 2022; Santos N. F. et al., 2021) и нормотимиками (Atris A. et al., 2021; Puiu M. G. et al., 2023). Однако анализ терапии ограничен отдельными

клиническими случаями, притом что пациенты получают психофармакотерапию в сочетании с лечением COVID-19 без указания этапности разрешения психоза. Изучение клинической картины, динамики и терапии шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 представлено отдельными случаями с противоречивыми результатами, что оставляет эту тему открытой для изучения и обсуждений. Исследования в этом направлении дополнят и расширят полученные ранее данные о расстройствах шизофренического спектра, поскольку COVID-19 — универсальная модель изучения влияния инфекции на течение психоза.

Цели и задачи исследования

Цель исследования — изучение особенностей клинической картины и динамики впервые возникающих шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19.

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать клинико-психопатологические особенности впервые возникающих острых шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19.
2. Разработать клиническую типологию впервые возникающих шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19.
3. Выявить этапность разрешения впервые возникающих шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 психозов и установить варианты исхода болезни в ходе катамнестического наблюдения.
4. Проанализировать купирующую и противорецидивную терапию впервые возникших шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19.

Объект исследования. Пациенты 18–60 лет с диагнозом «шизофреноподобное психотическое расстройство» (F23.2), госпитализированные с острым психозом в специализированные инфекционные и общепсихиатрические отделения на базе ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (далее — ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ») в зависимости от наличия у них COVID-19.

Предмет исследования. Клиническая картина острого шизофреноформного психоза, изменяющаяся под действием факторов, ассоциированных с COVID-19.

Гипотеза исследования. Впервые возникшие острые шизофреноформные психозы приобретают особенности клинической картины и течения под воздействием психогенного и инфекционно-токсического факторов, ассоциированных с COVID-19.

Научная новизна исследования. В настоящем исследовании подробно проанализирована клиническая картина впервые возникающих шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19. Впервые показано и подробно охарактеризовано влияние инфекционно-токсических и психогенных факторов на клинические проявления шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 у пациентов психиатрического стационара, что проявлялось изменением интенсивности психопатологических симптомов в зависимости от тяжести COVID-19. Предложенная типологическая дифференциация позволяет улучшить этап дифференциальной диагностики и изучить особенности включения темы пандемии в структуру психотических переживаний. Данный вклад составляет принципиальную новизну работы и отличает ее от предыдущих исследований (Петрова Н. Н. и др., 2021; Chaudhary A. M. D. et al., 2022; O'Leary K. B. et al., 2023; Smith C. N. et al., 2021; Xie Q. et al., 2020). По сравнению с ранее опубликованными работами (Andrade G. et al., 2020; Chatterjee S. S. et al., 2020; Javelot H. et al., 2020; Moreno-Martos J. K. et al., 2024; Mueller J. K. et al., 2023) выявлены достоверные различия купирующей терапии шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 от психозов без инфекции, показана эффективность сочетанной стандартизированной терапии COVID-19 и антипсихотиков. С учетом прошлых данных о благополучных исходах психозов на фоне течения COVID-19 (Alba L. et al., 2021; Haddad P. M. et al., 2020; Kozato N. et al., 2021; Parker C. et al., 2021; Puiu M. G. et al., 2023) получены новые данные об их исходе в шизофрению, что показало трехлетнее катамнестическое наблюдение за этой выборкой пациентов.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Настоящее исследование вносит вклад об особенностях течения впервые возникающих шизофреноформных психозов, протекающих одновременно с вирусным заболеванием. Решена актуальная для клинической психиатрии задача изучения клинико-психопатологических характеристик и динамики впервые возникающих шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19, что позволило расширить понимание особенностей клинической картины психозов шизофренического спектра, выявить этапность разрешения шизофреноформных психозов и проследить их исход.

Полученные новые данные о психопатологических особенностях подобных психозов способствуют расширению знаний о течении расстройств шизофренического спектра под патопластическим влиянием инфекций, также они обладают прогностической ценностью и позволяют подобрать адекватную психофармакотерапию. Данные об изменении клинической картины шизофреноформного психоза под действием инфекционно-токсического и психогенного факторов COVID-19 могут быть основой для дальнейшего изучения указанных расстройств. Показанная этапность развертывания психоза с начальными кратковременными экзогенными симптомами (астения, расстройства сознания, истинные галлюцинации), сменяющимися в дальнейшем продуктивными симптомами шизофрении, углубляет понимание динамического взаимодействия эндогенных и экзогенных компонентов в психозе. Выявленная связь тяжести течения инфекции с остротой и тяжестью психоза не только вносит вклад в учение о течении психозов шизофренического спектра, но и дополняет сведения о реакциях экзогенного типа. Разработанная оригинальная типология на основе ведущего синдрома позволила выявить закономерности включения темы пандемии в фабулу психотических переживаний в зависимости от синдромальной структуры, что развивает синдромологический подход в клинической психиатрии и улучшает понимание механизмов бредообразования.

Выявленные особенности применения антипсихотиков на стадии купирующей терапии могут быть рекомендованы к использованию пациентам с

острыми шизофреноформными психозами на фоне течения вирусной инфекции для быстрого достижения терапевтического эффекта, а особенности противорецидивного этапа — для ведения пациентов на постгоспитальных этапах со снижением риск рецидива расстройства, что предотвращает социально-трудовую дезадаптацию, свойственную пациентам с расстройствами шизофренического спектра, и улучшает качество жизни больных. Материалы исследования могут служить основой для создания клинических рекомендаций и алгоритмов ведения пациентов с впервые возникшими психотическими состояниями на фоне острых респираторных инфекций, в том числе в условиях специализированных инфекционных отделений.

Установленные сведения о роли инфекции SARS-CoV-2 в дебюте психотических расстройств как провоцирующего фактора (триггера) дополняют сведения о роли инфекционных агентов в развитии расстройств шизофренического спектра и подтверждают общепринятую модель «стресс-диатез». Показанные варианты исхода болезни позволяют усовершенствовать механизмы ведения пациентов после выписки из стационара круглосуточного типа для достижения ремиссий высокого качества.

Результаты исследования вносят вклад в практическое здравоохранение, так как они направлены на усовершенствование этапа дифференциальной диагностики между шизофреническими и экзогенными психозами, что, в свою очередь, содействует оптимизации медицинской помощи пациентам и формированию ранней терапевтической тактики при впервые возникающих шизофреноформных психозах. Методология исследования может использоваться в научных исследованиях по изучению шизофреноформных психозов, протекающих коморбидно с вирусными инфекциями. Полученные в исследовании данные могут быть использованы в процессе подготовки лекций и педагогической деятельности кафедр психиатрии медицинских вузов и системы постдипломного образования.

Методология и методы исследования. Настоящее исследование выполнено в Научно-клиническом-исследовательском центре нейропсихиатрии

ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» в период с 2020 по 2024 г. в специализированных инфекционных и общепсихиатрических отделениях на базе ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» (главный врач — д.м.н., профессор Г. П. Костюк). В исследование включены 310 пациентов (135 мужчин и 175 женщин, средний возраст — 28,8±6,6 года) с острым шизофреноформным психотическим расстройством (F23.2**)**, из них 222 пациента с впервые возникшим шизофреноформным психозом на фоне течения COVID-19 и 88 пациентов с впервые возникшим шизофреноформным психозом без COVID-19.

На первом этапе исследования общая выборка (*n*=310) была разделена на две группы в зависимости от наличия COVID-19 (все пациенты проходили лабораторный тест для выявления COVID-19):

- *группа I* (клиническая выборка — F23.2 с COVID-19) — 222 пациента (98 мужчин, 124 женщины, средний возраст — 29,3±6,6 года) с впервые возникшим шизофреноформным психозом на фоне течения COVID-19;
- *группа II* (группа сравнения — F23.2 без COVID-19) — 88 пациентов (37 мужчин, 51 женщина, средний возраст — 27,5±6,3 года) с впервые возникшим шизофреноформным психозом без COVID-19.

Диагноз верифицирован согласно критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) — «острое шизофреноформное психотическое расстройство» (F23.2).

Исследование проводилось в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации 1964 г. (последние изменения внесены в 2013 г.) и одобрено Локальным этическим комитетом ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» от 28 октября 2020 г. (выписка из протокола № 2).

Для решения поставленных задач использовались клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-катамнестический, психометрический методы.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Для впервые возникающих шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 характерно стремительное развитие ярких

психотических переживаний с присоединением экзогенных симптомов в начальной стадии развития психоза, а инфекционно-токсический фактор, ассоциированный с COVID-19, влияет на степень выраженности продуктивной симптоматики.

2. Впервые возникающие шизофреноформные психозы на фоне течения COVID-19 отличаются психопатологической гетерогенностью и особенностями включения темы пандемии в структуру психотических переживаний, на основании чего выделены их типологические варианты: галлюцинаторно-параноидный (I тип), паранойяльный (II тип), галлюцинаторный (III тип), парафренный (IV тип).
3. Динамика острых шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 имеет свои закономерности: при разрешении вирусного заболевания первыми уходят симптомы, отражающие инфекционно-токсический вклад вирусной инфекции (экзогенные включения), следом регрессируют явления, обусловленные его психогенным воздействием (стрессовые факторы). По данным катамнестического наблюдения, острые шизофреноформные психозы в большинстве случаев приобретают характер хронического течения и являются дебютом шизофрении и шизоаффективного расстройства.
4. Эффективная купирующая терапия при остром шизофреноформном психозе на фоне течения COVID-19 характеризуется назначением более высоких дозировок антипсихотических препаратов при сохранении этой тенденции и на этапе противорецидивной терапии.

Степень достоверности и апробация результатов. Достоверность научных положений и выводов обеспечивается достаточным объемом анализируемого материала, выбором оптимальных критериев включения и дифференциации и использованием стандартизированных рейтинговых шкал, позволяющих минимизировать методологические неточности. Применяемые методы исследования соответствуют поставленным задачам. Результаты диссертационного исследования обусловлены репрезентативностью

исследовательской выборки (310 пациентов, перенесших впервые возникшее острое шизофреноформное расстройство) и катамнестической группы (203 пациента, длительность катамнеза — 36 месяцев).

Основные результаты исследования были представлены на научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы» (1 ноября 2021 г., Москва, Россия), 7-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения» (31 октября 2022 г., Москва, Россия), V Костромской Всероссийской школе молодых ученых «Биологическая парадигма психических расстройств» (5–9 октября 2022 г., Кострома, Россия), 31-м Европейском конгрессе психиатрии (31th European Congress of Psychiatry) (25–28 марта 2023 г., Париж, Франция).

Апробация диссертации состоялась 18 декабря 2025 г. на Ученом совете Научно-клинического исследовательского центра нейропсихиатрии (НКИЦН) ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа соответствует паспорту научной специальности 3.1.17 — «Психиатрия и наркология» (медицинские науки).

Публикации результатов исследования. Публикации результатов диссертации представлены в 10 научных работах, из них 4 статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

Личный вклад автора в работу. Личный вклад автора включал планирование дизайна исследования, проведение обзора литературы, формирование цели и задач исследования, сбор и обследование исследовательской выборки, заполнение психометрических шкал, сбор катамнестических данных, анализ полученной информации. Автором сформулированы выводы и составлены практические рекомендации,

подготовлены публикации по теме исследования. Полученные результаты оформлены автором в виде диссертационной работы.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты проведенного исследования внедрены в практическую работу отделений ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», филиалов ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «ПНД № 8» и «ПНД № 9».

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 169 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы. В работе приведено 16 таблиц, 7 рисунков. Библиографический указатель формируют 332 наименования (из них 83 отечественных, 249 иностранных). Также включены 4 клинических наблюдения.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Концепция шизофреноформного психоза

Шизофреноформный психоз — это острое психотическое расстройство, соответствующее критериям шизофрении продолжительностью не более одного месяца (Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1992) с благоприятным исходом (Aadamsoo K. et al., 2011; Castagnini A. et al., 2014). Еще до возникновения термина «шизофреноформный психоз» в литературе встречались упоминания о состоянии, соответствующем его критериям. Одним из первых подобный психоз описал английский врач J. Haslam: в своей монографии он представил состояние острого бреда со ступором в послеродовом периоде, закончившееся полным выздоровлением (Haslam J., 1809). Позже многие авторы сообщали об острых психозах, завершившихся полной ремиссией (Корсаков С. С., 1891; Bell L., 1849; Bonhoeffer K., 1907; Esquirol E., 1845; Ganser S., 1898; Griesinger W., 1867; Gutsch A., 1862; Westphal C., 1878). В 1893 г. V. Magnan детально охарактеризовал острые бредовые приступы (bouffée delirante) у дегенератов, которые развивались внезапно («как гром среди ясного неба»), были полны полиморфных бредовых идей, а исход их был благоприятен (Magnan V., 1893). Вскоре, в начале XX века, основоположник нозологического подхода в психиатрии E. Kraepelin отмечал, что паранойя может протекать благоприятно у эксцентричных личностей с отклонениями в общении, также автор указывал, что в 10–15 % случаев раннее слабоумие завершилось полным выздоровлением (Kraepelin E., 1913).

В 1913 г. K. Jaspers сформулировал концепцию реактивных психозов, где одним из признаков триады являлось разрешение психоза и полное выздоровление после исчезновения травмирующей ситуации (Jaspers K., 1913). Одновременно с этим отечественный психиатр П. Б. Ганнушкин на основании

собственных исследований и теории V. Magnan выделил психозы с шизофреническим симптомокомплексом и полным выздоровлением у лиц с конституциональной предрасположенностью, названной им шизофреническим типом конституции (Ганнушкин П. Б., 1914). В 1916 г. A. Wimmer ввел термин «психогенные психозы», под которыми подразумевались психотические состояния у лиц с предрасположенностью, как правило вызванной психическими травмами, характеризующиеся полным выздоровлением (Wimmer A., 1916). Одним из клинических вариантов психогенного психоза являлись и параноидные реакции с преимущественно идеями преследования. Практически одновременно E. Popper описал психотические состояния с симптомами шизофрении с благоприятными исходами у здоровых лиц, длящиеся до полугода, названные им шизофреническими реакциями (Popper E., 1920). Спустя десятилетие Д. Е. Мелехова и В. Г. Чернорук показали, что шизоидно-шизофреническая наследственная предрасположенность не обязательна для развития шизофренической реакции (Мелехова Д. Е. и др., 1933), а несколько позже советские ученые установили вклад эндокринных, дизонтогенетических, экзогенных и астенизирующих факторов в развитие шизофренических реакций (Молохов А. Н., 1940; Серейский М. Я., 1934; Татаренко Н. П., 1940). В эти же годы была подтверждена роль истощения организма в развитии психоза с благоприятным исходом на примере изучения острых психозов у военнопленных, попадающих в условия языкового барьера с сопутствующей отягощенностью в виде ранения и физической истощенности (Allers R., 1920). Через десятилетие K. Schneider опубликовал случаи «примитивного бреда отношения» с похожей этиологией, развивающегося остро во время путешествий на фоне соматического истощения (Schneider K., 1930). Из отечественных психиатров подобный параноид первым описал И. В. Лысаковский (Лысаковский И. В., 1931), объясняя его развитие взаимодействием экзогенных и психогенных факторов. Такие психозы С. Г. Жислин назвал «параноид внешней обстановки», так как основным пусковым механизмом психоза автор считал не фактор изоляции или истощения, а окружающую обстановку (Жислин С. Г., 1940). В 1933 г. советский психиатр

Е. К. Краснушкин исследовал псевдошизофренные состояния, которые развивались остро на фоне физического истощения и заканчивались благоприятно (Краснушкин Е. К., 1933). При этом автор подразделял их с учетом длительности воздействия травмирующего агента на мозг: острое влияние вызывало кататонические состояния, незначительная переработка стрессового фактора — гебефренический статус, при длительном действии травмы формировался галлюцинаторно-параноидный симптомокомплекс.

Параллельно с развитием новых теорий немецкие психиатры объединили все психозы с благоприятным исходом общим термином «дегенеративные психозы» (degenerationspsychose). K. Kleist говорил, что маниакально-депрессивный психоз, охарактеризованный E. Kraepelen, — это не единое целое, а набор расстройств, среди которых есть «аутохтонно-дегенеративный психоз», представленный «двигательным психозом» (motilitätspsychose) и «психозом замешательства» (verwirrtheitspsychose) (Kleist K., 1921). O. Binswanger к дегенеративным психозам причислял эпизодические психозы с несистематизированным бредом на фоне спутанного сознания и с полиморфными симптомами (Binswanger O., 1928). Работы K. Kleist были продолжены его учениками K. Leonhard (Leonhard K., 1934, 1975) и E. Neele (Neele E., 1949). Они заменили термин «дегенеративные психозы» на термины «фазический психоз» (phasische psychose) и «циклоидный психоз» (zykloide psychose).

В 1933 г. русско-американский психиатр J. Kasanin описал острые психотические аффективные состояния с шизофреноформной симптоматикой с предшествующим стрессом, которые получили название шизоаффективных психозов (Kasanin J., 1933). Здесь же следует упомянуть и периодическую шизофрению, сходную с шизоаффективным расстройством, при которой также возможен благоприятный исход (Наджаров Р. А. и др., 1969; Пападопулос Т. Ф., 1983; Vaillant G. E., 1963).

В 1939 г. для обозначения всех сходных с шизофренией состояний, отличающихся острым развитием и благоприятным прогнозом, был введен термин «шизофреноформный психоз» (Langfeldt G., 1939). G. Langfeldt отметил их

сходство с психогенными и реактивными психозами из-за ряда общих характеристик: предшествующий провоцирующий фактор, внезапное начало заболевания, спутанность сознания и разнообразие психопатологических симптомов (Langfeldt G., 1978). Также автор не исключал возможности перехода подобных психозов в истинную шизофрению. Лонгитюдные исследования показали правомерность суждений о сопоставлении этих нозологий, ведь диагноз реактивного психоза сменялся на шизофрению более чем в 50 % случаев. Только оставался неразрешенным вопрос о том, протекал ли процесс малопрогредиентно или в форме периодической шизофрении (Ильина Н. А., 2006; Opjordsmoen S., 2001). Шизофреноформные психозы в основном наблюдались у слабоумных, истеричных, навязчивых, параноидных и сверхчувствительных, шизоидных личностей, что также указывало на важность характерологических черт в формировании психоза. В дальнейшем часть исследователей рассматривали шизофреноформные психозы как отдельное расстройство (Beiser M. et al., 1988; Coryell W. et al., 1982), но большинство все же сходилось во мнении, что это психотическое состояние, развивающееся в рамках других психических расстройств — шизофрении (DeLisi L. E. et al., 1992; Kendler K. S. et al., 1986) или аффективных нарушений с атипичными чертами (Fogelson D. L. et al., 1982; Taylor M. A. et al., 1984).

Во второй половине XX века H. Ey дополнил учение V. Magnan о состояниях типа bouffée delirante и определил их как психоз, развивающийся в течение 48 часов с различными симптомами, сменяющими друг друга (Ey H. et al., 1960). Впоследствии именно это определение было включено в подрубрики МКБ-10 «Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении» (F23.0) и «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F23.1). В это же время J. Meduna проводил исследования с участием пациентов с онейрофренией, то есть со спутанностью сознания, галлюцинациями, бредом, дереализацией и благоприятным исходом (Meduna J., 1950). В Японии же распространилась теория об «атипичных» психозах с благоприятным исходом (Mitsuda H., 1967). Также во второй половине

XX века представители отечественной психиатрической школы подробно охарактеризовали транзиторные психотические приступы при периодической шизофрении (Борисова К. Е., 1983; Концевой В. А., 1965) и показали, что параноидная шизофрения могла дебютировать острым параноидом (Молодецких В. А., 1967). Это соотносилось с теорией о том, что острые психотические состояния бывают «зарницами» шизофрении (Gross G., 1969).

Впервые термин «шизофреноформный психоз» был включен в 1977 г. в МКБ-9 в группу «Другие психозы» (295.4) (Glossary of Mental Disorders and Guide to Their Classification: For Use in Conjunction with the International Classification of Disease, 1974). Согласно МКБ-9, к шизофреноформным психозам относились онейрофрения (Meduna L. J., 1950) и приступообразный психоз со спутанностью сознания. Несколько лет спустя, в 1980 г., Американская психиатрическая ассоциация (American Psychiatric Association — APA) включила термин «шизофреноформный психоз» в третью версию классификатора DSM-III, где критериями для постановки диагноза были все признаки шизофрении, кроме длительности (необходимая продолжительность — более 2 недель, но менее 6 месяцев) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1980).

В рамках темы настоящего исследования следует отметить, что картина шизофреноформного психоза может встречаться и при ряде инфекционных заболеваний (Малкин П. Ф., 1964): сифилисе (Винокурова А. И., 1935; Рязанова В. С., 1948; Тургиев С. Б., 1962; Фридман Б. Д., 1937), ранениях и сепсисе (Малкин П. Ф., 1945; Равкин И. Г., 1944; Случевский И. Ф., 1944), энцефалитах (Галант И. Б., 1940; Деконенко Е. П. и др., 2011), инфекциях, ассоциированных с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (Коркина М. В. и др., 1989; Koutsilieri E. et al., 2002), прионных (Wall C. et al., 2005). Общность симптомов может создавать трудности дифференциальной диагностики при выявлении клинической картины впервые развившегося шизофреноформного психоза, в связи с чем врачам необходимо проявлять повышенную настороженность и знать особенности течения каждого из этих состояний.

1.2. Распространенность и исход шизофреноформных психозов

Средняя заболеваемость острыми и преходящими психотическими расстройствами (F23 согласно МКБ-10) составляет 3,9–9,6 случая на 100 тыс. человек в год при среднем возрасте манифестации 20–33 года (Jäger M. D. et al., 2003; Queirazza F. et al., 2014; Singh S. P. et al., 2004). В большей части исследований сообщалось о преобладании в выборке мужчин (Singh S. P. et al., 2004; Shaltout T. et al., 2007), что не соответствовало данным других публикаций (Marneros A. et al., 2003; Pillmann F. et al., 2012).

Наиболее часто из рубрики «Острые и преходящие психотические расстройства» диагностировались состояния «острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении» (F23.0), «другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства» (F23.3) и «острое и преходящее психотическое расстройство неуточненное» (F23.9) (Castagnini A. et al., 2007; Rutigliano G. et al., 2018), при этом острое шизофреноформное психотическое расстройство (F23.2) среди всей диагностической рубрики встречалось в 14–33 % наблюдений (Jäger M. D. et al., 2003; Marneros A. et al., 2003; Rutigliano G. et al., 2018).

В ходе катамнестического наблюдения было установлено, что в течение 8 лет диагнозы из рубрики «Острые и преходящие психотические расстройства» (F23) в 37 % случаев сменялись на диагнозы, входящие в группу расстройств шизофренического спектра (Rutigliano G. et al., 2018). Факторами риска были этнические особенности, статус иммигранта, рецидив психоза в течение 3 месяцев и злоупотребление наркотическими веществами (Damiani S. et al., 2021). Диагноз «острое шизофреноформное психотическое расстройство» (F23.2) в течение нескольких лет в 50–80 % случаев сменялся на диагноз «шизофрения», а в 10–35 % наблюдений — на диагноз, относящийся к расстройствам аффективного спектра (Benazzi F., 1998; Fusar-Poli P. et al., 2016; Singh S. P. et al., 2004; Zhang-Wong J. et al., 1995). Несмотря на то что менее 30 % пациентов с острым

шизофреноформным психотическим расстройством (F23.2) сохраняли этот диагноз согласно данным катамнеза (Salvatore P. et al., 2011), он все равно чаще был ассоциирован с благоприятным исходом по сравнению с шизофренией (Zarate C. A. et al., 2000).

История психозов с благоприятным течением отражена в современной классификации МКБ-10 (Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1992; Garrabé J. and Cousin F.-R., 2012) и приведена в Таблице 1.1.

Таблица 1.1 — Психозы с благоприятным течением в современной классификации МКБ-10

Современная терминология	**Исторический термин**
Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0)	Bouffée delirante (Legrain M., 1886; Magnan V., 1893; Ey H., 1960) без симптомов шизофрении Циклоидный психоз (Leonhard K., 1960) без симптомов шизофрении
Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1)	Острые формы шизофрении (Bleuler E., 1911) Bouffée delirante (Legrain M., 1886; Magnan V., 1893; Ey H., 1960) с симптомами шизофрении Циклоидный психоз (Leonhard K., 1960) с симптомами шизофрении
Острое шизофреноформное психотическое расстройство (F23.2)	Шизофреническая реакция (Popper E., 1933) Шизофреноформный психоз/расстройство (Langfeldt G., 1939) Онейрофрения (Meduna J., 1950)
Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства (F23.3)	Острая паранойя (Westphal C., 1878) Психогенный психоз (Wimmer A., 1916)
Шизоаффективные расстройства (F25)	Шизоаффективный психоз (Kasanin J., 1933)

Учитывая эти данные, в МКБ-11 острое шизофреноформное психотическое расстройство вынесено из группы транзиторных психозов в раздел «Другое уточненное первичное психотическое расстройство» при продолжительности

менее 4 недель, а при длительности более 4 недель диагностируется шизофрения, в то время как термин «шизофреноформный психоз» не рекомендован к употреблению в новой версии (Gaebel W., 2012).

1.3. Влияние инфекций на шизофреноформные психозы и патогенетические механизмы нейротоксичности SARS-CoV-2

Роль инфекций в течение шизофреноформных психозов изучается длительное время (Абаскулиев А. А., 1956; Наджаров Р. А., 1969; Озерецковский Д. С., 1963). Наиболее характерные особенности клинической картины и течения шизофреноформных психозов удавалось проследить на примере эпидемий. Так, в 1918–1919 гг. K. Menninger наблюдал 175 случаев гриппозных психозов, протекающих с шизофреноформной симптоматикой, которые преимущественно завершились полным выздоровлением. Однако дальнейшее 10-летнее катамнестическое наблюдение показало, что у этих пациентов в 40 % случаев развилась шизофрения (Menninger K., 1928). Во время эпидемии сыпного и возвратного тифа в России в 1918 г. В. А. Гиляровский отмечал, что практически у каждого пациента с тифозным психозом отмечается бред удвоения своей личности или бред двойников (Гиляровский В. А., 1922). Также автор проследил, что инфекция сыпного тифа являлась триггером появления эндогенных расстройств, а перенесенный тиф влиял на их клиническую картину, течение и исход, делая его более благоприятным (Гиляровский В. А., 1922). По данным С. В. Назимовой, у пациентов с шизофренией, развившейся после острого инфекционного заболевания, психопатологическая структура психоза определялась характером соотношения экзогенных и эндогенных факторов (Назимова С. В., 2013). С. М. Лившиц отмечал, что если манифестации шизофренического процесса предшествуют

острые экзогенные влияния, то продромальный период отсутствует (Лившиц С. М., 1964).

Патопластическое влияние инфекций на структуру психоза определяет трудности дифференциальной диагностики. В своей работе Н. Я. Дворкина (Дворкина Н. Я., 1975) сообщила, что у 28 % пациентов при катамнестическом исследовании диагноз инфекционного психоза сменялся на шизофрению, что объяснялось ошибочной постановкой первого диагноза из-за «пренебрежения к психопатологической картине и тем, что инфекция вносила свои особенности в психопатологическую структуру психоза». Такие психозы зачастую начинались остро, после соматического заболевания и протекали с кататонической симптоматикой, однако после ликвидации глубокого ступора выявлялся шизофренический дефект. Профессор А. А. Абаскулиев (Абаскулиев А. А., 1959) отмечал, что в его исследовании у 44 % пациентов первоначальный диагноз «острый инфекционный психоз» впоследствии был заменен на диагноз «шизофрения»: у пациентов при поступлении в стационар наблюдали нарушенное сознание по типу делириозного или аментивного с резким двигательным возбуждением, высокой температурой, но уже вскоре симптоматика изменялась на шизофреническую. В исследованиях шизофрении, манифестирующей во время заболевания гриппом, были установлены следующие особенности: экзогенная окраска симптомов в периоде дебюта в виде делириозных эпизодов, яркая выраженность депрессивных и ипохондрических симптомов, часто возникающие кататонические расстройства в структуре приступа, достигающие уровня онейроида (Максутова Э. Л., 1964, 1989). Полученные данные о влиянии инфекций на клинику шизофренических психозов согласовывались с результатами исследований других экзогенных факторов (Жислин С. Г., 1956; Лившиц С. М., 1964; Назимова С. В., 2013; Alterman A. I. et al., 1984). Есть указания и на зависимость варианта течения шизофрении от соотношения экзогенных и эндогенных признаков в структуре психоза. Например, экзогенное влияние выявлялось у пациентов на доманифестном этапе и в структуре всех психотических эпизодов в рамках приступа при рекуррентном течении

шизофрении и лишь на инициальном этапе манифестного психоза — при приступообразно-прогредиентном течении (Назимова С. В., 2013). Другими словами, была выявлена следующая закономерность: при нарастании прогредиентности роль экзогенных факторов на структуру и динамику течения болезни снижалась.

Кроме патопластического влияния инфекций на клинику шизофреноформного психоза, необходимо упомянуть об их возможности приводить к развитиям психотических расстройств. Речь идет о вирусной теории развития шизофрении, сформулированной В. М. Морозовым, изучившим ликвор пациентов с шизофренией и указавшим на возможную роль персистирующих вирусов в патогенезе шизофрении (Морозов В. М., 1954). Эта теория не подтвердилась в дальнейшем, однако она легла в основу будущих исследований. Так, было показано, что некоторые вирусы, перенесенные в пре- и перинатальном периодах матерью, в том числе и семейства коронавирусов, могут изменять закладку тканей и экспрессию генов плода, приводя к развитию симптомов шизофрении (Borrego-Ruiz A., 2025). При наблюдении за потомством женщин, перенесших COVID-19 при беременности, обнаруживалось, что у младенцев первого года жизни чаще выявлялись моторные и речевые нарушения по сравнению с группой контроля (Edlow A. G., 2022).

Переходя к патогенетическим путям нейротропности вируса, следует отметить, что SARS-CoV-2 — это седьмой известный патогенный для человека коронавирус (CoV) (Corman V. M. et al., 2019) и третий из повреждающих нервную систему вместе с SARS-CoV и MERS-CoV (Tsai L.-K., 2005). В ряде исследований с использованием модели мышей было показано, что коронавирусы напрямую попадали в центральную нервную систему (Desforges M. et al., 2019), вызывая гибель нейронов (Netland J. et al., 2008). Также SARS-CoV-2 выделялся в спинномозговой жидкости пациентов с COVID-19 (Jarius S. et al., 2022). Возможно, SARS-CoV-2, подобно SARS-CoV, проникал в центральную нервную систему через обонятельный тракт (Desforges M. et al., 2019). Это подтверждалось тем, что удаление обонятельной луковицы предотвращало занос коронавируса

в центральную нервную систему при интраназальном заражении (Perlman S. et al., 1990).

Данные, доказывающие теорию прямого действия инфекционного агента на центральную нервную систему, ограниченны, поиск в заданном направлении продолжается. Являющиеся мишенью для вируса рецепторы ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE2) (Yan R. et al., 2020) экспрессируются не только в нейронах и глиальных клетках (Zhou Z. et al., 2020), но и в эндотелии сосудов. Так, SARS-CoV-2 может проникать в головной мозг с током крови, нарушая гомеостаз (Baig A. M. et al., 2020). Повреждение нервной системы также объяснялось дисрегуляцией иммунной системы в связи с развитием системного воспалительного ответа. Вирус SARS-CoV-2 нарушает работу иммунной системы, активируя продукцию воспалительных факторов глиальными клетками (Wu Y. et al., 2020). Кроме того, взаимодействие SARS-CoV-2 с ACE2 зачастую приводило к возникновению «брадикининового шторма» и дисбалансу в работе ренин-ангиотензиновой системы, в результате чего накапливался ангиотензин II и продукты метаболизма (Rameshrad M. et al., 2020). При этом гормональная дисрегуляция приводила к неадекватному расширению сосудов, увеличению окислительного стресса, повышению проницаемости гематоэнцефалического барьера (da Silva M. F. et al., 2022). На примере вовлечения иммунной и эндокринной систем и изменений свойств гомеостаза видно, что помимо нейротропного действия вирус влияет на функционирование всего организма (Ramos-Casals M. et al., 2021).

Установленная положительная корреляция между интенсивностью иммунного ответа и клиническими параметрами — степенью выраженности психопатологии и нагрузкой хронической соматической патологией — служит эмпирическим подтверждением гипотезы о провоцирующей роли инфекционно-индуцированного системного воспаления в генезе психических расстройств (Колпаков Е. А., 2025; Dadras O., 2022).

Таким образом, клиническая картина шизофреноформных психозов, протекающих одновременно с вирусным заболеванием, изменяется под инфекционно-токсическим действием вируса. Прошедшая пандемия, связанная

с COVID-19, явилась отличной возможностью для расширения знаний о влиянии инфекций на клинику шизофреноформных психозов.

1.4. Психосоциальный вклад COVID-19 в развитие психоза

Пандемия и оказание медицинской помощи пациентам с COVID-19 были сопряжены с рядом стрессовых факторов. Известно, что психотравмирующие переживания вызывают физиологическую или патологическую реакцию, которая бывает невротической или психотической (Канторович Н. В., 1967). Объявление пандемии означало введение карантина, что обусловливало следующие травмирующие факторы: вынужденную социальную изоляцию, безработицу, расставания (разводы или раздельное проживание), случаи насилия в семье, ухудшение физического здоровья (Brown E. et al., 2020), а также потерю близкого в результате смерти от COVID-19 (Solmi M. et al., 2024). Негативные последствия карантина, такие как страх заражения, скука, неадекватные запасы еды, недостаточная осведомленность от органов здравоохранения о болезни, финансовые потери, повышали риск развития тревоги, гнева и других психологических симптомов (Головина А. Г., 2022; Brooks S. K. et al., 2020). В первый год пандемии прирост уровня депрессивных и тревожных расстройств составил 26 и 28 % соответственно (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021). Однако позднее эти данные были признаны существенно завышенными, поскольку с течением времени большинство людей демонстрировали свойства устойчивости и психологической адаптации (Daly M. et al., 2022). Госпитализация в стационар в связи с заражением вирусом также ассоциировалась с повышением уровня стресса (Moseholm E. et al., 2022) из-за пребывания в отделениях с соблюдением инфекционного режима и общения с медицинскими работниками, одетыми в респираторы и защитные костюмы (Hampton T. et al., 2020; Muzzi E.

et al., 2021), высокого риска летального исхода и развития осложнений (Benjamin A. et al., 2021; Vlake J. H. et al., 2021).

Психотравмирующие ситуации приводят к развитию психозов, также под действием пережитого стресса изменяется структура психотических переживаний (Смулевич А. Б. и др., 2019; Шмилович А. А., 2013; Muddle S. et al., 2022). Случаи развития реактивных психозов у лиц, не зараженных SARS-CoV-2, показывают значимость стресса, вызванного пандемией (D Agostino A. et al., 2021; Finatti F. et al., 2020; Lazzari C. et al., 2020; Valdés-Florido M. J. et al., 2020). В первые месяцы пандемии тема COVID-19 входила в психотические переживания 39–58 % из числа всех пациентов с психозами (Maglia M. et al., 2023; Pérez-Balaguer A. et al., 2023; Stopford M. D. et al., 2024). В таких случаях основу содержательного комплекса психоза составляли гротескные идеи мнимого заражения вирусом или заблуждение, что карантин организован специально для слежки за пациентом. Так, пациент считал, что болен COVID-19 и прибыл на землю, чтобы уничтожить человечество (Mantas C. et al., 2022). Другой пациент считал коронавирус организованной угрозой, которую было необходимо уничтожить именно ему, при этом окружающие делились на плохих и хороших в зависимости от цвета масок (Marouda K. et al., 2021). Еще в одном случае мужчина считал карантин «постановочным шоу», сделанным для него преследователями (Finatti F. et al., 2020).

По прошествии первой волны пандемии эта тема все реже встречалась в содержательном комплексе психоза, что, вероятно, объясняется восстановлением устойчивости к стрессорам, связанным с пандемией (Pérez-Balaguer A. et al., 2023). Восстановление устойчивости, то есть способности адаптироваться к стрессорам, ассоциированным с пандемией, приводило к снижению остроты угрозы, связанной с вирусом, а содержание психоза заменялось более актуальными и личными переживаниями для пациентов (Schäfer S. K., 2022). Так, например, было показано, что в начале пандемии тревога среди людей усилилась, а затем стабилизировалась на фоне новостей о снижении заболеваемости,

ослаблении карантинных мер и информирования людей об особенностях течения COVID-19 и разработке вакцин (Sauer K. S., 2020).

1.5. Шизофреноформные психозы на фоне течения COVID-19

Во время предыдущих эпидемий коронавирусов (тяжелого острого (ТОРС/SARS) и ближневосточного (БВРС/MERS) респираторных синдромов) сообщалось о развитии острых психотических состояний с галлюцинациями, бредом преследования, идеями величия у людей, ранее не обращавшихся к психиатрам (Kim H. C. et al., 2018; Lee D. T. S. et al., 2004). На фоне течения COVID-19 психозы развивались в 1,4 % случаев, из них первичные случаи составили 0,42 % (Taquet M. et al., 2021).

Первое сообщение о развитии шизофреноформного психоза на фоне течения COVID-19 у 36-летней медсестры, ранее не обращавшейся за помощью к психиатрам, опубликовали американские ученые (Smith C. M. et al., 2020). Через 4 дня после выявления COVID-19, протекавшего в легкой форме, пациентка резко изменилась в поведении: не спала ночами, была подозрительна, обвиняла сожителя в желании украсть детей, считала, что за ней ведется слежка через мобильный телефон. В результате бредовой трактовки происходящего пациентка пыталась вывезти детей из дома, чтобы спасти от преследователей, в связи с чем была остановлена родственниками и госпитализирована в терапевтическое отделение, где наблюдалась в том числе и психиатром. Показатели лабораторных исследований были в допустимых пределах, а компьютерная томография (КТ) головного мозга и органов грудной полости патологии не выявила. Психоз был купирован через 2 недели на фоне приема клоназепама 1 мг в сутки и рисперидона 3 мг в сутки.

В дальнейшем было опубликовано множество работ о развитии шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 (Parra A. et al., 2020;

Smith C. M. et al., 2021). Клиническая картина представлена гетерогенной симптоматикой: бредом преследования (Bakre S. et al., 2022; Gao X. et al., 2022; Nirisha P. L. et al., 2022; Parker C. et al., 2021) и особого значения (Al-Busaidi S. et al., 2021; Puiu M. G. et al., 2023), императивными галлюцинациями (Kozato N. et al., 2021; Mirza J. et al., 2020), идеаторными автоматизмами (Al-Busaidi S. et al., 2021; Dutta B. K. et al., 2021), синдромом Котара (Ignatova D. et al., 2022; Yesilkaya U. H. et al., 2022) и кататонией (Caan M. P. et al., 2020; Scheiner N. S. et al., 2021). Подобные психозы имели тенденцию к острому развитию с продолжительностью течения от недели (Ferrando S. J. et al., 2020; Jaworowski S. et al., 2020; Moccia L. et al., 2023) до нескольких месяцев (Austgen G. et al., 2022; Bravve L., 2025; Lim S. T. et al., 2020; Nirisha P. et al., 2022).

Особый интерес представляли работы с подробным описанием бредовой фабулы, где тема пандемии включалась в психотические переживания. Так, пациент считал себя причиной COVID-19 (Chacko M. et al., 2020). В другом случае больной отрицал, что излечился от COVID-19, и обвинял врачей в подделке отрицательных результатов теста (Ignatova D. et al., 2022). Одна пациентка высказывала опасения, что ее будут преследовать из-за заражения вирусом (Kazi S. E. et al., 2021). В единственной работе о влиянии пандемии на тему психотических переживаний у инфицированных лиц было показано, что в 30 % наблюдений COVID-19 был центральной темой психоза (Rittmannsberger H. et al., 2022).

Особенности психотических переживаний, связанных с пандемией, требовали не только тщательного клинического анализа, но и разработки адекватных терапевтических стратегий. Для лечения шизофреноформных психозов, развившихся на фоне течения COVID-19, использовали следующие группы препаратов: антипсихотики, антидепрессанты, нормотимики, бензодиазепины.

Общие тенденции и примеры проводимой терапии представлены в Таблице 1.2.

Таблица 1.2 — Группы препаратов и нелекарственные методы лечения, применяемые для купирования COVID-19-ассоциированного психоза, по данным литературы

Источники	**Группы препаратов, нелекарственная терапия**				
	Антипсихотики	**Антидепрессанты**	**Нормотимики**	**Бензодиазепины**	**ЭСТ**
Xie Q. et al., 2020 (*n*=25)	19 (76 %)	—	—	10 (40 %)	—
Parra A. et al., 2020 (*n*=12)	12 (100 %)	—	—	—	—
Ferrando S. J. et al., 2020 (*n*=3)	3 (100 %)	1 (33 %)	—	1 (33 %)	—
Huarcaya-Victoria J. et al., 2020 (*n*=3)	3 (100 %)	1 (33 %)	2 (66 %)	1 (33 %)	—
Moccia L. et al., 2023 (*n*=2)	2 (100 %)	—	—	1 (50 %)	—
Smith C. M. et al., 2020 (*n*=1)	1 (100 %)	—	—	1 (100 %)	—
Chacko M. et al., 2020 (*n*=1)	1 (100 %)	1 (100 %)	—	1 (100 %)	1 (100 %)
Mirza J. et al., 2020 (*n*=1)	1 (100 %)	—	—	—	—
Kozato N. et al., 2021 (*n*=1)	1 (100 %)	1 (100 %)	—	1 (100 %)	—
Yesilkaya U. H. et al., 2022 (*n*=1)	1 (100 %)	—	—	—	1 (100 %)
Vasile C. I. et al., 2022 (*n*=1)	1 (100 %)	—	1 (100 %)	1 (100 %)	—
Ellini S. et al., 2023 (*n*=1)	1 (100 %)	—	—	1 (100 %)	—

Примечание. ЭСТ — электросудорожная терапия.

Всем пациентам назначали антипсихотики, преимущественно атипичные (Alba L. et al., 2021; Ellini S. et al., 2023; Kaur M. et al., 2022; Lovi N. K. et al., 2022), в минимальных или средних терапевтических дозировках (Tariku M. et al., 2020; Xie Q. et al., 2020). В ряде случаев в первые дни госпитализации использовали галоперидол в инъекционной форме с последующим переводом на антипсихотик второго поколения (Bashir Z. et al., 2022; Faisal H. K. P. et al., 2021). Некоторым пациентам дополнительно назначали бензодиазепины (Nirisha P. L. et al., 2022; Santos N. F. et al., 2021) и нормотимики (Atris A. et al., 2021). При неэффективности проводимой лекарственной терапии применяли электросудорожную терапию (Chacko M. et al., 2020; Deocleciano de Araujo C. et al., 2021). На примере одного из случаев применения электросудорожной терапии видно (Chacko M. et al., 2020), что предварительно использовали две линии терапии: галоперидол 5 мг в сутки + лоразепам 2 мг в сутки, далее — флуоксетин 20 мг в сутки + оланзапин 5 мг в сутки + лоразепам 1 мг в сутки. В связи с суицидальной попыткой в психиатрическом отделении было выполнено 6 сеансов электросудорожной терапии с продолжением фармакотерапии с положительным эффектом.

Вместе с тем общих клинических рекомендаций для купирования шизофреноформного психоза на фоне течения COVID-19 не было, а зарубежные исследования в основном были посвящены особенностям взаимодействия антипсихотиков с противовирусными препаратами (Bilbul M. et al., 2020; Ostuzzi G. et al., 2020). В российских клинических рекомендациях с целью купирования возбуждения или тревоги были одобрены пропофол и производные бензодиазепинов (лоразепам, алпразолам), для лечения стойких диссомний в раннем периоде COVID-19 — тразодон и миансерин, для устранения симптомов делирия — галоперидол в однократной дозировке 5–10 мг (Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), версия 18, 2023). Клинико-катамнестические исследования свидетельствовали о благоприятном исходе острых психозов, однако они ограничивались несколькими месяцами наблюдений

(Al-Busaidi S. et al., 2021; O'Leary K. B. et al., 2023; Parra A. et al., 2020; Puiu M. G. et al., 2023).

Другое направление исследований в области шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 — организация психиатрической помощи этой когорте больных (Xiang Y.-T. et al., 2020). Важной проблемой психиатрических стационаров являлось отсутствие специализированных инфекционных боксов и постройка больниц без учета стандартов изоляции для борьбы с инфекционными заболеваниями (Zhu Y. et al., 2020). В связи с этим было предложено организовать зоны для пациентов с COVID-19 в психиатрическом отделении многопрофильного стационара (Пашковский В. Э. и др., 2023; Percudani M. et al., 2020) или оптимизировать работу психиатрических клиник с созданием в них карантинных и инфекционных отделений (Цыганков Б. Д. и др., 2020; Maiorano A. et al., 2020).

1.6. Дифференциальная диагностика шизофреноформных психозов

Диагностика впервые возникающих шизофреноформных психозов, протекающих одновременно с инфекционным заболеванием, связана с необходимостью отграничивать их от симптоматических психозов. Наличие инфекционного заболевания у пациентов с психозами и временной связи с развитием психотического расстройства делает необходимым разграничение этих двух состояний. Усложняет процесс дифференциальной диагностики и то, что клиническая картина шизофреноформных психозов может приобретать черты инфекционных (Тиганов А. С. и др., 1999). Характерными синдромами симптоматических психозов являются «экзогенные типы психических реакций»: оглушение, делирий, аменция, сумеречное помрачение сознания и острый галлюциноз, описанные K. Bonhoeffer в 1908 г. (Bonhoeffer K., 1908). Позже автор дополнил свою теорию следующими синдромами: маниаформным,

депрессивным, кататоноформным и параноидным, астеническим и амнестическим (корсаковским) (Bonhoeffer K., 1917). Положение K. Bonhoeffer о различии психопатологической структуры экзогенного и эндогенного психозов критиковал G. Specht, утверждавший, что границы между двумя психозами весьма сомнительны и важна действующая доза вредности (Specht G., 1913). В дальнейшем K. Bonhoeffer признавал, что границы этих двух психозов бывают стертыми (Bonhoeffer K., 1917). При этом G. Specht отмечал, что при выявлении острого психоза следует исключить соматические и инфекционные болезни. Концепция K. Bonhoeffer в последующем дополнялась и критиковалась в исследованиях ряда авторов (Гольденберг М. А., 1941; Снежневский А. В., 1969; Conrad K., 1960; Ewald G., 1939). Так, М. А. Гольденберг соглашался с наличием типичных вариантов клинических проявлений экзогений, однако он считал необходимым учитывать природу самой вредности и реактивность организма при изучении клиники и динамики экзогенных психозов (Гольденберг М. А., 1941). И. Г. Равкин подробно описал динамику развития экзогенных синдромов и сформулировал положения, определяющие их дифференциальную диагностику с шизофренией (Равкин И. Г., 1936). Таким образом, выделение синдромов экзогенных психозов K. Bonhoeffer и положения о закономерностях их течения лежат в основе разграничения симптоматических психозов и шизофреноформных.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо подробно проанализировать психопатологию (Дворкина Н. Я., 1975). Для шизофреноформного психоза характерны идеаторные автоматизмы, бред воздействия, слуховые галлюцинации с характером сделанности. При симптоматическом психозе эти признаки в рамках галлюцинаторно-бредового синдрома не выявляются или носят фрагментарный характер (Назимова С. В., 2013; Смирнов В. К., 1965; Тиганов А. С. и др., 1999). Аментивный синдром, более свойственный симптоматическим психозам, при шизофреноформном психозе также протекает с идеями физического воздействия и психическими автоматизмами, нелепыми идеями преследования. Для бреда при аменции на фоне симптоматического психоза характерна так называемая бредоподобность

(Смирнов В. К., 1965), то есть отрывочность и нестойкость, что отличает этот тип психоза от шизофреноформного. При шизофреноформном психозе определяются типичные для шизофрении негативные симптомы (выраженная апатия, речевое обеднение и сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, не обусловленные депрессией), не свойственные симптоматическим психозам вовсе. Кататония при дебюте шизофреноформного психоза обычно проявляется кататоническим возбуждением или ступором с онейроидным помрачением сознания, что редко встречается при симптоматических психозах, преимущественно на отдаленных этапах болезни. Также для шизофреноформного психоза характерна смена кататонии на аментивноподобные расстройства, в то время как при симптоматических психозах кататония развивается на высоте аментивного помрачения сознания.

При всей важности анализа структуры психоза наблюдение за его динамикой является определяющим. При развитии шизофреноформного психоза одновременно с инфекционным заболеванием экзогенные симптомы затухают по мере разрешения инфекции, а на первый план в психическом статусе выходят признаки, характерные для шизофрении (Абаскулиев А. А., 1959; Максутова Э. Л., 1964, 1989), выявляется закономерность смены синдромов (Снежневский А. В., 1969). В случае же разрешения симптоматического психоза психический статус пациентов определяется астенией, истощаемостью, слабостью (Сухарева Г. Е., 1974), и в последующем наблюдается выздоровление от расстройства. Таким образом, при дифференциальной диагностике шизофреноформных психозов и инфекционных наиболее важны анализ психопатологической структуры и динамика течения психоза (Смирнов В. К., 1965).

Подводя итог настоящей главы, можно сделать несколько выводов. Несмотря на многолетнюю историю изучения, клиническая картина и динамика шизофреноформных психозов, коморбидных с вирусными инфекциями, остаются недостаточно изученными. По-прежнему актуальными являются вопросы о вкладе стрессового фактора, обусловленного пандемией, и инфекционно-

токсического фактора в структуру психотических переживаний при манифестации расстройств шизофренического спектра. Так, актуальность изучения патопластического влияния вирусов на шизофреноформные психозы объясняется возникающими трудностями в ходе их дифференциальной диагностики с симптоматическими психозами, а также необходимостью проведения эффективной купирующей терапии и дальнейшей маршрутизации пациентов с учетом нозологии. Наконец, следует отметить немногочисленное количество исследований, посвященных развитию и течению шизофреноформных психозов, протекающих одновременно с COVID-19.

ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн исследования

Настоящее исследование выполнено в период с 2020 по 2024 г. на базе ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» (главный врач — д.м.н., профессор Г. П. Костюк) в специализированных инфекционных отделениях для пациентов с психическими расстройствами (заведующие — Ф. Т. Бариева и А. Б. Струнин), стационарном отделении «Клиники первого эпизода» (заведующий — А. М. Левин), общепсихиатрических отделениях (заведующие — Е. В. Крюкова, П. Ю. Эрикайнен, Ю. В. Яковлева). Исследование соответствовало положениям Хельсинкской декларации по вопросам медицинской этики и было одобрено Локальным этическим комитетом ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» 28 октября 2020 г. (выписка из протокола № 2).

Специализированные инфекционные отделения для пациентов с психическими расстройствами на базе психиатрической больницы были развернуты с начала пандемии. Маршрутизация осуществлялась несколькими путями: 1) из дома или из соматического стационара при подтвержденном COVID-19; 2) при положительном тесте на COVID-19 при поступлении в стационар (проводился всем госпитализированным). Специализированные отделения располагались в отдельных корпусах с соблюдением всех эпидемиологических мер. Опыт организации подобных отделений являлся уникальным для психиатрических больниц.

Критерии включения в исследование:

- клиническая картина острого психотического расстройства, соответствующая критериям острого шизофреноформного психотического расстройства (F23.2) согласно МКБ-10;

- отсутствие обращений к психиатру в прошлом;
- возраст 18–60 лет;
- добровольное информированное письменное согласие на участие в исследовании.

Критерии невключения в исследование:

- зависимость или пагубное употребление психоактивных веществ и алкоголя в анамнезе;
- соматическое заболевание в стадии декомпенсации;
- беременность и период лактации;
- тяжелое течение COVID-19;
- соответствие критериям делирия, не вызванного алкоголем или другими психоактивными веществами, с дополнительным кодом «другой делирий в связи с другими вирусными и бактериальными нейроинфекциями» (F05.86) по МКБ-10.

Материалом настоящего исследования послужили данные клинического обследования 310 пациентов (135 мужчин и 175 женщин, средний возраст — 28,8±6,6 года), госпитализированных в психиатрический стационар круглосуточного типа, соответствующих критериям включения.

Исследование проводилось в 2 этапа.

На ***первом этапе*** исследования (Рисунок 2.1) общая выборка (*n*=310) была разделена на 2 группы в зависимости от наличия COVID-19 (в приемном отделении всем пациентам проводился лабораторный тест на COVID-19, при этом до получения результатов они находились в обсервационном отделении с последующей маршрутизацией в профильные отделения в зависимости от результата теста):

- *группа I* (клиническая выборка — F23.2 с COVID-19) — 222 пациента (98 мужчин, 124 женщины, средний возраст — 29,3±6,6 года) с впервые возникшим шизофреноформным психозом на фоне течения COVID-19;

- *группа II* (группа сравнения — F23.2 без COVID-19) — 88 пациентов (37 мужчин, 51 женщина, средний возраст — 27,5±6,3 года) с впервые возникшим шизофреноформным психозом без COVID-19.

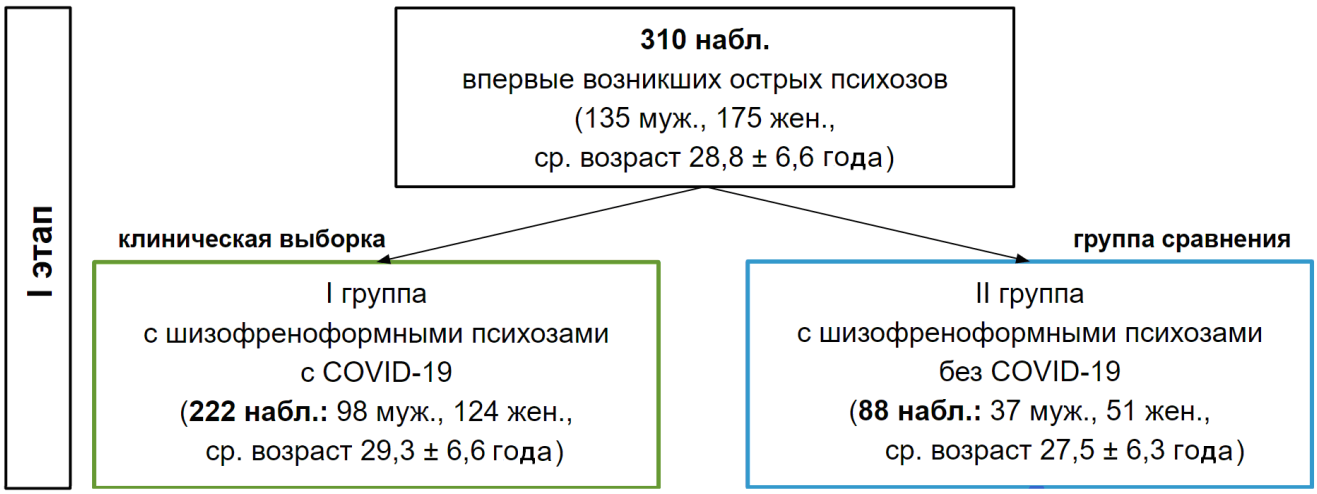

Рисунок 2.1 — Схема исследования первого этапа

Второй этап исследования (Рисунок 2.2) включал в себя динамическое наблюдение и повторный осмотр через 36 месяцев пациентов клинической выборки и группы сравнения. Динамическое наблюдение пациентов осуществлялось в амбулаторных и стационарных подразделениях ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

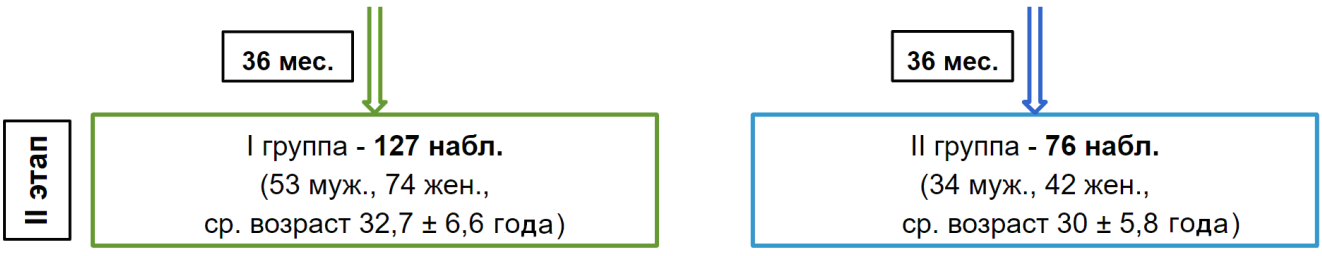

Рисунок 2.2 — Схема исследования второго этапа
(спустя 36 месяцев клинико-катамнестического наблюдения)

Динамическое наблюдение осуществлялось в ходе стандартного порядка маршрутизации пациентов между подразделениями ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»: из

общепсихиатрических стационаров пациенты направлялись в психоневрологические диспансеры, где они находились под наблюдением участкового врача-психиатра. Осмотр пациентов участковым врачом-психиатром проводился с учетом диспансерной группы наблюдения, исследователь имел доступ к медицинской документации пациентов на протяжении всего периода катамнестического наблюдения. Это позволило проанализировать частоту и причины обращения в дневные подразделения психоневрологического диспансера и повторных госпитализаций в стационар круглосуточного типа. Через 36 месяцев врачом-исследователем были лично обследованы 120 пациентов, с 54 пациентами проводилось полное клиническое интервью путем телефонного разговора из-за невозможности пациентов посетить очную встречу.

Группа катамнестического наблюдения сформирована 203 (66 %) пациентами (87 мужчин, 116 женщин, 31,6±6,4 года), из которых:

- *группа I* (F23.2 с COVID-19 в анамнезе) — 127 пациентов (53 мужчины, 74 женщины, 32,7±6,6 года);
- *группа II* (F23.2 без COVID-19 в анамнезе) — 76 пациентов (34 мужчины, 42 женщины, 30±5,8 года).

2.2. Методы исследования

Для решения поставленных задач в качестве основного метода исследования использован клинический метод, включающий интервью больного, сбор субъективной и объективной информации (сведения от родственников и близких и данные медицинской документации) и наблюдения за больным. Дополнительно использован психометрический инструментарий. Для оценки выраженности психопатологической симптоматики применена «Шкала позитивных и негативных синдромов» (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) (Kay S. R. et al., 1987). Для заключительной экспертной оценки каждый

пациент осматривался комиссией врачей-психиатров: лично автором исследования, руководителем лаборатории фундаментальных методов исследования ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» к.м.н. Н. В. Захаровой и заведующим отделением. Всем пациентам, принявшим участие в исследовании, установлен клинический диагноз «острое шизофреноформное психотическое расстройство» соответственно критериям МКБ-10.

Дифференциальная диагностика между шизофреноформным психозом и делирием основывалась на соответствии состояния критериям МКБ-10 соответствующих рубрик. В большинстве случаев психический статус пациентов определялся симптомами шизофрении, за исключением длительности, также отсутствовало измененное сознание. При сочетании симптомов шизофрении с нарушением сознания и другими вариантами экзогенных типов реакций решающее значение отдавалось наблюдению за пациентом в динамике. Так, заключительный диагноз устанавливался лишь при разрешении экзогенных симптомов и сохранении в психическом статусе признаков шизофрении, соответствующих критериям, представленным в МКБ-10. Дополнительно использовались данные объективного анамнеза, собранные со слов нескольких родственников и знакомых пациента, с целью определения продромального этапа болезни. Это позволяло определить наличие негативных симптомов шизофрении (социальная отгороженность и снижение социальной продуктивности) и качественное изменение образа жизни пациентами (бездеятельность, утрата интересов, социальная замкнутость) еще до начала развития психоза.

Наблюдение за лечением пациентов проводилось натуралистически в отделениях стационара. Психофармакотерапия выполнялась согласно актуальным версиям клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации (Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2024) и национальному руководству (Александровский Ю. А. и др., 2014). Согласно клиническим рекомендациям, все пациенты получали лечение антипсихотическими препаратами в качестве базового средства купирования психоза. Также

проводилась постепенная титрация дозировок препаратов с целью использования минимальной терапевтической дозы.

Для оценки соматического и неврологического статуса используются данные осмотров врачей разных специальностей (терапевт, инфекционист, невролог, офтальмолог). Также включены сведения, полученные параклиническими методами (лабораторные и инструментальные исследования). Диагноз коронавирусной инфекции верифицирован согласно МКБ-10 (U07.1). Вирус считался идентифицированным при положительном результате лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 с использованием метода амплификации нуклеиновых кислот (МАНК). Всем участникам исследования проведена компьютерная томография органов грудной клетки для оценки присоединения пневмонии как осложнения коронавирусной инфекции (компьютерный томограф General Electric 1.5T, USA). Для оценки тяжести течения COVID-19 использована шкала NEWS-2 (Royal College of Physicians 2017), включены пациенты с показателем 1–4 балла с учетом отсутствия максимальных 3 баллов по одному из параметров. Шкала NEWS-2 применялась для быстрого выявления пациентов с тяжелым течением инфекции, так как при наборе 5 баллов и более или 3 баллов по одному из параметров пациент направлялся в отделение интенсивной терапии и состояние такого пациента оценивалось как тяжелое.

Диагностика и лечение пациентов по поводу вирусной инфекции проводилось согласно методическим рекомендациям Министерства здравоохранения, актуальным на момент набора материала (Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), версия 18, 2023).

Для статистической обработки полученных данных использовали программу Jamovi-2.2.5, IBM SPSS 26. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с использованием критерия Колмогорова–Смирнова. Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывались с помощью средних арифметических величин (M)

и стандартных отклонений (SD) в формате M±SD. При отсутствии нормального распределения для описания данных использовали медиану (Me) и квартили: нижний (Q1) и верхний (Q3). Данные представлены в виде Me [Q1; Q3]. Для анализа взаимосвязей качественных признаков рассчитывался критерий хи-квадрат Пирсона для таблиц сопряженности, использовался метод Холма–Бонферрони для множественных сравнений. При оценке статистической достоверности различий в группах количественных переменных, имеющих нормальное распределение, применялся t-критерий Стьюдента, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с использованием поправки Бонферрони для множественных сравнений. В случае отсутствия нормального распределения использовался непараметрический U-критерий Манна–Уитни для двух независимых выборок, измерение внутри двух групп проводилось с использованием критерия Вилкоксона. Для сравнения более двух независимых выборок применяли H-критерий Краскела–Уоллиса. Парные гипотезы проверяли с помощью теста Дуасса–Стила–Кричлоу–Флигнера (DSCF попарное сравнение). Использовался метод корреляционного анализа (коэффициент корреляции Спирмена) для изучения взаимосвязей показателей, распределение которых отличалось от нормального. Различия считались достоверными, если уровень статистической значимости был меньше 0,05.

2.3. Характеристика материала исследования

Общая выборка была представлена 310 пациентами с впервые возникшими острыми шизофреноформными психозами (135 мужчин, 175 женщин). Средний возраст пациентов на момент исследования составил 28,8±6,6 года (от 18 до 57 лет). После разделения выборки на группы в зависимости от заражения SARS-CoV-2 были проанализированы социодемографические характеристики пациентов при включении в исследование (Таблица 2.1).

Таблица 2.1 — Социодемографические показатели пациентов, включенных в исследование

Показатель	**Группа I (клиническая выборка — F23.2 с COVID-19) (*n*=222)**	**Группа II (группа сравнения — F23.2 без COVID-19) (*n*=88)**	***p*** **(χ^2)**	**Всего (*n*=310) (χ^2)**
Распределение по полу, абс. (%)				
Мужчины	98 (44)	37 (42)	0,113 (0,737)	135 (44)
Женщины	124 (55)	51 (58)		175 (56)
Уровень образования, абс. (%)				
Высшее	116 (52)	39 (44)	2,26 (0,521)	155 (50)
Неоконченное высшее	34 (15)	18 (20,5)		52 (17)
Среднее профессиональное	46 (21)	18 (20,5)		64 (21)
Среднее	26 (12)	13 (15)		39 (13)
Профессиональный статус, абс. (%)				
Рабочий	89 (40)	10 (11)	34,0 (<0,001)	99 (32)
Учащийся	33 (15)	7 (8)		40 (13)
Безработный допенсионного возраста	99 (44,5)	71 (81)		170 (55)
Пенсионер	1 (0,5)	0		1 (0,3)
Брачный статус, абс. (%)				
В браке	53 (24)	13 (15)	3,78 (0,286)	66 (21)
Никогда не состоял (-а) в браке	151 (68)	66 (75)		217 (70)
В разводе	17 (8)	9 (10)		26 (8)
Вдова/вдовец	1 (0,5)	0		1 (0,3)

Пациенты двух групп были сопоставимы по большинству социодемографических показателей, кроме распределения по профессиональному статусу. Средний возраст пациентов группы I составил 29,3±6,6 года, что является статистически значимым показателем по сравнению с показателем группы II,

равным 27,5±6,3 года (p=0,022). Эти показатели соотносятся со средним возрастом развития первого психотического эпизода (27,3 года) (O'Donoghue B. et al., 2015). Как видно из Таблицы 2.1, большинство пациентов общей выборки были одинокими (70 %), безработными допенсионного возраста (55 %), с высшим (50 %) или средним профессиональным (21 %) образованием.

Статистический анализ выявил значимые межгрупповые различия в социальном функционировании: в I группе доля работающих пациентов составляла 40 %, тогда как во II группе этот показатель не превышал 11 % (p<0,05). Приведенные социодемографические показатели свидетельствуют о неудовлетворительном уровне социально-трудового функционирования среди большинства пациентов.

Распределение пациентов группы I по клиническим вариантам течения COVID-19 приведено на Рисунке 2.3.

Рисунок 2.3 — Клинические варианты COVID-19 для пациентов группы I (клиническая выборка) (n=222)

ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция.

Так, в 57 % (n=126) случаев инфекция протекала в варианте острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), в 31 % (n=69) — в варианте

пневмонии без дыхательной недостаточности и реже всего, в 12 % случаев (*n*=27), наблюдалось бессимптомное течение болезни. Преобладание варианта ОРВИ среди пациентов соответствовало данным литературы о том, что большинство людей переносили COVID-19 с поражением только верхних дыхательных путей (Long B. et al., 2022). Возможность выявления COVID-19 с бессимптомным течением объяснялась проведением лабораторного теста всем пациентам при поступлении в стационар. Среди пациентов с пневмонией у 57 человек выявили поражение менее 25 % легочной паренхимы (КТ-1), у 12 человек — от 25 до 50 % (КТ-2). Объем поражения рассчитывался по объему вовлечения легочной паренхимы (Морозов С. П. и др., 2021).

Средний балл по шкале NEWS-2 при поступлении составил 0,5±0,6, что отражало удовлетворительное функционирование органов и систем пациентов, а также низкий уровень риска развития осложнений. Никто из пациентов не набрал более 3 баллов (что соответствовало низкому риску развития осложнений). Также проводилось динамическое наблюдение за соматическим состоянием пациентов — случаев утяжеления зафиксировано не было. Согласно классификации степени тяжести, рекомендованной в методических рекомендациях Министерства здравоохранения Российской Федерации (Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), версия 18, 2023), в 67 % (*n*=149) случаев отмечается легкое течение, в 33 % (*n*=73) наблюдений — среднетяжелое течение.

Как видно из Таблицы 2.2, среди симптомов инфекции наиболее распространенными были повышение температуры тела (75 %), кашель (51 %) и миалгия (34 %). Наиболее редкими симптомами были тошнота или рвота (1 %), диарея (3 %), головная боль (6 %) и ощущение заложенности в грудной клетке (6 %).

Таблица 2.2 — Распространенность соматических симптомов в группе I (с COVID-19) (*n*=222)

Соматический симптом	**Абс. (%)**
Повышение температуры тела	167 (75)
Кашель	113 (51)
Одышка	37 (17)
Ощущение заложенности в грудной клетке	13 (6)
Боли в горле	27 (12)
Головная боль	14 (6)
Миалгия	76 (34)
Утомляемость или слабость	72 (32)
Диарея	7 (3)
Тошнота или рвота	3 (1)

Согласно данным, приведенным в Таблице 2.3, в качестве этиотропной терапии практически с равной частотой использовали умифеновир (33 %) и гидроксихлорохин (28 %), реже применяли фавипиравир (21 %) и имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты (18 %).

Таблица 2.3 — Лекарственные препараты, используемые для лечения COVID-19 в группе I (с COVID-19) (*n*=222)

Препарат	**Абс. (%)**
Этиотропная терапия	
Гидроксихлорохин	63 (28)
Фавипиравир	47 (21)
Умифеновир	73 (33)
Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты	39 (18)
Антибактериальная терапия	
Азитромицин	49 (22)
Левофлоксацин	34 (15)
Цефтриаксон	5 (3)
Цефепим	4 (2)

Дозировки препаратов этиотропной терапии соответствовали рекомендованным в методических рекомендациях: гидроксихлорохин назначался по 400 мг 2 раза в первые сутки, затем 200 мг 2 раза в сутки в течение 6 дней; фавипиравир применялся в дозировке по 1800 мг 2 раза в сутки в 1-й день, далее по 800 мг 2 раза в сутки со 2-го по 10-й день с учетом массы тела пациентов более 75 кг; умифеновир назначался по 200 мг 4 раза в сутки в течение 5–7 дней; имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты применялся по 180 мг 1 раз в сутки первые 3 дня заболевания и далее в дозе 90 мг 1 раз в сутки в последующие 4 дня. Следует отметить, что с июля 2020 г. гидроксихлорохин был исключен из рекомендаций Всемирной организации здравоохранения по лечению COVID-19 (Coronavirus Disease (COVID-19): Hydroxychloroquine 2020) и в 2021 г. — из 11-й версии рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации (Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), версия 11, 2021). Однако часть выборки формировалась с начала 2020 г., когда гидроксихлорохин использовался согласно методическим рекомендациям (Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), версия 6, 2020).

Антибактериальная терапия назначалась в 42 % (*n*=92) случаев. Чаще всего использовали азитромицин (*n*=49), на втором месте — левофлоксацин (*n*=34), в единичных случаях применяли цефтриаксон и цефепим. Назначение азитромицина было обусловлено не присоединением бактериальной инфекции, а первоначальными клиническими рекомендациями, предполагавшими эффективность комбинированной терапии гидроксихлорохина с азитромицином. Однако последующие исследования не подтвердили целесообразность данной схемы при COVID-19 (Gautret P. et al., 2020). Назначение препарата соответствовало, как уже говорилось выше, актуальным на момент набора материала методическим рекомендациям (комбинация гидроксихлорохин + азитромицин исключена из 9-й версии). Терапия генно-инженерными

биологическими препаратами и глюкокортикоидами, а также оксигенотерапия в исследуемой группе не проводились.

Средняя длительность лечения в специализированном отделении для пациентов с психическими расстройствами и COVID-19 составляла 12,2±5,0 дня, что соответствует полученным ранее данным литературы (Alimohamadi Y. et al., 2022). После клинического выздоровления и двух отрицательных тестов на COVID-19 пациенты переводились в общепсихиатрические отделения для продолжения лечения психоза (более подробно о клинике и терапии в главе 3).

ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ ШИЗОФРЕНОФОРМНЫХ ПСИХОЗОВ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ COVID-19

3.1. Сравнительная характеристика пациентов с впервые возникшими шизофреноформными психозами на фоне течения COVID-19 и без инфекции

На основании проведенного психопатологического анализа было выявлено, что острые шизофреноформные психозы, протекающие коморбидно с COVID-19, характеризовались более тяжелым течением по сравнению с психозами без COVID-19, что отражалось большей интенсивностью продуктивной симптоматики.

В группе пациентов с COVID-19 наблюдалось выраженное психомоторное возбуждение на фоне охваченности бредовыми идеями и галлюцинациями, в ряде случаев достигающее степени яркого возбуждения на фоне аффективного напряжения. Бредовые переживания в сочетании с яркими обманами восприятия полностью поглощали пациента и управляли его действиями, нарушая способность адекватно воспринимать происходящее и определяя поведенческие нарушения и грубую дезадаптацию.

Большая острота психического состояния у пациентов из клинической выборки подтверждалась более высокими баллами, полученными при оценке позитивных симптомов по шкале PANSS (Таблица 3.1). Так, у пациентов с COVID-19 выявлялась статистическая значимость различий медианы подшкалы P PANSS (33,0 [29,0; 36,0]), а также отдельных ее подпунктов: P1 «Бред» (6,0 [6,0; 7,0]), P2 «Расстройства мышления» (6,0 [5,0; 6,0]), P3 «Галлюцинации» (6,0 [5,0; 6,0]) и P5 «Идеи величия» (4,0 [2,0; 5,0]).

Таблица 3.1 — Показатели шкалы PANSS у пациентов группы I (с COVID-19) и группы II (без COVID-19)

Шкала, средний балл	**Группа I (клиническая выборка — с COVID-19) (*n*=222)**	**Группа II (группа сравнения — без COVID-19) (*n*=88)**	***p*** **(U-test)**
Шкала (Me [Q1; Q3])			
PANSS	101 [86,3; 113]	104 [94,8; 113]	0,166
PANSS Positive	33,0 [29,0; 36,0]	29,0 [26,0; 32,0]	**<0,001**
PANSS Negative	21,0 [16,0; 27,0]	26,0 [23,0; 28,0]	**<0,001**
PANSS General	45,0 [39,0; 54,0]	49,0 [42,8; 55,0]	0,053
Пункты шкалы PANSS (Me [Q1; Q3])			
P1, бред	6,0 [6,0; 7,0]	6,0 [5,0; 6,0]	**<0,001**
P2, расстройства мышления	6,0 [5,0; 6,0]	5,0 [5,0; 6,0]	**<0,001**
P3, галлюцинации	6,0 [5,0; 6,0]	5,0 [5,0; 7,0]	**0,010**
P4, возбуждение	4,0 [3,0; 5,0]	4,0 [3,0; 5,0]	0,197
P5, идеи величия	4,0 [2,0; 5,0]	2,0 [1,0; 4,0]	**<0,001**
P6, подозрительность, идеи преследования	4,0 [3,0; 6,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,480
P7, враждебность	3,0 [2,0; 4,0]	3,0 [1,0; 4,0]	0,285
N1, притупленный аффект	3 [3,0; 4,0]	4 [3,0; 4,0]	**<0,001**
N2, эмоциональная отгороженность	3 [2,0; 4,0]	4,0 [3,0; 4,0]	**<0,001**
N3, трудности в общении (малоконтактность, некоммуникабельность)	3,0 [2,0; 4,0]	3,5 [3,0; 4,0]	**0,003**
N4, пассивно-апатическая социальная отгороженность	3 [2,0; 4,0]	4 [3,0; 4,3]	**<0,001**
N5, нарушение абстрактного мышления	3,0 [2,0; 4,0]	4,0 [3,0; 4,0]	**0,002**
N6, нарушение спонтанности и плавности речи	3 [2,0; 4,0]	4 [3,0; 4,0]	**<0,001**
N7, стереотипное мышление	3,0 [2,0; 4,0]	3,00 [2,00; 4,00]	**0,089**

Продолжение Таблицы 3.1

Шкала, средний балл	**Группа I (клиническая выборка — с COVID-19) (*n*=222)**	**Группа II (группа сравнения — без COVID-19) (*n*=88)**	***p* (U-test)**
Пункты шкалы PANSS (Me [Q1; Q3])			
G1, соматическая озабоченность	1,0 [1,0; 2,0]	1 [1,0; 2,0]	0,886
G2, тревога	3,0 [2,0; 5,0]	4,0 [3,0; 5,0]	**0,033**
G3, чувство вины	1 [1,0; 2,0]	1,0 [1,0; 3,0]	0,078
G4, напряженность	3,0 [1,0; 4,0]	3 [2,0; 4,0]	0,007
G5, манерность и позирование	2,0 [1,0; 3,5]	3,0 [1,0; 4,0]	0,099
G6, депрессия	1,0 [1,0; 2,0]	1,0 [1,0; 1,0]	**0,002**
G7, моторная заторможенность	1,0 [1,0; 3,0]	2,0 [1,0; 3,0]	**0,010**
G8, малоконтактность	3,0 [1,0; 4,0]	3,0 [3,0; 4,0]	**<0,001**
G9, необычное содержание мыслей	3,0 [3,0; 5,0]	4,0 [3,0; 5,0]	**0,001**
G10, дезориентированность	2,0 [1,0; 4,0]	1,0 [1,0; 3,0]	0,077
G11, нарушение внимания	3,0 [3,0; 5,0]	3,0 [3,0; 4,0]	0,501
G12, снижение критичности к своему состоянию	5,0 [4,0; 6,0]	5,0 [4,0; 6,0]	0,810
G13, расстройство воли	4,0 [3,0; 5,0]	4,0 [3,0; 5,0]	0,439
G14, ослабление контроля импульсивности	3,0 [2,0; 4,0]	3,0 [1,75; 4,0]	0,070
G15, загруженность психическими заболеваниями	4,0 [3,0; 5,0]	4,0 [3,0; 5,0]	0,155
G16, активная социальная отстраненность	4,0 [2,0; 5,0]	4,0 [3,0; 5,0]	0,171

Дополнительно в ходе интервьюирования и сбора объективных анамнестических данных среди пациентов с COVID-19 обращала на себя внимание сохранность психических функций, что отражалось меньшей выраженностью редукции энергетического потенциала, сохранностью

аффективного резонанса, достаточным уровнем мотивационной активности. При сравнении выраженности негативных расстройств также обнаруживалась статистическая значимость различий по показателю медианы практически всех подпунктов: N1 «Притупленный аффект» (3 [3,0; 4,0]), N2 «Эмоциональная отгороженность» (3 [2,0; 4,0]), N3 «Трудности в общении» (3,0 [2,0; 4,0]), N4 «Пассивно-апатическая социальная отгороженность» (3 [2,0; 4,0]), N5 «Нарушение абстрактного мышления» (3,0 [2,0; 4,0]), N6 «Нарушение спонтанности и плавности речи» (3 [2,0; 4,0]), что ожидаемо отражалось и на медиане общего числа баллов по подшкале негативных симптомов (21,0 [16,0; 27,0]). Полученные данные о наличии дефицитарных расстройств в обеих группах согласуются с данными литературы, где сообщается о появлении негативных симптомов еще до первого психотического эпизода (DeVylder J. E. et al., 2014; Tran T. et al., 2023). При этом медиана общего числа баллов по подшкале общих психопатологических синдромов PANSS среди пациентов с COVID-19 составила 45,0 [39,0; 54,0], что меньше среднего числа баллов у пациентов без COVID-19, где этот показатель равен 49,0 [42,8; 55,0], однако разница не достигала статистической значимости различий. Стоит отметить, что по двум пунктам этой шкалы обнаруживалась статистическая значимость различий между двумя группами: G7 «Моторная заторможенность» и G8 «Малоконтактность» были менее выражены среди пациентов с COVID-19 по сравнению с пациентами без COVID-19 (1,0 [1,0; 3,0] vs 2,0 [1,0; 3,0] и 3,0 [1,0; 4,0] vs 3,0 [3,0; 4,0] балла соответственно).

У всех пациентов с шизофреноформными психозами наблюдались относительно стабильные симптомы шизофрении (длительностью до месяца). Отличительной чертой психозов с COVID-19 являлось их сочетание с экзогенной симптоматикой: у 75 % пациентов в продромальном периоде отмечался кратковременный период (3–7 дней) астении с повышенной истощаемостью, раздражительностью, вялостью и сонливостью, после чего наблюдался инициальный этап (1–7 дней) и развертывание острого психоза в течение от 1 до 5 суток. Астенический синдром, выявляемый у пациентов с COVID-19,

характеризовался и слабой выраженностью вегетативных нарушений, что ранее уже описывал В. К. Смирнов при шизофрении, развивающейся вслед за острым инфекционным заболеванием (Смирнов В. К., 1965).

У 32 % пациентов выявлялись психотические экзогенные симптомы. Они были представлены истинными галлюцинациями (26 %), нарушением сознания (22 %) и сочетанием истинных галлюцинаций со спутанностью сознания (52 %). Истинные галлюцинации возникали преимущественно в ночное время и носили угрожающий характер, имели яркую эмоциональную окраску для пациентов и определяли их поведение. Слуховые галлюцинации сохранялись на протяжении 3–5 дней, после чего они сменялись на псевдогаллюцинации в большинстве случаев (80 %), реже наблюдалось усложнение структуры психоза острым чувственным бредом (20 %). Нарушение сознания, более свойственное экзогенным психозам, проявлялось кратковременным аментивноподобным состоянием с быстрой сменой глубины помрачения сознания (42 %) или онейроидным помрачением сознания с явлениями двойной ориентировки (58 %). У 45 % больных в первые часы развития аменции наблюдались гипнагогические галлюцинации: пациенты видели пугающие лица или гримасничающих несуществующих существ. Разрешение экзогенных симптомов происходило в течение нескольких дней, после чего наблюдалась характерная симптоматика классических шизофренических психозов. Полученные результаты (наличие перечисленных симптомов) указывают на наслоение признаков, более характерных для симптоматических психозов (Бамдас Б. С., 1961; Вангенгейм К. А., 1953; Сметанников П. Г., 1955; Тиганов А. С. и др., 1999; Хохлов Л. К. и др., 2019; Bonhoeffer K., 1908; Chang H. et al., 2023), что изменяет клиническую картину дебюта шизофрении, развивающейся одновременно с инфекционным заболеванием. Сочетание характерных для шизофрении симптомов с экзогенными подчеркивает сложный патогенетический характер наблюдаемых расстройств и указывает на необходимость тщательного дифференциального диагноза в подобных клинических ситуациях для проведения эффективной терапии.

В ходе проведенного исследования установлено, что COVID-19, являясь экзогенным фактором, оказывает значимое патопластическое влияние на шизофреноформные психозы. Удалось проследить, что инфекционно-токсическое действие вируса на психотические переживания было связано с тяжестью течения COVID-19. Наиболее выраженное инфекционно-токсическое воздействие наблюдалось при COVID-19 с пневмонией без признаков дыхательной недостаточности (наиболее тяжелая форма болезни в настоящей работе). В первую очередь клинически это проявлялось наиболее стремительным развитием психотических расстройств (1,9±0,7 дня) при COVID-19 с пневмонией по сравнению со случаями ОРВИ и с вариантом бессимптомного течения COVID-19 (4,7±3,9 и 5,6±3,2 дня соответственно). Второе проявление инфекционно-токсического действия на течение шизофреноформного психоза отражалось в яркости продуктивных симптомов. Другими словами, при COVID-19, протекающей с пневмонией без дыхательной недостаточности, наблюдалась большая выраженность продуктивной симптоматики, что подтверждалось тенденцией к снижению медианы подшкалы позитивных расстройств PANSS P от пневмонии к бессимптомной форме (37 [34; 40] vs 31 [29; 35] vs 28 [26; 31,5] соответственно) (Таблица 3.2).

Таблица 3.2 — Показатели шкалы PANSS у пациентов (*n*=222) с шизофреноформными психозами на фоне течения COVID-19 с учетом клинического варианта течения инфекции

Шкала, средний балл (Me [Q1; Q3])	**Пациенты с COVID-19/ пневмонией без дыхательной недостаточности (*n*=69)**	**Пациенты с клинической формой COVID-19/ ОРВИ (*n*=126)**	**Пациенты с бессимптомным течением COVID-19 (*n*=27)**	***p* (H-критерий Краскела–Уоллиса), попарные сравнения (тест Дуасса–Стила–Кричлоу–Флигнера) (DSCF)**
PANSS	113 [102; 121]	104 [97; 115]	90 [83; 107]	*p*1–2=0,008 ***p*1–3<0,001** *p*2–3=0,006

Продолжение Таблицы 3.2

Шкала, средний балл (Me [Q1; Q3])	**Пациенты с COVID-19/ пневмонией без дыхательной недостаточности (*n*=69)**	**Пациенты с клинической формой COVID-19/ ОРВИ (*n*=126)**	**Пациенты с бессимптомным течением COVID-19 (*n*=27)**	***p* (H-критерий Краскела–Уоллиса), попарные сравнения (тест Дуасса–Стила–Кричлоу–Флигнера) (DSCF)**
PANSS	113 [102; 121]	104 [97; 115]	90 [83; 107]	*p*1–2=0,008 ***p*1–3<0,001** *p*2–3=0,006
PANSS P	37 [34; 40]	31 [29; 35]	28 [26; 31,5]	***p*1–2<0,001** ***p*1–3<0,001** ***p*2–3=0,001**
PANSS N	23 [16; 30]	25.5 [20; 31]	22 [18; 27]	*p*1–2=0,070 *p*1–3=1,000 *p*2–3=0,129
PANSS G	52 [48; 58]	47 [42; 53]	45 [34,5; 49,5]	***p*1–2<0,001** ***p*1–3<0,001** ***p*2–3=0,041**
P1, бред	6 [6,00; 7,00]	6,00 [5,00; 6,00]	5 [4,00; 6,00]	***p*1–2<0,001** ***p*1–3<0,001** ***p*2–3<0,001**
P4, возбуждение	6 [5,00; 6,00]	4,00 [4,00; 5,00]	4 [3,00; 4,50]	***p*1–2<0,001** ***p*1–3<0,001** *p*2–3=0,366
P7, враждебность	4 [3,00; 5,00]	3,00 [2,00; 4,00]	2 [1,00; 4,00]	***p*1–2<0,001** ***p*1–3<0,001** *p*2–3=0,132
G5, манерность и позирование	5 [4,00; 6,00]	2,00 [1,00; 3,00]	3 [1,00; 4,00]	***p*1–2<0,001** ***p*1–3<0,001** *p*2–3=1,000
G10, дезориентированность	4 [1,00; 1,00]	1,00 [1,00; 3,00]	1 [1,00; 1,00]	***p*1–2<0,001** ***p*1–3<0,001** ***p*2–3=0,042**

В структуре психоза на фоне пневмонии отмечалась большая выраженность бреда, возбуждения, враждебности, также зачастую в психическом статусе выявлялись неестественные движения, замирания или полная обездвиженность, что подтверждалось статистической значимостью различий медианы пункта P1 «Бред» среди пациентов с пневмонией (6 [6,00; 7,00]) по сравнению с другими больными (ОРВИ — 6,00 [5,00; 6,00], бессимптомное течение — 5 [4,00; 6,00]). Такая же закономерность прослеживалась и по другим пунктам шкалы PANSS: P4 «Возбуждение» (медиана 6 [5,00; 6,00]), P7 «Враждебность» (медиана 4 [3,00; 5,00]), G5 «Манерность и позирование» (медиана 5 [4,00; 6,00]) и G10 «Дезориентированность» (медиана 4 [1,00; 1,00]) по сравнению с ОРВИ (медиана P4 — 4,00 [4,00; 5,00], P7 — 3,00 [2,00; 4,00], G5 — 2,00 [1,00; 3,00], G10 — 1,00 [1,00; 3,00]) и на фоне бессимптомного течения (медиана P4 — 4 [3,00; 4,50], P7 — 2 [1,00; 4,00], G5 — 3 [1,00; 4,00], G10 —1 [1,00; 1,00]).

3.2. Клинико-психопатологические особенности и типология впервые возникших шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19

Проведенный анализ клинико-психопатологических особенностей впервые возникающих шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 выявил их неоднородность, что определило необходимость их разделения на 4 типа с учетом синдромологических особенностей (Снежневский А. В., 1969). Дифференциация позволила изучить особенности включения темы пандемии в содержательный комплекс психоза. Так, выделено 4 типа острых шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19: галлюцинаторно-параноидный (I тип), паранойяльный (II тип), галлюцинаторный (III тип), парафренный (IV тип).

Как видно из Таблицы 3.3, в 51 % (*n*=113) случаев наблюдался I тип психоза с ведущим галлюцинаторно-параноидным синдромом, в 23 % (*n*=50)

наблюдений — II тип психоза с ведущим парафренным синдромом, в 17 % (*n*=37) случаев отмечался III тип психоза — галлюцинаторный и реже всего, в 10 % (*n*=22) наблюдений, выявлялся IV тип психоза с доминирующим паранойяльным синдромом. Таким образом, наиболее распространенным типом психоза был I тип с ведущей галлюцинаторно-параноидной симптоматикой в структуре шизофреноформных психозов при COVID-19, что согласуется с данными литературы о преобладании галлюцинаторно-бредовой симптоматики при острых психотических расстройствах (Castagnini A. et al., 2008). В группе сравнения с шизофреноформными психозами без COVID-19 распределение пациентов по типам психозов не выявлялось.

Таблица 3.3 — Сравнительная характеристика социодемографических и клинико-динамических показателей пациентов с психозом на фоне течения COVID-19, разделенных в зависимости от типа психоза

Показатель	**Тип психоза**				***p***
	I тип (галлюцинаторно-параноидный) (*n*=113)	**II тип (параной-яльный) (*n*=22)**	**III тип (галлюци-наторный) (*n*=37)**	**IV тип (парафрен-ный) (*n*=50)**	
Средний возраст на момент исследования, лет	27,8±5,9	26,6±4,7	26,2±4,9	33,8±8,2	*p*<0,001 *p*1–2=0,917 *p*1–3=0,373 **p1–4<0,001** *p*2–3=0,954 **p2–4=0,001** **p3–4<0,001**
Длительность госпитализации, койко-дни	22,5±9,7	23,9±5,9	24±6,7	21,5±13,4	0,237
Длительность лечения в инфекционном отделении, койко-дни	11,8±4	12,3±4,3	13,1±3,5	12,5±5,2	0,623

Пациенты, разделенные по типам психоза, сопоставимы по уровню образования и трудовому статусу. Средний возраст пациентов с галлюцинаторно-параноидным синдромом (I тип) был 27,8±5,9 года, с паранойяльным (II тип) — 26,6±4,7 года, с галлюцинаторным (III тип) — 26,2±4,9 года, с парафренным (IV тип) — 33,8±8,2 года (Таблица 3.4). Разница в возрасте достигалась за счет показателя пациентов с IV типом психоза, которые были значимо старше остальных (33,8±8,2 года), что соответствует данным о более позднем дебюте парафренных состояний (Marneros A. et al., 2003).

Таблица 3.4 — Сравнительная характеристика социодемографических показателей пациентов с психозом на фоне течения COVID-19, разделенных в зависимости от типа психоза

Показатель	**Тип психоза**				***p*** **(χ^2)**
	I тип (галлюцинаторно-параноидный) (*n*=113)	**II тип (параной-яльный) (*n*=22)**	**III тип (галлюци-наторный) (*n*=37)**	**IV тип (парафрен-ный) (*n*=50)**	
Распределение по полу, абс. (%)					
Мужчины	58 (51)	13 (59)	8 (22)	19 (38)	**0,005**
Женщины	55 (49)	9 (41)	29 (78)	31 (62)	
Уровень образования, абс. (%)					
Высшее	59 (52)	11 (50)	15 (41)	31 (62)	0,390
Неоконченное высшее	21 (19)	2 (9)	7 (19)	4 (8)	
Среднее профессиональное	20 (18)	7 (32)	8 (22)	11 (22)	0,390
Среднее	13 (12)	2 (9)	7 (19)	4 (8)	
Уровень образования, абс. (%)					
Длительность обучения	14,4±2,2	14,2±2,2	13,5±2,7	14,9±1,8	0,092
Профессиональный статус, абс. (%)					
Рабочий	38 (34)	10 (45.5)	14 (38)	27 (54)	0,284
Учащийся	20 (18)	2 (9)	6 (16)	5 (10)	
Безработный допенсионного возраста	55 (49)	10 (45.5)	17 (46)	17 (34)	
Пенсионер	0	0	0	1 (2)	

Продолжение Таблицы 3.4

Показатель	**Тип психоза**				***p*** **(χ^2)**
	I тип (галлюцина-торно-параноидный) (*n*=113)	**II тип (параной-яльный) (*n*=22)**	**III тип (галлюцина-торный) (*n*=37)**	**IV тип (парафрен-ный) (*n*=50)**	
Брачный статус, абс. (%)					
В браке	17 (15)	4 (18)	8 (22)	24 (48)	**0,001**
Никогда не состоял (не состояла) в браке	86 (76)	16 (73)	28 (76)	21 (42)	
В разводе	10 (9)	2 (9)	1 (3)	4 (8)	
Вдова/вдовец	0	0	0	1 (2)	
Дополнительные признаки, абс. (%)					
Наследственная отягощенность психическими заболеваниями	35 (31)	7 (32)	9 (24)	10 (20)	0,479
Неблагоприятный акушерский и гинекологический анамнез	11 (10)	9 (41)	5 (14)	4 (8)	**<0,001**
Преморбидные характеристики, абс. (%)					
Патохарактерологиче-ские характеристики	51 (45)	11 (50)	16 (43)	21 (42)	0,181
Аффективные нарушения	23 (20)	5 (23)	9 (24)	11 (22)	0,164
Невротические синдромы	11 (10)	2 (9)	4 (11)	6 (12)	0,159

Статистическая значимость различий в распределении пациентов по полу в зависимости от типа психоза объясняется, вероятно, абсолютным преобладанием женщин с галлюцинаторным типом психоза (78 %) по сравнению с галлюцинаторно-параноидным (49 %), паранойяльным (41 %) и парафренным (62 %) типами психозов (см. Таблицу 3.4). Полученные результаты согласуются с

данными литературы о том, что слуховые галлюцинации при шизофрении чаще наблюдаются у женщин (Rector N. A. et al., 1992; Sharma R. P. et al., 1999). Среди пациентов с преобладающим парафренным синдромом (IV тип) 48 % состоят в браке, с галлюцинаторно-параноидным (I тип) — 15 %, паранойяльным (II тип) — 18 % и галлюцинаторным (III тип) — 22 %. Наиболее высокий показатель состоящих в браке в группе с парафренным синдромом (IV тип) объясняется более поздним дебютом заболевания. В целом при анализе социодемографических и клинико-динамических показателей выделяются пациенты с IV типом психоза из-за высокого уровня трудового и социального функционирования, что является благоприятными предикторами исхода расстройств шизофренического спектра (Cowman M. et al., 2021; Fleischhaker C. et al., 2005; Niendam T. A. et al., 2009).

При сравнении типов психоза по результатам психометрической оценки с помощью шкалы PANSS также выявлялась статистическая значимость различий (Таблица 3.5). Так, пациенты с ведущим паранойяльным синдромом (II тип) ожидаемо отличались наибольшей медианой баллов по пункту P1 «Бред» (6 [5; 6]), при этом выраженность псевдогаллюцинаций (P3 «Галлюцинации» 2 [1; 4]) у них была наименьшей среди всех групп. У пациентов с доминирующими галлюцинациями (III тип) преобладали вербальные псевдогаллюцинации с явлениями дезориентировки (P3 «Галлюцинации» 6 [5; 6]; G10 «Дезориентированность» 4 [2; 5]) без бредовой трактовки происходящего (P1 «Бред» 3 [1; 3]). Наибольшая выраженность продуктивных симптомов выявлялась у пациентов с IV типом психоза с преобладающим парафренным синдромом (P5 «Идеи величия» 6 [5; 7]) с кататоническими включениями (G5 «Манерность и позирование» 4 [1; 5]; G10 «Моторная заторможенность» 1 [1; 1]). Во всех типах психозов обнаруживалась значимая положительная взаимосвязь между баллами следующих пунктов (коэффициент корреляции Спирмена): «Нарушение внимания» и «Расстройства мышления» ($r=0{,}415$; $p<0{,}001$); «Нарушение внимания» и «Галлюцинации» ($r=0{,}356$; $p<0{,}001$); «Манерность и позирование» и «Грандиозность» ($r=0{,}301$; $p<0{,}001$); «Подозрительность, идеи преследования» и

«Снижение критики к болезни» (r=0,322; *p*<0,001); «Враждебность» и «Возбуждение» (r=0,594; *p*<0,001); «Враждебность» и «Подозрительность, идеи преследования» (r=0,402; *p*<0,001).

Таблица 3.5 — Показатели шкалы PANSS при поступлении пациентов с психозом на фоне течения COVID-19, разделенных в зависимости от типа психоза (Me [Q1; Q3])

Шкала/ пункты шкалы	**Тип психоза**				***p* (H-критерий Краскела–Уоллиса), попарные сравнения (тест Дуасса–Стила–Кричлоу–Флигнера) (DSCF)**
	I тип (галлюцинаторно-параноидный) (*n*=113)	**II тип (параноидальный) (*n*=22)**	**III тип (галлюцинаторный) (*n*=37)**	**IV тип (парафренный) (*n*=50)**	
PANSS	98 [81; 113]	99 [93,5; 107]	101 [84; 133]	83,5 [76,0; 98,8]	0,003 *p*1–2=0,904 *p*1–3=0,781 *p*1–4=0,019 *p*2–3=1,000 *p*2–4=0,006 *p*3–4=0,011
PANSS Positive	28 [25; 33]	28 [23; 30]	29 [21; 33]	32,5 [27; 35]	0,002 *p*1–2=0,637 *p*1–3=0,538 *p*1–4=0,016 *p*2–3=1,000 *p*2–4=0,018 *p*3–4=0,009
PANSS Negative	23 [16; 30]	25 [21; 31]	25 [19; 32]	7 [7; 14]	<0,001 *p*1–2=0,497 *p*1–3=0,351 *p*1–4<0,001 *p*2–3=1,000 *p*2–4<0,001 *p*3–4<0,001

Продолжение Таблицы 3.5

Шкала/ пункты шкалы	**Тип психоза**				***p*** **(Н-критерий Краскела–Уоллиса), попарные сравнения (тест Дуасса–Стила–Кричлоу–Флигнера) (DSCF)**
	I тип (галлюцинаторно-параноидный) (*n*=113)	**II тип (параноидальный) (*n*=22)**	**III тип (галлюцинаторный) (*n*=37)**	**IV тип (парафренный) (*n*=50)**	
PANSS General	45 [39; 55]	45,5 [42,0; 58,8]	49 [42; 63]	44,0 [37,5; 47,8]	0,041 *p*1–2=0,726 *p*1–3=0,420 *p*1–4=0,422 *p*2–3=0,998 *p*2–4=0,254 *p*3–4=0,022
P1 «Бред»	6 [5; 6]	6 [5; 6]	3 [1; 3]	6 [5; 6]	<0,001 *p*1–2=0,877 *p*1–3<0,001 *p*1–4=0,901 *p*2–3<0,001 *p*2–4=0,990 *p*3–4<0,001
P2 «Расстройства мышления»	4 [4; 5]	5 [4; 6]	5 [3; 6]	6 [5; 6]	<0,001 *p*1–2=0,180 *p*1–3=1,000 *p*1–4<0,001 *p*2–3=0,386 *p*2–4=0,530 *p*3–4=0,005
P3 «Галлюцинации»	5 [4; 6]	2 [1; 4]	6 [5; 6]	5,5 [5,0; 6,0]	<0,001 *p*1–2<0,001 *p*1–3=0,007 *p*1–4=0,213 *p*2–3<0,001 *p*2–4<0,001 *p*3–4=0,529

Продолжение Таблицы 3.5

Шкала/ пункты шкалы	**Тип психоза**				***p*** **(Н-критерий Краскела–Уоллиса), попарные сравнения (тест Дуасса–Стила–Кричлоу–Флигнера) (DSCF)**
	I тип (галлюцинаторно-параноидный) (*n*=113)	**II тип (параной-яльный) (*n*=22)**	**III тип (галлюци-наторный) (*n*=37)**	**IV тип (парафрен-ный) (*n*=50)**	
P4 «Воз-буждение»	3 [3; 4]	4 [1; 5]	4 [2; 5]	4 [3; 5]	*p*=0,485
P5 «Идеи величия»	3 [1; 4]	2,5 [1,0; 4,0]	3 [1; 4]	6 [5; 7]	<0,001 *p*1–2=0,900 *p*1–3=0,880 *p*1–4<0,001 *p*2–3=0,696 *p*2–4<0,001 *p*3–4<0,001
P6 «Подо-зритель-ность, идеи преследо-вания»	4 [4; 6]	4,5 [3,0; 6,0]	4 [3; 6]	4 [1; 5]	0,060
P7 «Враждеб-ность»	3 [2; 4]	3,00 [3,00; 4,75]	3 [2; 5]	3 [1; 4]	0,028 *p*1–2=0,156 *p*1–3=0,995 *p*1–4=0,236 *p*2–3=0,484 *p*2–4=0,045 *p*3–4=0,276
G5 «Манер-ность и пози-рование»	2 [1; 3]	1 [1; 3]	2 [1; 4]	4 [1; 5]	<0,001 *p*1–2=0,559 *p*1–3=0,466 *p*1–4=0,008 *p*2–3=0,154 *p*2–4=0,019 *p*3–4=0,533

Продолжение Таблицы 3.5

Шкала/ пункты шкалы	**Тип психоза**				***p* (Н-критерий Краскела–Уоллиса), попарные сравнения (тест Дуасса–Стила–Кричлоу–Флигнера) (DSCF)**
	I тип (галлюцинаторно-параноидный) (*n*=113)	**II тип (параной-яльный) (*n*=22)**	**III тип (галлюци-наторный) (*n*=37)**	**IV тип (парафрен-ный) (*n*=50)**	
G7 «Моторная затормо-женность»	1 [1; 2]	1 [1; 5]	1 [1; 1]	3 [1; 4]	<0,001 *p*1–2=0,566 *p*1–3=0,988 *p*1–4<0,001 *p*2–3=0,510 *p*2–4<0,001 *p*3–4=0,002
G10 «Дезориен-тирован-ность»	1 [1; 3]	1,0 [1,0; 2,5]	4 [2; 5]	1 [1; 1]	<0,001 *p*1–2=0,535 *p*1–3<0,001 *p*1–4<0,001 *p*2–3=0,002 *p*2–4=0,021 *p*3–4<0,001

Впервые возникающие шизофреноформные психозы на фоне течения COVID-19 с галлюцинаторно-параноидным синдромом (I тип) наблюдались у 113 пациентов (58 — мужчины, 55 — женщины), средний возраст подгруппы — 27,8±5,9 года. Тема COVID-19 включалась в структуру галлюцинаторно-параноидного синдрома в 21 % (*n*=24). Во всех случаях вирус вовлекался в бред воздействия и пациенты считали, что недоброжелатели «облучали» их вирусом через аппараты. Так, к классическим идеаторным автоматизмам присоединялись сенсорные, трактуемые действием вирусного яда. Пациенты жаловались на «жжение» в разных областях тела, «горение» органов, «сжимание легких» путем «облучения» вирусом SARS-CoV-2. У части пациентов 17 % (*n*=19) с темой COVID-19 в психотических переживаниях развивались и моторные автоматизмы,

когда больные застывали неподвижно, что объясняли «парализующим» воздействием яда. Кроме того, параллельно с остальными симптомами в единичных случаях пациенты жаловались на кашель и, следовательно, «нехватку воздуха в организме», что объясняли воздействием на них извне, «насильное изъятие воздуха из легких», таким образом давая бредовую интерпретацию соматическим симптомам заболевания.

Клинический пример 1. Острый шизофреноформный психоз с галлюцинаторно-параноидным синдромом. Пациентка В. А. Д., 39 лет, находилась на лечении в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» в июле 2020 г. Наследственность отягощена.

Мать — 74 года, по характеру мнительная, внушаемая. Трудилась бухгалтером до 60 лет, дочь воспитывала в строгости и любви к труду. С 50 лет отмечала периоды сниженного настроения, жаловалась на головные боли, тяжесть в области груди, нарушение мочеиспускания. Обследовалась у врачей соматического профиля — патологии не выявлено, рекомендации обратиться к психиатру игнорировала. Состояния длились по 3–4 месяца, возникали без причин и проходили самостоятельно.

Отец — 73 года, среди знакомых слыл упрямым и злопамятным. С подросткового возраста до 22 лет пьянствовал, в состоянии опьянения резко менялся в поведении; когда отмечал эпизоды дезориентировки с психомоторным возбуждением и злостью, к наркологам не обращался. Работал по профессии электромонтером до 60 лет, подрабатывал частным извозом. Дочь воспитывал жестко, с применением физической силы. С возрастом стал более неуступчив, настаивал, чтобы все члены семьи неукоснительно исполняли его распоряжения, при отказе кричал, замахивался, игнорировал домочадцев месяцами.

Бабушка по линии матери умерла в 82 года от осложнений онкологического заболевания. По характеру трудолюбивая, стеничная, преданная. Окончила 6 классов, совместно с мужем вела домашнее хозяйство. Ухаживала за 10 детьми, активно участвовала в жизни церкви.

Дедушка по линии матери умер в 76 лет от острой сердечной недостаточности. По характеру сдержанный, нелюдимый. До смерти вел хозяйство, держал скотину. Отличался религиозностью.

Бабушка по линии отца умерла в 69 лет от острой сердечной недостаточности, страдала шизофренией, наблюдалась психиатрами.

Дедушка по линии отца — 84 года, по характеру спокойный, добросовестный, исполнительный. В течение жизни работал инженером на оборонном предприятии. Несмотря на психическое неблагополучие жены, поддерживал ту, помогал в ведении быта и воспитании детей.

Пробанд родилась единственным ребенком в семье от нормально протекавшей беременности срочных родов. В развитии от сверстников не отставала, росла крепким и здоровым ребенком, быстро влилась в коллектив сверстников в детском саду. В школу пошла с 6 лет, с учебой справлялась. Также обучалась в музыкальной школе, освоила игру на пианино, посещала кружок ориентирования на местности. Участвовала в общественной жизни школы, занималась волонтерством. В свободное время читала любовные романы, так как нравилось представлять себя в роли главной героини. В подростковом возрасте неоднократно участвовала в конкурсах красоты, шила себе наряды. Среди сверстников занимала лидирующие позиции, слыла хорошей рассказчицей, отличалась прекрасным чувством юмора.

Mensis с 11 лет, безболезненные, цикл установился сразу. В 14 лет влюбилась в учителя литературы, наделяла его чертами характера героя любимой книги, поджидала его после уроков. Поняв, что ее чувства безответны, излишне драматизировала, прогуливала его уроки, плакала в коридорах. Однако через несколько месяцев увлеклась старшеклассником, легко завоевала его внимание, хвасталась подругам об успехах на любовном фронте.

По протекции родителей поступила в медицинский колледж, параллельно с учебой, по настоянию отца, подрабатывала санитаркой. Получив образование, работала медсестрой в районной детской поликлинике вплоть до настоящего

времени. С коллегами общалась доброжелательно, с рабочими обязанностями справлялась.

В течение жизни отличалась ветреностью в общении с мужчинами, меняла поклонников, любила привлекать к себе внимание. Добившись желаемого, быстро теряла интерес, в избранниках ценила внешнюю красоту и обеспеченность. В 34 года вышла замуж за знакомого хирурга, с которым встречалась в течение двух лет до замужества, поскольку гордилась положением «жены врача». В отношениях была эгоистичной, требовательной, капризной. Устраивала сцены ревности дома, попрекала мужа в малых финансовых затратах на подарки и семейный быт. Отказывалась рожать детей, боясь поправиться, хотела продолжать работать без отрыва для ухода за ребенком.

За день до госпитализации в психиатрический стационар на работе была невнимательна, путала карты больных, замечала подозрительные взгляды коллег, казалось, что они перешептывались у нее за спиной из-за ошибок. Следующую ночь не спала из-за тревоги, однако на утро, несмотря на плохое самочувствие, отправилась на работу. По дороге видела «подозрительных людей», замечала много одинаковых машин. Находясь в рабочем кабинете, ощущала путаницу мыслей, считала, что коллеги установили «подслушивающее устройство». Испугавшись, позвонила мужу и попросила встретить с работы. В ожидании супруга услышала в голове незнакомый голос, «направляемый через специальные установки», обвиняющий ее в халатности, пряталась в туалете, где была найдена мужем и отвезена домой. Дома была крайне напугана, ночь не спала, спрятала телефон, искала «жучки» в квартире. Утром выглядела испуганной, хваталась за грудь, сообщила мужу, что ее «облучают COVID-19», не реагировала на убеждения. По настоянию супруга осмотрена дежурным психиатром и доставлена в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», где при поступлении выявлен COVID-19.

В исследование включена в первый день госпитализации в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

Психический статус при поступлении: просит врача предоставить ей «безопасное убежище». Заявляет, что в голове слышит голос, «транслируемый

аппаратурой с работы», который обвиняет ее в безответственности. Внезапно начинает дышать с придыханием, поясняет, что чувствует «облучение органов вирусом». Говорит, что за ней следят и пытаются прочитать мысли. Время от времени замолкает, не обращая внимания на врача, шепчет что-то себе под нос, спорит с несуществующими собеседниками.

Из психофармакотерапии с первого дня получала рисперидон 6 мг в сутки перорально, диазепам 10 мг в сутки внутримышечно (на протяжении 3 дней) и бипериден 6 мг в сутки перорально. В первые дни нахождения в стационаре ни с кем не общалась, высказывала врачу свои подозрения в адрес соседки по палате, которая якобы «вела себя подозрительно», предполагала, что она «как-то связана с ее работой». Жаловалась на жжение в коже, которое объясняла воздействием «вирусом через аппаратуру». На фоне проводимого лечения происходило постепенное разрешение психоза — сначала дезактуализировалось ощущение воздействия и ушли голоса, а далее редуцировались явления бреда. Перед выпиской оставалась раздражительной и утомляемой, однако замыкалась при обсуждении работы, винила коллег в своей госпитализации. Выписана на 30-й день лечения с выполненной инъекцией рисперидона в пролонгированной форме 50 мг 1 раз в 14 дней.

Соматический и неврологический статус при поступлении в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»: правильного телосложения, достаточного питания. Температура тела — 36,6 °С. Кожный покров физиологической окраски, сухой. Высыпаний нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) — 16 движений в минуту. Сатурация — 98 %. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) — 90 ударов в минуту. Артериальное давление (АД) — 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, печень и селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Область почек визуально не изменена, симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления, со слов, не нарушены. Тонус мышц не нарушен. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Лицо симметрично, зрачки

симметричные. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены. Речь не нарушена.

Перенесенные заболевания: перелом малоберцовой кости в 26 лет с остеосинтезом аппаратами внешней фиксации.

Получала *этиотропную и симптоматическую терапию* согласно клиническим рекомендациям по лечению коронавирусной инфекции. Принимала гидроксихлорохин на протяжении 6 дней (400 мг в сутки) перорально, азитромицин (500 мг в сутки) перорально в течение 7 дней, эноксапарин натрия (4000 анти-Ха МЕ) подкожно, амброксол (90 мг в сутки) перорально.

Проведены консультации других специалистов.

Осмотр терапевта и инфекциониста от 8 июля 2020 г.: коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID 19 (U07.1).

Осмотр невролога от 8 июля 2020 г.: расстройство вегетативной нервной системы (G90.8).

Экспериментально-психологическое обследование от 16 июля 2020 г.: лабильность мыслительных процессов по темпу, их недостаточная целенаправленность, непоследовательность и амбивалентность ряда суждений, ослабленность критических способностей. Отмечается также широкая актуализация слабых признаков понятий, неравномерность процесса обобщения, элементы разноплановости и смысловой смещенности. Затруднена концентрация внимания.

Данные лабораторных и инструментальных исследований следующие.

Мазок из зева и ротоглотки на коронавирус (COVID-2019) от 8 июля 2020 г. — положительно. Титр антител к новой коронавирусной инфекции от 9 июля 2020 г. — nCoV IgM: 18.98 (<2) nCoV IgG: 124.23 (<10). Общий анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови (б/х крови), общий анализ мочи (ОАМ) от 8 июля 2020 г. — все показатели в допустимых пределах. Анализ на С-реактивный белок (СРБ) от 9 июля 2020 г. — 0,02 мг/л.

Электрокардиография (ЭКГ) от 8 июля 2020 г.*:* синусовый ритм, вертикальное положение электрической оси сердца.

КТ органов грудной полости (ОГП) от 8 июля 2020 г.: свежих очаговых, инфильтративных изменений в легких не выявлено. Данных за внутригрудную лимфаденопатию не получено.

КТ головного мозга (ГМ) без контрастирования от 8 июля 2020 г.: КТ-данных за очаговые изменения в ткани головного мозга не получено. На уровне исследования без костно-травматических изменений.

Ds.: F23.2 Острое шизофреноформное психотическое расстройство.

Разбор. Психический статус больной представлен галлюцинаторно-параноидным синдромом, в структуре которого выявлен сенсорный автоматизм, проявляющийся воздействием вируса SARS-CoV-2 на внутренние органы и жжением на кожу, то есть тема пандемии интегрирована в бред. У больной в преморбиде определяются истеро-гипертимные черты с приподнятым настроением, энергичностью, желанием произвести благоприятное впечатление. Определяется удовлетворительный уровень социального и трудового функционирования до госпитализации в психиатрический стационар. Психоз развился остро, на стадии продрома отмечался астенический синдром, сменившийся подозрительностью. Таким образом, пациентка перенесла бредовой вариант синдрома Кандинского–Клерамбо, который купировался постепенно, симптомы редуцировались в обратной последовательности, критика к перенесенному состоянию сформировалась частичная.

Впервые возникающие шизофреноформные психозы на фоне течения COVID-19 с паранойяльным синдромом (II тип) выявлены в 22 наблюдениях (13 — мужчины, 9 — женщины), средний возраст пациентов — 26,6±4,7 года.

В 55 % (*n*=12) случаев в структуру паранойяльного синдрома входила тема пандемии. Девять пациентов с персекуторным бредом были уверены, что преследователи специально заражали их COVID-19 с целью «завладеть органами» или «умертвить», 3 из них причисляли медперсонал к злоумышленникам, считая работников больницы частью «преступной банды», которая пребывала в сговоре с преследователями. Также наблюдались бредовые идеи, при которых пациенты

(*n*=3) отрицали наличие у себя COVID-19, считая информацию, полученную от врачей, лживой. Информацию о заражении вирусом SARS-CoV-2 пациенты связывали с попытками дискредитировать себя в результате сговора родственников и врачей. Подобная фабула бреда близка к варианту «бреда приписанной болезни» (Каменева Е. Н., 1957; Ротштейн Г. А., 1961) и бредовой реакции с идеями «умышленного преувеличения» (Выборных Д. Э., 2000).

Часть пациентов утверждали, что через таблетки им «подселяли вирусы» (имеется в виду проводимая противовирусная терапия), нарушающие работу органов, таким образом расширяя бредовую фабулу. При этом они жаловались на дискомфортные ощущения в теле по типу «горло передвигалось», «рыбки, как кристаллы, передвигались в мозге», «снимались слои живота», «органы сводило на спину», «кости мутировали», «появлялся липкий налет на зубах». Подобные сенестопатии с тягостными ощущениями трактовались пациентами как последствия приема лекарственной терапии против COVID-19. Иногда сенестопатии усложнялись висцеральными галлюцинациями: в этих случаях пациенты четко определяли местоположение вирусов в организме и говорили об их действии на органы. В конечном итоге больные отказывались от приема пищи по бредовым мотивам, объясняя свое поведение «нежеланием кормить этих паразитов». Яркие сенестопатии и висцеральные галлюцинации, наблюдавшиеся у пациентов с паранойяльным синдромом, схожи с особенностью шизофрении, развертывающейся на фоне сепсиса и ревматизма, при которой, как указывал С. Г. Жислин, выявлялись интенсивные и грубые галлюцинации общего чувства, сенестопатии, систематизированные параноидные образования, связанные с органами и внутренностями (Жислин С. Г., 1956). При этом автор отмечал, что это были не экзогенные наслоения инфекций, а утрированные формы шизофрении.

Клинический пример 2. Впервые возникающий шизофреноформный психоз на фоне течения COVID-19 с паранойяльным синдромом. Пациент К. А. А., 37 лет, находился на лечении в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» в мае–июне

2020 г. Анамнез со слов пациента, родственников, по данным медицинской документации. Наследственность отягощена.

Мать — 55 лет, деспотичная, злопамятная, нетерпеливая. Окончила 10 классов, обучалась на повара, однако отчислилась на втором курсе из-за незапланированной беременности. В течение жизни трудилась на низкоквалифицированных должностях, отовсюду увольнялась из-за инициируемых ею конфликтов и пьянства. В течение жизни алкоголизировалась, переносила судорожные припадки. К наркологам не обращалась, последние 9 лет алкоголь не употребляла из-за перенесенного инфаркта миокарда и острого нарушения кровообращения. Во время беременности алкоголь не употребляла. Сына воспитывала жестко, отличалась нетерпимостью к его мнению, за проступки стыдила и порола ремнем в приступах раздражительности.

Отец умер в 59 лет при невыясненных обстоятельствах, был найден мертвым коллегами в кабинете. Воспитывался в детском доме. По характеру веселый, общительный, склонный к риску. В компании занимал лидирующие позиции, заводил адюльтеры. До 45 лет служил в милиции, уволен в звании капитана, в последующем с друзьями организовал частное охранное предприятие. В течение жизни алкоголизировался, пил запойно, всегда в компании друзей, также увлекался игрой в карты — за вечер проигрывал зарплату. К наркологам не обращался, в воспитании сына участвовал формально.

Бабушка по линии матери умерла в 79 лет от осложнений онкологического заболевания. По характеру прямолинейная, подозрительная, принципиальная. Трудилась помощником секретаря в суде, уволена в связи с тем, что безосновательно обвинила начальника в недооценке ее способностей. До пенсии подрабатывала продавцом, однако подолгу нигде не удерживалась из-за склочного нрава. В течение жизни писала донесения на соседей, почтальонов и продавцов. В возрасте около 70 лет воцерковилась, рьяно соблюдала церковные каноны. С близкими вела себя деспотично, в случае несоблюдения ее условий отличалась обидчивостью и злопамятностью. Так, высказывала внуку недовольство уровнем его образования и выбранной профессией.

Дедушка по линии матери умер в 62 года от острой сердечной недостаточности. По характеру тихий, необщительный, ведомый. Беспрекословно подчинялся жене, отдавая всю зарплату. В воспитании детей участвовал формально, никогда не наказывал, баловал. Окончил 10 классов, работал мастером на заводе до самой смерти.

Бабушка по линии отца среди знакомых слыла чудаковатой, детей родила от разных отцов, в воспитании участия не принимала, отдавала тех в социальные учреждения. Дальнейшая судьба достоверно неизвестна.

Дедушка по линии отца в воспитании сына не участвовал, с подросткового возраста отбывал наказание в местах лишения свободы, в 23 года убит в пьяной драке.

Дядя по линии отца в 34 года совершил самоубийство путем повешения, к психиатрам не обращался, обстоятельства случившегося неизвестны.

Пробанд родился единственным ребенком в семье от беременности, протекавшей на фоне токсикоза первого триместра, срочных родов, осложненных двойным обвитием пуповины. На первом году жизни наблюдался неврологом по поводу повышенного внутричерепного давления, терапию не получал, посещал курсы массажа. В развитии от сверстников не отставал, рос хилым и плаксивым ребенком. Болел простудными заболеваниями 6–8 раз в год, в связи с чем пропускал половину занятий в детском саду. В коллективе адаптировался тяжело — плакал, просил мать забрать как можно скорее. В школу пошел с 6 лет, интереса к учебе не проявлял, получал тройки по всем предметам. По характеру формировался тихим, спокойным, малообщительным. Спортом не занимался, в коллективных играх участия не принимал, проводил время в одиночестве за чтением исторических книг, коллекционировал монеты. К общению со сверстниками не стремился, подвергался насмешкам со стороны одноклассников из-за склонности к уединению и привязанности к матери. К наказаниям силой со стороны матери и постоянные замечания со стороны бабки относился показанно спокойно, однако на самом деле обиду переносил тяжело — уходил из дома,

гуляя по улицам, и вспоминал сказанное в свой адрес. Девушек сторонился, в отношениях не состоял.

По окончании 9 классов поступил в профессиональное училище по настоянию матери, освоил специальность «радиомонтер приемных телевизионных антенн». С 17 лет, после поступления в училище, стал стеснительным, поскольку считал себя менее развитым физически, чем одногруппники, тяготился общением с ними, избегал внимания противоположного пола, время проводил в одиночестве. На фоне размышлений о своей неполноценности отмечал период сниженного настроения, считал, что одногруппники смеялись над ним, но при этом обучение продолжил, в то время как состояние обошлось самостоятельно через полгода. В дальнейшем поступил на работу по освоенной специальности, с обязанностями справлялся, среди коллег слыл добросовестным и исполнительным сотрудником. Свободное время, как и прежде, проводил за чтением литературы, смотрел биографические фильмы.

В 31 год тяжело перенес смерть отца, хотя и помогал матери в организации похорон. После случившегося стал подавленным, отмечал нарушение сна на протяжении месяца, постоянно размышлял о причине смерти отца. Несмотря на сниженное настроение, продолжал работать, помогал матери в ведении хозяйства. Состояние вновь обошлось аутохтонно через месяц. В течение прошедших лет вел прежний образ жизни — работал, оставался замкнут, круг знакомых ограничивал матерью и несколькими приятелями с работы. Два месяца назад попал под сокращение в связи с пандемией, новость об увольнении воспринял спокойно, так как успел накопить комфортную для себя сумму денег. Изоляцию перенес без тревоги, занимался прежними делами, вновь, как и в детстве, увлекся нумизматикой.

За 3 дня до настоящей госпитализации изменился в поведении — стал раздражителен, утомляем, жаловался матери на ощущение тревоги из-за ощущения надвигающейся катастрофы. Ночь накануне госпитализации спал плохо из-за кошмарных сновидений. Наутро был беспокоен, в окнах видел

подозрительные автомобили, при походе в магазин за продуктами замечал, что другие покупатели следили за ним, чтобы что-то украсть у него. Вечером отмечал повышение температуры до 38 °С, пожаловался на кашель и ощущение нехватки воздуха, в связи с чем по настоянию матери был осмотрен бригадой скорой помощи и доставлен в КТ-центр, где у больного выявлена инфекция COVID-19, осложненная пневмонией, поэтому он был госпитализирован во временный госпиталь «Крылатское».

При поступлении в соматический стационар был напуган, так как заметил «враждебное отношение к себе сотрудников больницы», слышал, как врачи переговаривались между собой и говорили «мы им сообщим». После чего собрал воедино события, произошедшие в магазине накануне и в стационаре, и осознал, что его специально заразили COVID-19, чтобы «убить на органы и заработать денег». Следом в испуге за свою жизнь стал агрессивен, кричал, что «в отделении все подстроено», пытался выбить окно стулом, чтобы сбежать от «бандитов». Был осмотрен дежурным психиатром по городу и переведен в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

В исследование включен в первый день госпитализации в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

Психический статус при поступлении: плачет, мечется, сопротивляется осмотру. Говорит, что врачи скорой помощи «по-особенному» переглядывались в дороге, заявляет, что его «привезли умирать», просит «не резать на органы», уверен, что «здесь замышляется убийство». Вцепившись в одного из сотрудников отделения, просит «спасти от убийц». Сообщает, что теперь ему все понятно, потому что «врачи в предыдущей больнице всех лечили, кроме него», говорит, что «заражен специально». Осмотру сопротивляется, яростно дерется, рвется из отделения.

На протяжении первых 10 дней госпитализации получал галоперидол 10 мг в сутки внутримышечно, бипериден 4 мг в сутки перорально и диазепам 10 мг внутримышечно. В отделении держался обособленно, обвинял врачей отделения в сговоре с преследователями, в других пациентах узнавал покупателей из магазина

продуктов рядом с домом. В беседе с врачом был подозрителен, просил «не убивать», повторял «за что ж меня так», обвинял персонал в насмехательстве над собой. На 10-е сутки переведен на терапию рисперидоном 6 мг в сутки перорально, тиапридалом 100 мг в сутки перорально, бипериденом 6 мг в сутки перорально. На фоне проводимой терапии к 10-му дню смягчился в поведении, стал доступнее в переживаниях, активнее общался с окружающими. Однако при прицельной беседе сохранял убежденность в реальности произошедшего, сообщал, что «госпитализация была кем-то подстроена», сомневался в правильности постановки диагноза «COVID-19». К 20-му дню явления бреда редуцировались полностью, пациент отмечал сонливость и быструю истощаемость, критика к перенесенному приступу отсутствовала полностью. Выписан из стационара на 23-й день госпитализации, выполнена инъекция рисперидона в пролонгированной форме 50 мг 1 раз в 14 дней.

Соматический и неврологический статус при поступлении в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»: правильного телосложения, достаточного питания. Температура тела — 37,1 °С. Кожный покров физиологической окраски, сухой. Высыпаний нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД — 16 движений в минуту. Сатурация — 98 %. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 76 ударов в минуту. АД — 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, печень и селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Область почек визуально не изменена, симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления, со слов, не нарушены. Тонус мышц не нарушен. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Лицо симметрично, зрачки симметричные. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены. Речь не нарушена.

Получал *этиотропную и симптоматическую терапию* согласно клиническим рекомендациям по лечению коронавирусной инфекции. Принимал гидроксихлорохин 800 мг в течение 1 дня и 400 мг в сутки на протяжении 6 дней перорально, азитромицин 500 мг в сутки перорально в течение 7 дней,

эноксапарин натрия 4000 анти-Ха МЕ подкожно, амброксол 90 мг в сутки перорально.

Проведены консультации других специалистов.

Осмотр терапевта и инфекциониста от 29 мая 2020 г.: коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID 19, вирус идентифицирован, среднетяжелое течение, двусторонняя полисегментарная пневмония.

Осмотр невролога от 11 июня 2020 г.: астеновегетативный синдром.

Экспериментально-психологическое обследование от 17 июня 2020 г.: отмечается снижение мнестико-интеллектуальной деятельности, наблюдаются колебания умственной работоспособности, нарушения процессов обобщения и недостаточность операционального контроля. При исследовании мышления на фоне неравномерности процесса обобщения у пациента обнаруживается нарушение операционального компонента интеллектуальной деятельности, которое находит свое отражение в виде повышенной откликаемости на побочные ассоциации, случайные связи и вычурные идеи. Динамическая сторона мышления нарушена, при исследовании отмечается лабильность мыслительных процессов, на первый план выступает неустойчивость способа выполнить задание, уровень обобщения не соответствует образованию и жизненному опыту. Внимание нарушено, память также нарушена. В эмоциональной сфере присутствует высокий уровень тревожности на неосознаваемом уровне.

Данные лабораторных и инструментальных исследований следующие.

Мазок из зева и ротоглотки на коронавирус (COVID-2019) от 28 мая 2020 г. — положительно. Титр антител к новой коронавирусной инфекции от 29 мая 2020 г. — nCoV IgM: 0.21 (<2) nCoV IgG: 0.46 (<10). ОАК, б/х крови, ОАМ — все показатели в допустимых пределах. СРБ от 29 мая 2020 г. — 1,00 мг/л.

ЭКГ от 29 мая 2020 г.: умеренная синусовая тахикардия, горизонтальное положение электрической оси сердца.

КТ ОГП от 28 мая 2020 г.: двухсторонняя полисегментарная пневмония, высокая вероятность COVID-19, степень поражения легкая — КТ-1 (20 %).

КТ ОГП от 6 июня 2020 г.: легкие воздушны, без инфильтративных изменений.

ЭЭГ с нагрузочными пробами от 16 июня 2020 г.: диффузные изменения ЭЭГ с признаками заинтересованности неспецифических срединных структур мозга. Межполушарной асимметрии, локальных знаков и типичной эпилептиформной активности не зарегистрировано.

Ds.: F23.2 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении.

Разбор. Состояние пациента определяется бредом с фабулой преследования, где заражение COVID-19 включалось в структуру психоза, а госпитализация в стационар воспринималась пациентом как специально подстроенная злоумышленниками для совершения злодеяния (забор органов). Психоз развивается у личности в преморбиде с чертами сенситивного шизоида с замкнутостью и эмоциональной холодностью, сочетающимися с болезненной неприязнью к замечаниям в свой адрес и изматывающему самонаблюдению. Таким образом, предиспозиционным фактором в настоящем случае выступает специфическая «подготовленность» организма в виде шизоидности в преморбиде (Kahn E., 1921). В анамнезе под воздействием психотравмирующих факторов имелись периоды гипотимий с формированием нестойких идей отношения, до госпитализации отмечался удовлетворительный уровень трудового функционирования. Инициальный этап представлен нарушением сна, подозрительностью на фоне бредового настроения, после чего произошло быстрое развертывание систематизированного бреда (преследования, инсценировки и значения) с тенденцией к расширению фабулы. Манифестация заболевания совпала с заражением новой коронавирусной инфекцией, кристаллизация бреда протекала по классическому механизму «внезапного озарения», когда разрозненные до этого отдельные идеи, в том числе верификация COVID-19, внезапно «сложились» в силу нарастающих нарушений мышления и бредового восприятия происходящего.

Впервые возникающие шизофреноформные психозы на фоне течения COVID-19 с галлюцинаторным синдромом (III тип) выявлены в 37 наблюдениях (8 — мужчины, 29 — женщины), средний возраст пациентов — 26,2±4,9 года.

Тема пандемии вовлекалась в клинику психоза с ведущим галлюцинаторным синдромом в наименьшем числе случаев (14 %). Во всех случаях наблюдались слуховые галлюцинации неприятного содержания. У половины больных отмечались истинные галлюцинации без характера сделанности и с экстрапроекцией, в остальных случаях — первые несколько дней галлюцинации были истинные, после чего происходила трансформация в псевдогаллюцинации. При указании на «трансформацию» истинных галлюцинаций в псевдогаллюцинации речь идет о последовательной смене этих синдромов. Сочетания истинных галлюцинаций с псевдогаллюцинациями мы не наблюдали. Следует отметить, что на возможность сосуществования переходов между истинными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями указывал еще В. Х. Кандинский в своей классической работе «О псевдогаллюцинациях», однако автор отмечал, что для развития истинных галлюцинаций, сюжетно связанных с псевдогаллюцинациями, необходимо помрачения сознания (Кандинский В. Х., 1890). М. И. Рыбальский также говорит о возможности их трансформации в ряде случаев: при отсутствии сюжетной связи между ними, при параллельном их развитии в случае наличия экзогенной вредности, при помрачении сознания (Рыбальский М. И., 1983).

Тема пандемии в 60 % случаев звучала в структуре смертельных угроз со стороны звучащих голосов в адрес непосредственно пациента, в 40 % случаев голоса утверждали о наличии COVID-19 у близких пациента (при отсутствии у тех COVID-19 в действительности). Ранее уже были получены данные о развитии истинных галлюцинаций при шизофрении, протекающей на фоне экзогенной вредности (Васильев В. Д., 1992; Орлова М. А., 2012; Романовский В. А., 1994).

Клинический пример 3. Впервые возникающий шизофреноформный психоз на фоне течения COVID-19 с галлюцинаторным синдромом. Пациент

П. А. А., 34 года, находился на лечении в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» в сентябре 2021 г. Наследственность отягощена.

Мать — 55 лет, наблюдалась психиатрами в связи с рекуррентным депрессивным расстройством. По характеру стеничная, деятельная, ответственная. Получила высшее экономическое образование, работала бухгалтером на заводе, слыла честным и надежным сотрудником. С подросткового возраста наблюдалась у невролога с мигренями, с 34 лет, после вторых родов, посещала психиатра. После родов с трудом ухаживала за новорожденным, стала плаксива, считала себя недостойной матерью, залеживалась в кровати, несмотря на плач малыша. Тогда впервые обратилась к психиатру, принимала назначенную терапию с положительным эффектом. В дальнейшем каждый год отмечала периоды сниженного настроения с длительностью до 2 месяцев, возникающие без видимой причины. После рождения второго ребенка уделяла тому больше времени из-за чувства вины перед ним в связи с перенесенным состоянием после родов. Несмотря на это, сыновей искренне поддерживала и ценила, потакала их желаниям.

Отец умер в 44 года на работе в результате острой сердечной недостаточности. По характеру спокойный, замкнутый, испытывал трудности при принятии решений, в связи с чем во всем советовался с матерью, а после женитьбы — и с женой. Получил среднее профессиональное образование крановщика, работал по профессии. Свободное время проводил на рыбалке, куда отправлялся в любую погоду. С раннего возраста брал с собой сыновей, привил им любовь к природе. К детям относился тепло, играл с ними после работы, однако во всем подчинялся жене, в том числе и в том, что касалось судьбы детей. На протяжении жизни страдал эпизодами подъемов давления, однако к врачам по этому поводу не обращался, игнорировал свое соматическое неблагополучие.

Бабушка по линии матери — 80 лет, по характеру энергичная, жизнерадостная, деятельная. Работала секретарем до 65 лет. Слыла душой компании, обладала отличным чувством юмора, возглавляла совет дома, занимала руководящую должность в профсоюзе. В свободное время посещала хоровое

пение, где была солисткой коллектива, с удовольствием выступала на сцене, также посещала театральные премьеры и модные выставки. Водила внуков на творческие и спортивные секции, радовалась их успехам.

Дедушка по линии матери — 79 лет, по характеру упертый, увлекающийся, всегда отстаивал свое мнение, не соглашаясь ни с какими доводами. Получил высшее техническое образование, защитил кандидатскую, всю жизнь проработал в университете, занимался разработкой сплавов. Свободное время посвящал работе, в жизни семьи участвовал посредственно. После выхода на пенсию свободное время проводил за чтением книг, просмотром политических программ, увлекся коллекционированием икон.

Бабушка по линии отца — 81 год, слыла робкой, скрупулезной, исполнительной. Дом содержала в идеальном порядке, была экономной и практичной хозяйкой, до 75 лет работала провизором. Своих детей воспитывала в атмосфере чрезмерной опеки, помогала делать домашние задания вплоть до старших классов, уже во взрослом возрасте звонила по несколько раз в день. Кроме того, активно помогала воспитывать внуков, на время лечения невестки в психиатрическом стационаре полностью брала уход за ними на себя.

Дедушка по линии отца умер в 44 года в результате ранения, полученного в ходе бытового конфликта. В воспитании сына не участвовал, ушел из семьи еще до его рождения. Известно, что вел аморальный образ жизни, несколько раз отбывал наказание в местах лишения свободы, массивно алкоголизировался.

Брат — 25 лет, по характеру общительный, отзывчивый. Работал инженером в институте вплоть до настоящего времени. Женат, в браке воспитывал дочь. Среди друзей слыл балагуром и шутником, отличался способностью договориться со всеми, улаживал конфликты среди знакомых. Со старшим братом общался посредственно ввиду замкнутости того.

Пробанд родился старшим из двоих детей в семье от беременности, протекавшей с токсикозом во втором триместре, срочных естественных родов. В развитии от сверстников не отставал, в 2 года перенес ветряную оспу без осложнений. При походе в детский сад капризничал, не отпускал мать от себя,

держался в стороне от сверстников, предпочитал уединенные игры (например, лепил часами или собирал конструктор). Рос тихим, послушным, нерешительным ребенком. С 3 до 9 лет боялся темноты, так как впечатлился после просмотра мультфильма с чудовищами, в связи с чем спал в комнате с включенным ночником, при походе в туалет будил мать. Страх прошел со временем самостоятельно, без обращения к врачам. В школу пошел с 7 лет, среди одноклассников чувствовал себя неуверенно, подвергался насмешкам со стороны одноклассников из-за избыточной привязанности к матери. В течение первых лет привык к школе, предпочитал точные науки, близко общался лишь с несколькими сверстниками. Выступая у доски в присутствии всего класса, ощущал тревогу и робость, при допущении ошибки подолгу винил себя, обдумывал, как можно было исправить сказанное. В последующем скрупулезно готовился к публичным выступлениям, репетировал. В свободное время посещал бассейн и занимался на турниках, поскольку считал это необходимым для поддержания здорового образа жизни. После учебы ходил в шахматный клуб, получил второй юношеский разряд, коллекционировал модели автомобилей. В старших классах решил поступать в МГУ на факультет высшей математики, посещал подготовительные курсы, участвовал в городских олимпиадах. После окончания школы, как и планировал, поступил в университет на бюджетной основе. В новом коллективе адаптировался с течением времени, был малообщителен из-за неуверенности в себе, при этом учился лучше сокурсников, всегда ответственно выполнял задания.

В общении с противоположным полом отличался стеснением и нерешительностью, впервые влюбился в 18 лет в девушку из университета. Долго набирался смелости, чтобы оказать ей знаки внимания, боялся обидеть. Однако, решившись пригласить ее в театр, получил отказ, что перенес тяжело — отмечал сниженное настроение, постоянно анализировал, где совершил ошибку при общении с девушкой. Состояние обошлось самостоятельно через месяц, но больше попыток устроить романтические отношения не предпринимал.

После окончания университета устроился в научно-исследовательский институт, где и трудился вплоть до настоящего времени. Среди коллег слыл

педантичным, исполнительным. На работе опасался неудач. В случае если получал замечания со стороны руководства, отмечал периоды тревоги, потливости, нарушения работы желудочно-кишечного тракта в виде профузной диареи — к врачам не обращался. После этого замыкался в себе, винил себя в недоработке, раздражался на близких за их сочувствие — подобное состояние продолжалось до нескольких недель. В 26 лет по протекции матери познакомился со своей нынешней избранницей. Сначала стеснялся ее, был замкнут, однако с течением времени установил доверительное общение. В 32 года по инициативе девушки переехал к ней, жениться не спешил, что объяснял желанием подготовить материальную базу для семьи. Свободное время проводил с сожительницей, совместно посещали театры, изредка встречался со старыми знакомыми.

В течение недели до госпитализации отмечал пониженное настроение, нарушения сна по типу долгих засыпаний, тревогу, высказывал сожительнице необоснованные опасения за свою жизнь. Накануне госпитализации ночь не спал, утром стал подозрителен, при приготовлении завтрака с недоверием спрашивал у сожительницы: «А почему ты сегодня готовишь кашу?» или «Всегда ли ты солишь блюдо?». Днем отмечал повышение температуры тела до 37,6 °С, затем остро изменился в поведении — стал отрешенным, выражение лица было недоуменным, залеживался в кровати, на вопросы сожительницы отвечал невпопад, говорил бессвязные слова — «дуло светит», «фасад пруда». Вечером отмечался эпизод психомоторного возбуждения, во время которого разговаривал с несуществующими собеседниками, выкрикивал, что «у него во рту мертвые клетки», пытался биться головой о стену. Был остановлен сожительницей, по ее настоянию осмотрен дежурным психиатром по городу, госпитализирован в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

В исследование включен в первый день госпитализации в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

Психический статус при поступлении: выглядит растерянным, озирается по сторонам, прислушивается к чему-то. Понимает, что находится в медицинском

учреждении, но профиль больницы не определяет. Дезориентирован во времени. Внимательно вглядывается в лица присутствующих, в беседе выборочно повторяет движения за врачом. На большинство вопросов отвечает «Дайте подумать… сейчас отвечу». Сообщает, что слышит голоса знакомых и родственников, которые говорят, что он «умрет от коронавирусной инфекции». Инструкции выполняет, осмотру не сопротивляется.

С 1-го по 10-й день госпитализации получал галоперидол 10 мг в сутки внутримышечно, бипериден 6 мг в сутки перорально, в первые 5 дней также получал 20 мг диазепама внутримышечно; на 11-й день и до момента выписки галоперидол заменен на рисперидон 6 мг в сутки перорально. В первые дни пребывания в отделении был испуган, что-то бормотал себе под нос, разговаривал с несуществующими собеседниками. Также стремился куда-то идти из палаты, что объяснял врачам своей скорой гибелью из-за COVID-19, утверждал, что так «обещают голоса». К 3-му дню госпитализации стал, наоборот, заторможен, продолжал прислушиваться к чему-то, не отвечал на вопросы, лишь стереотипно повторял «я вот сейчас… отвечу». Через неделю пребывания в стационаре стал активнее, отмечал, что привык к голосам, сообщал, что теперь «родные стали добрее и просто комментируют его действия». Первые дни пребывания в отделении амнезировал, но сообщил, что дома слышал голос умершего дядьки угрожающего характера, повторяющий «смерть тебе от коронавируса». В первую неделю проекцию голосов определял с трудом — то говорил, что слышал их из окна, то говорил, что они возникают в голове «с того света», однако через неделю сообщил об ощущении сделанности голосов (когда их характер сменился с угрожающих на комментирующие). В дальнейшем говорил, что «слышит близких телепатически». Оставшиеся дни в отделении был быстро истощаем, жаловался на дискомфорт от яркого света. К 23-му дню госпитализации отмечал полное исчезновение голосов, к перенесенному приступу сформировалась критика — пациент говорил о галлюцинациях как о результате психоза. Выписан на 26-й день лечения с явлениями астении, выполнена инъекция рисперидона в пролонгированной форме 50 мг 1 раз в 14 дней.

Соматический и неврологический статус при поступлении в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»: правильного телосложения, достаточного питания. Температура тела — 36,9 °С. Кожный покров физиологической окраски, сухой. Высыпаний нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД — 16 движений в минуту. Сатурация — 98 %. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 76 ударов в минуту. АД — 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, печень и селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Область почек визуально не изменена, симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления, со слов, не нарушены. Тонус мышц не нарушен. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Лицо симметрично, зрачки симметричные. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены. Речь не нарушена.

Получал *этиотропную и симптоматическую терапию* согласно клиническим рекомендациям по лечению коронавирусной инфекции. Принимал умифеновир 800 мг в сутки перорально на протяжении 7 дней, эноксапарин натрия 4000 анти-Ха МЕ подкожно, амброксол 90 мг в сутки перорально.

Проведены консультации других специалистов.

Осмотр терапевта и инфекциониста от 12 сентября 2021 г.: коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован, среднетяжелое течение, двусторонняя полисегментарная пневмония.

Осмотр невролога от 12 сентября 2021 г.: астеновегетативный синдром.

Экспериментально-психологическое обследование от 12 сентября 2021 г.: по результатам экспериментально-психологического исследования у пациента отмечается снижение мнестико-интеллектуальной деятельности, наблюдаются колебания умственной работоспособности, нарушения процессов обобщения и недостаточность операционального контроля. При исследовании мышления на фоне неравномерности процесса обобщения у пациента обнаруживается нарушение операционального компонента интеллектуальной деятельности, которое находит свое отражение в виде повышенной откликаемости на побочные ассоциации, случайные связи и вычурные идеи. Динамическая сторона мышления

нарушена, при исследовании отмечается лабильность мыслительных процессов, на первый план выступает неустойчивость способа выполнить задание, уровень обобщения не соответствует образованию и жизненному опыту. Внимание нарушено, память также нарушена. В эмоциональной сфере присутствует высокий уровень тревожности на неосознаваемом уровне.

Данные лабораторных и инструментальных исследований следующие.

Мазок из зева и ротоглотки на коронавирус (COVID-2019) от 12 сентября 2021 г. — положительно. Титр антител к новой коронавирусной инфекции от 12 сентября 2021 г. — nCoV IgM: 12.32 (<2) nCoV IgG: 0.33 (<10). ОАК, б/х крови, ОАМ — все показатели в допустимых пределах. СРБ от 7 сентября 2021 г. — 1,00 мг/л.

ЭКГ от 12 сентября 2021 г.: умеренная синусовая тахикардия, вертикальное положение электрической оси сердца.

КТ ОГП от 12 сентября 2021 г.: двухсторонняя полисегментарная пневмония, высокая вероятность COVID-19, степень поражения легкая — КТ-1 (5 %).

КТ ОГП от 14 сентября 2021 г.: легкие воздушны, без инфильтративных изменений.

ЭЭГ с нагрузочными пробами от 17 сентября 2021 г.: диффузные изменения ЭЭГ с признаками заинтересованности неспецифических срединных структур мозга. Межполушарной асимметрии, локальных знаков и типичной эпилептиформной активности не зарегистрировано.

Ds.: F23.2 Острое шизофреноформное психотическое расстройство.

Разбор. Состояние пациента определяется как вербальный галлюциноз на фоне явлений аменции с заторможенностью и эхопраксией, голоса носят угрожающий характер, проявляются обещанием пациенту умереть от COVID-19, что и определяет вовлеченность этой темы в структуру психоза. Следует говорить о наличии психастенических черт в преморбиде с короткими периодами декомпенсации с выраженной вегетативной и депрессивной симптоматикой, проходящих самостоятельно. В продромальном периоде отмечались

кратковременные аффективные нарушения с астенией. Психоз развился остро и дебютировал с аментивноподобного состояния с психомоторным возбуждением на фоне субфебрильного повышения температуры с присоединением истинных галлюцинаций. Уже через 3 дня пребывания в стационаре пациент был полностью ориентирован в месте и времени, сохранялись лишь вербальные галлюцинации угрожающего и комментирующего характера, которые спустя неделю претерпели изменения в псевдогаллюцинации. При этом на высоте психоза отмечался редуцированный вариант идеаторных автоматизмов. Подобный галлюцинаторный синдром подобен описанному ранее II варианту синдрома острого истинного вербального галлюциноза при шизофрении (Никифорова И. Ю., 1991). Однако в отличие от описанного варианта в настоящем случае галлюцинации разрешались постепенно в течение 23 дней, и с течением времени вербальные галлюцинации утратили эмоциональную окраску для больного. Через 3 недели отмечалась полная редукция голосов с формированием критики к перенесенному психозу, при выписке состояние определялось астенией.

Таким образом, психоз манифестировал на фоне заражения коронавирусной инфекцией, характеризовался кратковременным этапом аментивного помрачения сознания с переходом в этап вербального галлюциноза с полным разрешением и выходом из психотического расстройства через астению.

Впервые возникающие шизофреноформные психозы на фоне течения COVID-19 с парафренным синдромом (IV тип) наблюдаются в 50 случаях (19 — мужчин, 31 — женщина), средний возраст пациентов подгруппы — 33,8±8,2 года.

Следует отметить, что парафренный синдром формировался сразу в парафренной форме без паранойяльного и параноидного этапов, перед его развитием мы наблюдали астенический период, период бредового аффекта, в части случаев — этап аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации. При парафренном синдроме в 78 % (*n*=39) тема пандемии вовлекалась в фабулу бреда. Больные говорили о своей главенствующей роли в борьбе против COVID-19 и считали себя «спасителями человечества», заявляли об обладании

особенными знаниями, позволяющими разработать «уникальное лечение» от COVID-19, убеждали в своем умении «излечивать COVID-19 руками». Нелепо трактовали открывшиеся у себя суперсилы: например, заявляли, что «им сделали экспериментальный препарат против COVID-19, что привело к открытию дара». На высоте острого антагонистического бреда у части больных (44 %) развивалось онейроидное помрачение сознания, где в большинстве случаев пандемия занимала центральное место в психотических переживаниях, то есть поведение и мысли пациентов «влияли» на исход пандемии.

Клинический пример 4. Впервые возникающий шизофреноформный психоз на фоне течения COVID-19 с парафренным синдромом. Пациент Т. Д. А., 41 год, находился на лечении в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» в марте 2021 г. Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Мать — 65 лет, активная, общительная, среди знакомых слыла заводилой, организовывала дружеские встречи, сохраняя со всеми прекрасные, добропорядочные отношения. Получила высшее юридическое образование, по профессии не работала, занималась воспитанием детей. Домашними обязанностями не тяготилась, детей всячески поддерживала, хвалила, поощряла их интересы.

Отец — 67 лет, по характеру уравновешенный, деятельный, справедливый. Получил высшее техническое образование, до настоящего времени работал главным инженером на предприятии. К детям относился тепло, активно участвовал в воспитании.

Пробанд родился младшим ребенком в семье, от нормально протекавшей беременности срочных родов. В развитии от сверстников не отставал, простудными заболеваниями болел 3–4 раза в год без осложнений. Детский сад посещал с 3 лет, легко адаптировался в коллективах, участвовал в активных играх, предпочитал быть в центре внимания. В школу пошел с 7 лет, тянулся к новым знаниям, быстро находил общий язык со сверстниками. Свободное время проводил за игрой в футбол во дворе с друзьями, в подростковом возрасте учился игре на гитаре, чтобы завоевать внимание противоположного пола. Впервые

влюбился в 13 лет, долго добивался возлюбленной, дарил открытки и конфеты, провожал до дома, посвящал песни. Однако, покорив ее, охладел, ухаживал за другой. Множество раз менял хобби, записывался на разные секции, но спустя несколько месяцев терял к ним интерес. Щепетильно следил за внешним видом, активно поддерживал физическую форму, занимаясь на турниках, самостоятельно следил за гардеробом. В компании держался уверенно, занимал позиции лидера, слыл отличным оратором и «компанейским человеком».

В старших классах познакомился с программистом, вдохновился его историей — узнал о высокой заработной плате в сфере информационных технологий, решил поступать в профильный вуз. После этого усиленно занимался информатикой, занимал призовые места в региональных олимпиадах. Окончив школу, поступил в университет на бюджетной основе, там участвовал в студенческом КВНе. После получения диплома сразу нашел работу по профессии, менял рабочие места каждые 3–4 года, при этом рос по карьерной лестнице и увеличивал заработную плату. Последние 4 года возглавлял IT-отдел в крупном банке. Среди коллег отличался исполнительностью, справлялся с обязанностями, постоянно повышал трудовую квалификацию.

В 32 года женился на коллеге, что объяснял незапланированной беременностью и тем, что возраст «обязывал уже к семье». Воспитывал двоих детей в браке — 9-летнего сына и 5-летнюю дочь. В семейной жизни был легкомыслен, расточителен, что сочетал с верностью семейным традициям, настаивал на совместных обедах и отмечании праздников.

За 3 дня до развития психоза ощущал упадок сил, снижение концентрации, быструю утомляемость. За день до госпитализации в соматический стационар жаловался на потерю обоняния, сухой изматывающий кашель и подъем температуры до 38 °С. По настоянию супруги на следующий день вызвал скорую помощь, был госпитализирован в многопрофильный стационар ГКБ № 52, где была верифицирована коронавирусная инфекция, осложненная пневмонией (вовлечение паренхимы легкого 20 %).

При поступлении в соматический стационар был возбужден, тревожен, многоречив, бесцельно метался по отделению, утверждал, что у него «самая важная работа в мире» и что он «разработал вакцину от коронавирусной инфекции для спасения человечества», заявлял, что «разговаривает напрямую с Богом». На протяжении ночи не спал, исписал тетрадь заметками с бессвязным текстом следующего содержания: «Бог любит землян… идет война, и надо спасать людей от фашистов». Утром потребовал связать его с президентом, чтобы объяснить, как «даровать здоровье людям». После отказа озлобился, проявлял агрессию к персоналу, угрожал сбежать из больницы через окно. После осмотра дежурного психиатра по городу переведен на лечение в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

В исследование включен в первый день госпитализации в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

Психический статус при поступлении: выражение лица испуганное, замирает в причудливых позах, отвечает выборочно на шепотную речь. Сообщает, что видит в голове «картинки гибели мира, транслируемые Богом». На остальные вопросы не отвечает, инструкции не выполняет.

В отделении время проводил в кровати в однообразной позе, стереотипно повторял, что «помогает Вселенной системой данных», периодически озирался по сторонам. Во время беседы с врачом сообщил, что в «мире происходит чистка, и окружающее делится на белое и черное, а он спасает человечество от болезней», при этом понимал, что находится в психиатрической больнице. На фоне проводимой терапии (хлорпромазин 200 мг на растворе натрия хлорида 0,9 % 200 мл в сутки внутривенно и диазепам 20 мг в сутки внутримышечно) к 5-му дню стал активнее, бродил по отделению, приставал к медперсоналу. После чего был переведен на терапию оланзапином 20 мг в сутки перорально, хлорпромазином 100 мг в сутки перорально, вальпроевую кислоту 1200 мг в сутки перорально. До 15-го дня госпитализации оставался эмоционально неустойчивым — дурашливость сменялась выраженной тревогой: то просил выдать «три судна для его мочи, так как эти пробы будут иметь важное значение для науки», то требовал «хранить его записи на случай смерти, чтобы оставить

цифровой след в истории». Также, продолжая считать себя особенным, предлагал врачам «модернизировать лечение от COVID-19», убеждал окружающих, что знает «рецепт исцеляющего лекарства». Через неделю от начала госпитализации стал более доступен в переживаниях и рассказал, что он находился в центре борьбы добра и зла, а от его движений зависело, «победит ли человечество COVID-19». Пояснил, что врачей причислял к представителям светлой стороны из-за цвета халатов, пациентов относил к темной стороне из-за злобных выражений их лиц. Сам больной находился в полете как бы среди сцен фантастических сражений, видел с одной стороны картины космоса и с другой — пожара, слышал рой обвиняющих голосов в голове, а также считал, что может причинить миру вред. Затем психический статус определялся выраженным астеническим синдромом с капризностью, раздражительностью, непереносимостью громких звуков. Выписан на 21-й день госпитализации с остаточными явлениями астении.

Получал *этиотропную и симптоматическую терапию* согласно клиническим рекомендациям для лечения коронавирусной инфекции. Принимал имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты по 180 мг 1 раз в сутки первые 3 дня и далее в дозе 90 мг 1 раз в сутки на протяжении 4 дней перорально, ривароксабан 20 мг в сутки.

Соматический и неврологический статус при поступлении в ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»: правильного телосложения, достаточного питания. Температура тела — 36,6 °С. Кожный покров физиологической окраски, сухой. Высыпаний нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД — 16 движений в минуту. Сатурация — 98 %. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 100 ударов в минуту. АД — 140/95 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, печень и селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Область почек визуально не изменена, симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления, со слов, не нарушены. Тонус мышц повышен по пластическому типу. Тремора, слюнотечения, симптома зубчатого колеса нет. Общемозговых и

менингеальных симптомов нет. Лицо симметрично, зрачки симметричные. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены. Речь не нарушена.

Проведены консультации других специалистов.

Осмотр терапевта и инфекциониста от 10 декабря 2020 г.: коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов), осложненная двусторонней полисегментарной пневмонией.

Осмотр невролога от 10 декабря 2020 г.: дисциркуляторная энцефалопатия 1-й степени сосудистого генеза. Астенический синдром.

Экспериментально-психологическое обследование от 25 декабря 2020 г.: выявлено нарушение кратковременной и долговременной памяти, снижение объема произвольного внимания. На фоне выраженных динамических нарушений мышления в виде обстоятельности, вязкости, инертности, истощаемости наблюдаются операциональные нарушения в виде снижения избирательности мышления и целенаправленности. Уровень обобщений сниженный, неточность предметных дифференцировок, актуализация случайных и малоочевидных связей, нелепость суждений. Личностные особенности характеризуются активностью, чертами эмоциональной незрелости и реальностью завышенных притязаний, склонностью к рисовке, стремлением привлекать к себе внимание, неустойчивым упорством в отстаивании своих позиций, сензитивностью, эстетической ориентированностью, эмоциональной неустойчивостью, вытеснением отрицательных переживаний, ощущением неразрешимости проблем и стремлением отрицать данные переживания, столкновением конфликтных мотивов, потребностью в общении, в частой перемене обстановки, нуждается в признании, во внимании.

Данные лабораторных и инструментальных исследований следующие.

Мазок из зева и ротоглотки на коронавирус (COVID-2019) от 6 декабря 2020 г. — положительно, от 9 декабря 2020 г. — отрицательно. Титр антител к новой коронавирусной инфекции от 10 декабря 2020 г. — nCoV IgM: 4.33 (<2)

nCoV IgG: 270.17 (<10). ОАК, б/х крови, ОАМ — все показатели в допустимых пределах. СРБ от 10 декабря 2020 г. — 2,04 мг/л, ферритин 685 мкг/л.

ЭКГ от 10 декабря 2020 г.: синусовая тахикардия, промежуточное положение электрической оси сердца.

КТ ОГП от 6 декабря 2020 г.: картина двусторонней полисегментарной пневмонии, вероятно, вирусного генеза (вовлечение паренхимы легкого 20 %).

МРТ ГМ от 21 декабря 2020 г.: очаговых и объемных поражений головного мозга не выявлено.

ЭЭГ с нагрузочными пробами от 22 декабря 2020 г.: диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Дисфункция диэнцефальных структур. Эпиактивности не зарегистрировано.

Ds.: F23.2 Острое шизофреноформное психотическое расстройство.

Разбор. Состояние пациента перед поступлением в психиатрический стационар определяется острым чувственным бредом с идеями величия и изобретательства, когда пациент был убежден, что способен «изобрести вакцину от коронавируса для спасения человечества». При поступлении в стационар статус определялся фантастическим чувственным бредом с онейроидным помрачением сознания, в ходе которого больной принимает на себя роль «защитника мира против болезни COVID-19». Так пандемия вовлекается в структуру психотических переживаний и занимает фактически главенствующую роль в бредовой фабуле.

В преморбиде выявляются истерические черты характера со стремлением обратить на себя внимание, поверхностностью чувств, излишней театральностью, желанием представить себя в наилучшем свете. Инициальный этап характеризуется кратковременной астенией (3 дня) с развитием шизофреноформного психоза, манифестирующего параллельно с заражением SARS-CoV-2, проявляющегося острым чувственным бредом парафренного уровня с идеями величия и изобретательства, с элементами синдрома Кандинского–Клерамбо, с развитием на высоте психоза онейроида. Психотическое расстройство развилось остро и разрешилось постепенно в течение 20 дней.

Таким образом, анализируя клиническую структуру различных типов шизофреноформного психоза на фоне течения COVID-19, выявлено, что тема пандемии вовлекалась в содержательный комплекс у 36 % (n=80) пациентов. При этом среди пациентов без COVID-19 структура психоза тему пандемии не включала вовсе. Полученные данные противоречат результатам обзорной статьи (Rittmannsberger H. et al., 2022), где сообщалось о вовлечении темы пандемии в структуру психотических переживаний в 30 % случаев при психозах на фоне COVID-19 и в 78 % случаев без COVID-19 (исследование проводилось в период пандемии). Вероятно, выявленное различие обусловливалось тем, что в настоящем исследовании изучались только случаи впервые возникающих шизофреноформных психозов, в то время как в приведенную работу включались любые случаи, например такие как делириозные состояния разного генеза или обострения болезни у повторных психиатрических больных.

Данные, представленные в Таблице 3.6, показывют следующую взаимосвязь между типом психопатологического синдрома и течением COVID-19. При ведущем галлюцинаторно-параноидном синдроме (I тип) COVID-19 в 74 % случаев протекал легко, а пневмония развивалась у 23 % пациентов. Для превалирующего паранойяльного синдрома (II тип) было характерно легкое течение COVID-19 в 96 % случаев, при этом осложнение в виде пневмонии регистрировалось лишь у 5 % больных. При ведущем галлюцинаторном синдроме (III тип) в 73 % наблюдений также отмечалось легкое течение COVID-19, а пневмония — только в 5 % наблюдений. При психозе с парафренным синдромом (IV тип) в 64 % случаев диагностировалось среднетяжелое течение COVID-19, которое во всех этих случаях осложнялось пневмонией. Таким образом, IV тип шизофреноформного психоза достоверно чаще протекал на фоне пневмонии по сравнению с I типом психоза (p<0,001), II типом психоза (p<0,001), III типом психоза (p=0,004). Тяжесть течения COVID-19 при шизофреноформном психозе отличалась при разных типах психозов (p<0,001).

Таблица 3.6 — Распределение пациентов с учетом типа психозов с впервые возникшими шизофреноформными психозами на фоне течения COVID-19 (*n*=222) по случаям пневмонии и степени тяжести течения COVID-19

Шкала/ пункты шкалы	**Тип психоза**				***p*** **(Н-критерий Краскела–Уоллиса), попарные сравнения (тест Дуасса–Стила–Кричлоу–Флигнера) (DSCF)**
	I тип (галлюцинаторно-параноидный) (*n*=113)	**II тип (параной-яльный) (*n*=22)**	**III тип (галлюци-наторный) (*n*=37)**	**IV тип (парафрен-ный) (*n*=50)**	
Случаев пневмонии в группе, абс. (%)	26 (23)	1 (5)	10 (27)	32 (64)	**<0,001** *p*1–2=0,198 *p*1–3=0,960 ***p*1–4<0,001** *p*2–3=0,145 ***p*2–4<0,001** ***p*3–4=0,004**
NEWS-2 при поступлении в группе, средний балл ± ст. отклонение	0,39±0,7	0,05±0,2	0,54±0,7	0,42±0,6	**0,020** *p*1–2=0,068 *p*1–3=0,479 *p*1–4=0,964 ***p*2–3=0,009** ***p*2–4=0,040** *p*3–4=0,818
Легкое течение COVID-19 в группе, абс. (%)	83 (74)	21 (96)	27 (73)	18 (36)	***p*** **(χ^2)≤0,001**
Среднетяже-лое течение COVID-19 в группе, абс. (%)	30 (27)	1 (5)	10 (27)	32 (64)	

Кроме структурных изменений выявляются особенности динамики шизофреноформных психозов. По мере регресса вирусной инфекции

первоначально наблюдается редукция симптоматики, связанной с инфекционно-токсическим воздействием (экзогенные проявления), после чего происходит постепенное уменьшение психопатологических феноменов, обусловленных психогенным влиянием заболевания. Так, экзогенные проявления уходят через несколько дней, что совпадает с началом проведения этиотропной терапии. Стресс-индуцированные феномены редуцируются после перевода пациентов в общепсихиатрические отделения, где устраняются ключевые стрессогенные факторы, включая страх летального исхода, риск осложнений COVID-19, а также визуально тревожные элементы (медицинский персонал в средствах индивидуальной защиты). Подобная этапность редукции симптоматики подтверждает сочетанный вклад инфекционно-токсических и психогенных факторов в формирование психотической картины.

Подводя итог вышесказанному, можно говорить, что под влиянием стрессогенных факторов, ассоциированных с пандемией, изменяется клиническая картина шизофреноформных психозов, протекающих одновременно с COVID-19, что проявляется преобразованием содержательного комплекса психоза.

ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ КУПИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ ШИЗОФРЕНОФОРМНЫХ ПСИХОЗОВ

Для купирования острой психотической симптоматики у всех пациентов применялась антипсихотическая терапия (Таблица 4.1), однако лечение пациентов с COVID-19 требовало интегративного подхода, сочетающего психофармакотерапию с этиотропным лечением COVID-19 (см. Таблицу 2.3). Данная стратегия была важна не только для лечения инфекции, но также для профилактирования усугубления психотической симптоматики (Тиганов А. С. и др., 1999).

Таблица 4.1 — Препараты, используемые для купирования психоза у пациентов с шизофреноформными психозами

Препарат (МНН)	**Группа I (клиническая выборка — с COVID-19), ср. зн. мг/сут (ХЭ)** ***n***	**Группа II (группа сравнения — без COVID-19), ср. зн. мг/сут (ХЭ)** ***n***	***p* (t test)**
Антипсихотики			
Галоперидол	15,2±4,1/(305±83) *n*=104	10,9±3,6/(218,0±72,0) *n*=50	**<0,001**
Зуклопентиксол	68,2±24,3/(273,0±97,3) *n*=44	54,8±15,0/(219,0±60,2) *n*=21	**0,025**
Рисперидон	6,3±0,8/(475,0±56,7) *n*=36	5,2±1,0/(390,0±77,5) *n*=10	**<0,001**
Хлорпромазин	125,0±70,1/(125,0±70,1) *n*=16	75±0/(75±0) *n*=3	0,248
Оланзапин	20±0/(600) *n*=16	10±0/(300) *n*=2	NaN
Зипрасидон	63,3±8,2/(158,0±20,4) *n*=6	60±0/(150±0) *n*=2	0,773

Продолжение Таблицы 4.1

Препарат (МНН)	**Группа I (клиническая выборка — с COVID-19)**	**Группа II (группа сравнения — без COVID-19)**	***p* (t test)**
	Ср. зн. мг/сут (ХЭ) ***n***	**Ср. зн. мг/сут (ХЭ)** ***n***	
Хлорпромазиновый эквивалент антипсихотических препаратов			
Средние значения в группе, мг/сут	348 ± 185	259 ± 153,2	**0,002**
Корректоры нейролептической терапии			
Тригексифенидил	5,5±0,8 *n*=69	5,3±1,0 *n*=36	0,105
Бипериден	5,8±0,7 *n*=61	5,6±0,8 *n*=17	0,326
Бензодиазепины			
Диазепам	10±0 *n*=42	10±0 *n*=56	NaN
Нормотимики			
Вальпроевая кислота	1591±393 *n*=60	1611±376 *n*=27	0,831

Примечание. ХЭ — хлорпромазиновый эквивалент.

Пациенты с впервые возникшими шизофреноформными психозами на фоне течения COVID-19 в 44 % (*n*=98) случаев получали терапию одним антипсихотиком, без COVID-19 — в 56 % (*n*=49). Для купирования психоза в качестве основного антипсихотика в обеих группах использовали галоперидол — в 47 % случаях при COVID-19 и у 57 % без COVID-19. Следом практически с одинаковой частотой назначали в обеих группах зуклопентиксол (20 и 24 % соответственно), рисперидон (16 и 11 % соответственно), хлорпромазин (7 и 3 % соответственно), оланзапин (7 и 2 % соответственно) и зипрасидон (3 и 2 % соответственно). Средний хлорпромазиновый эквивалент (ХЭ) антипсихотических препаратов был значимо выше среди пациентов I группы (с COVID-19) и составил 348±185 мг в сутки, по сравнению с пациентами без

инфекции, где этот показатель был равен 259±153,2 мг в сутки. Дополнительно было обнаружено, что у пациентов с сопутствующей инфекцией COVID-19 отмечались статистически более высокие средние суточные дозировки используемых антипсихотических препаратов по сравнению с группой без инфекции: галоперидол (среднее значение ХЭ 305±83 vs 218±72,0 мг в сутки), зуклопентиксол (среднее значение ХЭ 273±97,3 vs 219±60,2 мг в сутки), рисперидон (среднее значение ХЭ 475±56,7 vs 390±77,5 мг в сутки). Значимые отличия в дозировках препаратов, вероятно, связаны с особенностями фармакокинетики препаратов, которая изменяется на фоне нарушений функций печени при COVID-19, о чем сообщалось ранее (Feng G. et al., 2020; Liakina V. et al., 2022). Кроме того, назначение более высоких дозировок антипсихотиков у пациентов группы с COVID-19 может объясняться индивидуальными особенностями пациентов, например активностью цитохромов печени, которая изменяется на фоне течения COVID-19 (Jony M. R. et al., 2024), или другими генетическими особенностями. Так, при COVID-19 снижалась активность CYP3A4 путем повышения уровня провоспалительных цитокинов (Gatti M. et al., 2021). При этом в обзорных исследованиях показано увеличение концентрации антипсихотиков при взаимодействии с некоторыми противовирусными препаратами: например, гидроксихлорохин ингибирует часть ферментов семейства CYP450, тем самым повышая концентрацию антипсихотика в крови (Plasencia-García B. O. et al., 2021). Подобных данных о влиянии фавипиравира, умифеновира и имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты на концентрацию антипсихотиков в литературе нет. Таким образом, концентрация антипсихотика зависит от нескольких факторов, изменяющихся под действием болезни. Как уже говорилось в главе 2, 42 % пациентов с COVID-19 получали антибактериальную терапию (см. Таблицу 2.2), что, в свою очередь, могло влиять на фармакокинетику препаратов. Сообщалось о способности макролидов замедлять метаболизм некоторых антипсихотиков (Spina E. et al., 2020), при этом азитромицин, применявшийся в большинстве случаев настоящего исследования (49 пациентов из 92), входит в 3-ю группу взаимодействия с системой цитохрома P450, то есть

самую малоактивную (Westphal J. F., 2000). Наряду с этим большие дозировки антипсихотиков могут объясняться более выраженными продуктивными симптомами среди пациентов с COVID-19, а, следовательно, и с более высокими показателями баллов пунктов подшкалы P PANSS, что подтверждается опубликованными в литературе сообщениями о взаимосвязи более выраженных позитивных симптомов с увеличенными дозировками антипсихотиков (Sim K. et al., 2004, 2009). Дополнительно показана нейротропность вируса к дофаминовым рецепторам (Yang L. et al., 2024), что также может изменять действие нейролептиков. Таким образом, назначение более высоких дозировок антипсихотиков объяснялось совокупностью индивидуальных факторов у пациентов.

Статистический анализ выявил значимые различия в тактике купирования острых состояний: диазепам применялся почти в 3,5 раза реже у пациентов с COVID-19 (19 % vs 64 % во второй группе; $p<0,001$). При этом длительность терапии бензодиазепинами в сравниваемых группах не имела достоверных различий. Подобное различие в назначении диазепама объясняется ограничениями при использовании бензодиазепинов, особенно с длинным периодом полувыведения, в связи с их предрасположенностью к угнетению дыхания, что особенно нежелательно у пациентов с респираторными инфекциями (Мосолов С. Н. и др., 2020; Medvedev V. E. et al., 2020). Также наблюдается тенденция к замене диазепама альтернативными препаратами со снотворным эффектом из группы антипсихотиков (хлорпромазин и тиаприд) в группе с COVID-19 по сравнению с контрольной (56 % vs 44 %; $p<0,05$). При этом хлорпромазин применялся в 2 раза чаще среди пациентов с инфекцией ($n=61$ в группе с COVID-19 и $n=30$ в контрольной), так же, как и тиапридал ($n=63$ vs $n=19$).

Корректоры нейролептической терапии применялись с сопоставимой частотой в обеих группах: их получали 59 % ($n=130$) пациентов с шизофреноформными психозами на фоне течения COVID-19 и 60 % ($n=53$) пациентов без COVID-19. Чаще всего назначался тригексифенидил (у 31 %

пациентов с COVID-19 и 41 % пациентов без инфекции). Аугментация терапии нормотимиками проводилась в 27 % (*n*=60) случаев при психозах на фоне течения COVID-19 и в 31 % (*n*=27) наблюдении без COVID-19. Достоверных различий в частоте назначений и в дозировке используемого препарата (вальпроевой кислоты) не выявлено. Нормотимик присоединяли на 7–10-й день госпитализации.

В двух группах с шизофреноформными психозами купирующая терапия была эффективна, что подтверждается снижением общего балла PANSS более чем на 25 % (Leucht S. et al., 2005) к моменту выписки (Рисунок 4.1) при одинаковой продолжительности лечения в стационаре круглосуточного типа (для пациентов с COVID-19 средний показатель 28,1±4,7 дня, без COVID-19 — 28,7±3,6 дня; *p*=0,464). Однако показано, что средние терапевтические дозировки антипсихотиков при шизофреноформном психозе на фоне течения COVID-19 были достоверно выше.

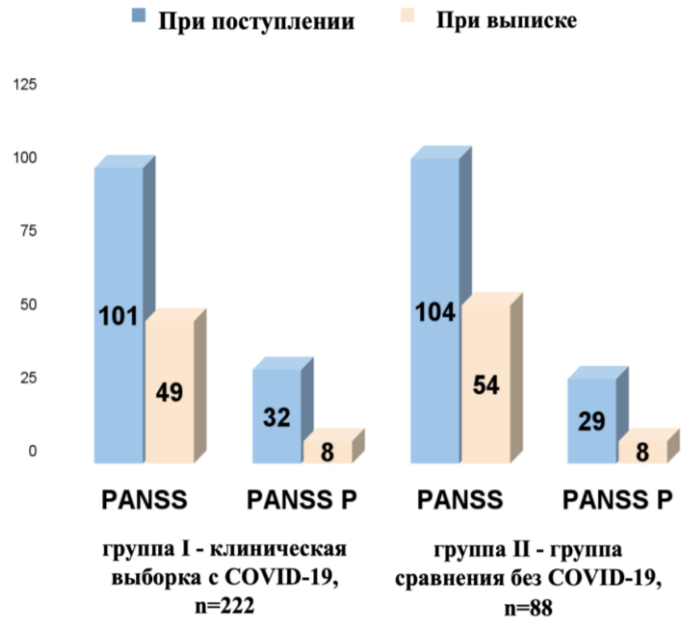

Рисунок 4.1 — Показатели шкалы PANSS при поступлении и выписке у пациентов двух групп с шизофреноформными психозами

При подробном анализе терапии с учетом типа психоза, протекающего одновременно с COVID-19, также выявлялись некоторые особенности. Данные о проводимой антипсихотической терапии для 4 типов психозов приводятся

в Таблице 4.2. Для купирования психозов у пациентов с I типом психоза с ведущим галлюцинаторно-параноидным синдромом и II типом психоза с паранойяльным синдромом практически в половине случаев применяли галоперидол (47 и 42 % соответственно), следом с равной частотой назначали зуклопентиксол (21 и 32 % соответственно) и рисперидон (19 и 18 % соответственно). У пациентов с III типом психоза с ведущим галлюцинаторным синдромом в большинстве случаев назначали галоперидол (81 %). При IV типе психоза с парафренным синдромом с равной частотой назначали зуклопентиксол (26 %), хлорпромазин (24 %), галоперидол (24 %). Таким образом, купирование психотической симптоматики, вне зависимости от типа психоза, осуществлялось преимущественно типичными антипсихотиками. Выбор был обусловлен наличием у классических антипсихотиков глобального антипсихотического и седирующего эффектов, а также доступностью инъекционных форм. В соответствии с современными рекомендациями терапии первых психотических эпизодов применялась стратегия минимального достаточного дозирования антипсихотиков с постепенной титрацией доз до терапевтически эффективных с целью минимизации риска развития нежелательных явлений при сохранении клинической эффективности.

Таблица 4.2 — Основные антипсихотики, используемые для купирования разных типов психоза среди пациентов с COVID-19

Препарат	**Тип психоза**				***p*** **(ANOVA, поправка Бонферрони)**
	I тип (галлюцина-торно-парано-идный), *n*=113	**II тип (параной-яльный), *n*=22**	**III тип (галлюци-наторный), *n*=37**	**IV тип (парафрен-ный), *n*=50**	
Галоперидол, абс. (%), ср. зн., мг/сут	53 (47) 15,8±4,0	9 (41) 17,8±3,6	30 (81) 15,0±4,2	12 (24) 11,7±3,3	**0,004** p1–2=0,462 p1–3=0,851 **p1–4=0,011** p2–3=0,285 **p2–4=0,012** p3–4=0,078

Продолжение Таблицы 4.2

Препарат	**Тип психоза**				***p* (ANOVA, поправка Бонферрони)**
	I тип (галлюцинаторно-параноидный), *n*=113	**II тип (параной-яльный), *n*=22**	**III тип (галлюци-наторный), *n*=37**	**IV тип (парафрен-ный), *n*=50**	
Рисперидон, абс. (%), ср. зн., мг/сут	21 (19) 6,4±0,8	4 (18) 7,0±1,2	4 (11) 6,0±0	7 (14) 6,0±0	0,149
Зуклопентиксол, абс. (%), ср. зн., мг/сут	24 (21) 68,8±24,7	7 (32) 64,3±24,4	—	13 (26) 69,2±25,3	0,897
Оланзапин, абс. (%), ср. зн., мг/сут	7 (6) 14,6±4,3	2 (9) 17,5±3,5	1 (3) 19,6±1,4	6 (12) 15,0±6,3	NaN
Зипрасидон, абс. (%), ср. зн., мг/сут	4 (4) 65±10	—	2 (5) 60±0	—	0,724
Хлорпромазин, абс. (%), ср. зн., мг/сут	4 (4) 138±83	—	—	12 (24) 121±69	0,674

Следует отметить, что купирование психоза проводилось в сочетании с этиотропной терапией COVID-19, то есть эффективность антипсихотиков оценивалась в сочетании с противовирусными препаратами. Эффективность подтверждалась снижением общих баллов по PANSS за весь период стационарного лечения на 44 % при ведущем галлюцинаторно-параноидном синдроме (I тип психоза), на 31 % — при паранойяльном (II тип психоза), на 42 % — при галлюцинаторном (III тип психоза) и парафренном (IV тип психоза) синдромах (Рисунок 4.2). Наименьшее снижение баллов отмечалось у пациентов с паранойяльным синдромом (II тип), что отражалось в сохранении резидуальной симптоматики при выписке.

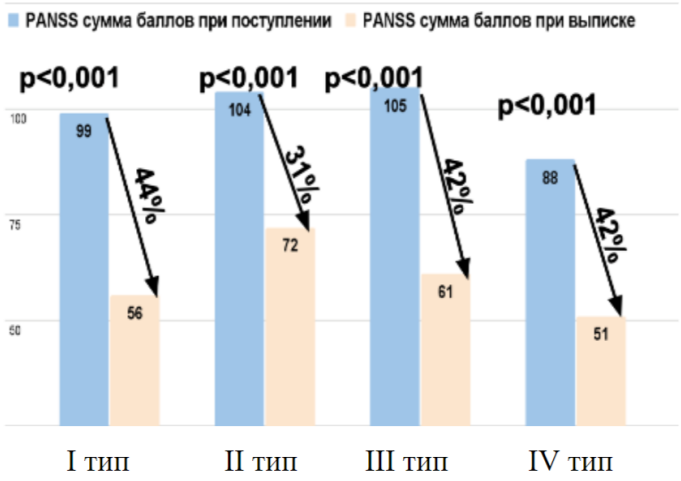

Рисунок 4.2 — Суммы баллов PANSS в динамике для пациентов разными типами шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19

На фоне купирующей терапии редуцировались продуктивные симптомы, что подтверждалось снижением баллов по подшкале позитивных симптомов PANSS (Рисунок 4.3). Выраженный ответ на терапию выявлялся среди пациентов с I, II и IV типами психозов, где баллы подшкалы позитивных симптомов PANSS снижались на 59, 48 и 69 % соответственно, а у пациентов с IV типом психоза с ведущим паранойяльным синдромом сохранялся наибольший балл подшкалы позитивных симптомов PANSS на момент выписки (17±3,2 балла) при сокращении баллов за время госпитализации на 37 %, что косвенно отражало стойкость положительных симптомов при этом типе психозов.

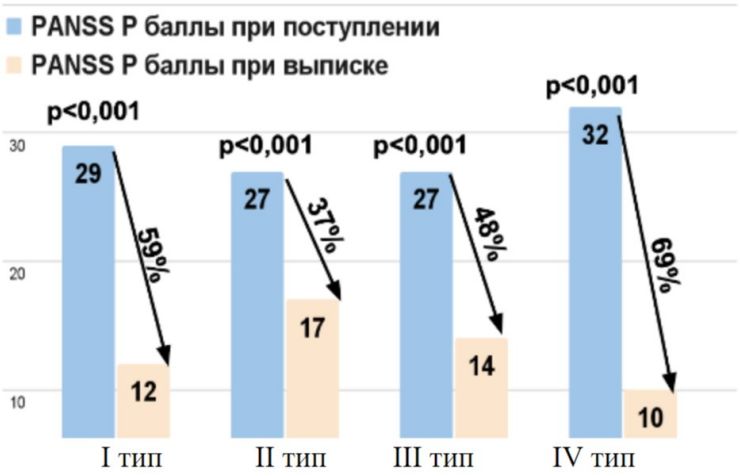

Рисунок 4.3 — Суммы баллов по подшкале позитивных симптомов PANSS в динамике при разных типах психозов на фоне течения COVID-19

Анализ выраженности негативной симптоматики (Рисунок 4.4) не выявил статистически значимых различий между пациентами с разными типами психозов (p>0,05). Данное наблюдение согласуется с особенностями исследуемой когорты — коротким преморбидным этапом и острым развитием психоза, что предполагает минимальную выраженность негативной симптоматики на ранних этапах заболевания среди пациентов.

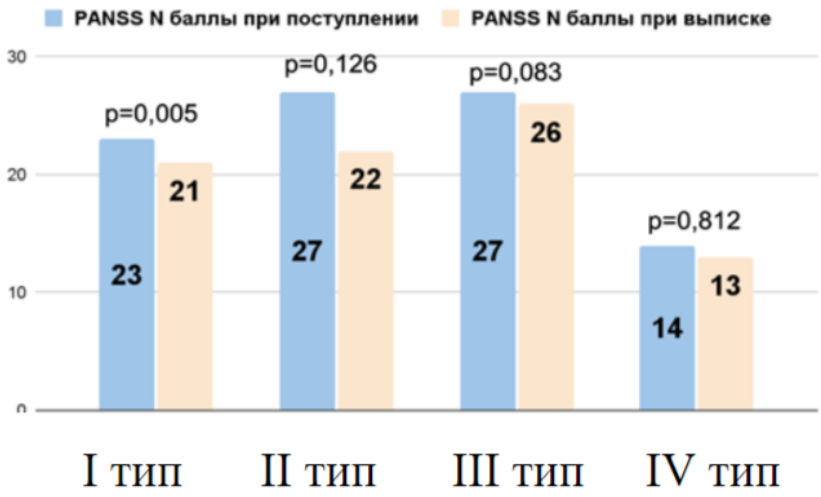

Рисунок 4.4 — Суммы баллов по подшкале негативных симптомов PANSS в динамике для пациентов разными типами шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19

При анализе психотропной терапии обращает на себя внимание использование меньших терапевтических доз галоперидола при IV типе психоза (с парафренным синдромом) (см. Таблицу 4.2). Во-первых, следует отметить, что тенденция использования меньших дозировок антипсихотиков выявлялась только при назначении типичного антипсихотика галоперидола, в то время как статистически значимых различий между дозировками атипичных антипсихотиков не выявлялось. Также при IV типе психоза наиболее редко среди всех типов ведущего синдрома применяли галоперидол (24% vs 47, 41 и 81% соответственно). Выявленные различия могут объясняться несколькими причинами. При парафренном синдроме практически во всех случаях наблюдалось развитие онейроидного помрачения сознания с кататонией,

в патогенезе которой предположительно участвуют те же механизмы, что и при развитии экстрапирамидных симптомов, что предполагает более осторожное применение антипсихотиков у этой выборки пациентов и предрасполагает к более постепенному наращиванию дозировок (Sienaert P. et al., 2019). Также при парафренном синдроме наиболее часто выявлялось более тяжелое течение инфекции в виде присоединения пневмонии (64% vs 23, 5 и 27% соответственно), что позволяет предположить смешанный генез развития симптомов спутанности сознания, бреда и галлюцинаций, то есть сочетанная терапия противовирусных препаратов с антипсихотиками оказывает наибольшую эффективность при этом варианте синдрома. Во-вторых, парафренному синдрому зачастую свойственен маниакальный аффект, поэтому при этом варианте парафренного синдрома к терапии чаще остальных добавляли нормотимики (а именно вальпроевую кислоту), что, вероятно, позволяло снизить дозу антипсихотика. И наконец, в-третьих, при пневмонии, как при наиболее тяжелом клиническом варианте течения инфекции в настоящем исследовании, наиболее выражены нейровоспаление и иммунный ответ, что может приводить к дисрегуляции нейротрансмиттерных систем, например к снижению порога реактивности, при которой минимальная блокада дофаминовых рецепторов оказывается эффективной (Xi X. et al., 2022; Yang L. et al., 2024).

При сравнении длительности психоза и нахождения в стационаре значимых отличий между пациентами с разными типами психозов выявлено не было, однако важно учитывать этапы разрешения психоза и наличие остаточных симптомов при выписке для оценки качества ремиссии и прогноза и планирования амбулаторного лечения и реабилитации.

При впервые возникающем шизофреноформном психозе с ведущим галлюцинаторно-параноидным синдромом (I тип) средняя продолжительность психоза составляла 18,3±8,6 дня (22 [9,0; 24,0]) при средней длительности лечения в стационаре 22,5±9,7 дня (27 [14,0; 29,0]). Динамика редукции психопатологической симптоматики характеризовалась постепенным обратным

развитием: первоначально отмечалось снижение аффективной заряженности с последующим одновременным регрессом психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций и бредовых идей воздействия. В процессе наблюдения за пациентами в отделении отмечалось, что первоначальная заторможенность впоследствии сменялась активным поведением в отделении, участием в медико-реабилитационных мероприятиях и налаживанием контакта с медицинским персоналом. На момент выписки 70 % пациентов сообщали о болезненном характере перенесенного состояния, однако при этом оценивали себя как полностью выздоровевших, что свидетельствует о частичной критике к перенесенному психозу.

При впервые возникающем шизофреноформном психозе с ведущим паранойяльным синдромом (II тип) средняя продолжительность психоза составляла 18,9±5,9 дня (20,0 [15,0; 24,0]) при средней длительности лечения в стационаре 23,9±5,9 дня (25,0 [20,0; 29,0]). В ходе терапии сперва угасала эмоциональная окрашенность психотических переживаний, следом снижалось бредовое восприятие, больные активнее вовлекались в лечебно-реабилитационные мероприятия. В последнюю очередь редуцировались идеи преследования, однако после этого у пациентов в статусе сохранялась подозрительность в адрес участников бредовой фабулы и неоткровенность. Часть пациентов (41 %) после лечения в стационаре круглосуточного типа высказывали отрывочные бредовые идеи преследования, по содержанию совпадающие с фабулой бреда острого периода психоза. В 77 % критика к перенесенному психозу не формировалась. Так, пациенты с идеями реформаторства замалчивали произошедшее, переставали верить в свои особые таланты, но сохраняли свои записи и чертежи.

При впервые возникающем шизофреноформном психозе с преобладанием галлюцинаторного синдрома (III тип) средняя продолжительность психоза составляла 18,9±6,7 дня (19 [14,0; 24,0]) при средней длительности лечения в стационаре 24±6,7 дня (24 [19,0; 29,0]). В течение 5–7 дней после начала терапии

наблюдалась трансформация истинных галлюцинаций в псевдогаллюцинации, сопровождавшаяся нарушением связи между содержанием галлюцинаторных переживаний и внешним поведением пациентов. К 10–12-му дню происходила дальнейшая модификация содержания галлюцинаций: угрожающий и оскорбляющий характер сменялся комментирующим, при этом пациенты демонстрировали признаки адаптации к голосам, сохраняя способность к коммуникации и участию в жизни отделения. На последующем этапе отмечалась редукция галлюцинаторной симптоматики до эпизодических и единичных проявлений. К завершению курса купирующей терапии у большинства пациентов наблюдалось полное исчезновение галлюцинаций, за исключением единичных случаев сохранения редких, лишенных аффективной заряженности галлюцинаторных феноменов.

При впервые возникающем шизофреноформном психозе с ведущим парафренным синдромом (IV тип) средняя продолжительность психоза составляла 17,2±12,3 дня (13,5 [7,0; 22,8]) при средней длительности лечения в стационаре 21,5±13,4 дня (18,5 [12,0; 27,8]). Наблюдалось постепенное разрешение психоза: в течение первых 5–7 дней терапии полностью редуцировались симптомы кататонического ступора и заторможенности (в случае их наличия в структуре психоза), одновременно дезактуализировались идеи острого чувственного антагонистического бреда. В последующие 3–5 дней наблюдалась полная редукция галлюцинаторных переживаний и явлений психических автоматизмов, после чего наступала фаза продолжительностью 7–10 дней, характеризующаяся приподнятым фоном настроения с бредовыми идеями величия мегаломанического содержания (предлагали варианты политического переустройства страны, разрабатывали варианты помощи человечеству). На финальном этапе лечения бредовая симптоматика полностью утрачивала актуальность, сменяясь астеническим состоянием (52 % пациентов) или раздражительной гипоманией с быстрой истощаемостью (48 % пациентов). К моменту выписки отмечалась стабилизация аффективного фона и

формирование критического отношения к перенесенному психотическому состоянию у 89 % пациентов.

В завершение настоящей главы следует еще раз подчеркнуть, что купирующая терапия психозов на фоне течение COVID-19 отличалась от лечения психозов без инфекции. Так, для их купирования применялись более высокие дозировки антипсихотических препаратов по сравнению с психозами без COVID-19. Предпочтений в используемых препаратах не было — в обеих группах преимущественно использовали галоперидол и зуклопентиксол. При анализе терапии у пациентов с COVID-19 с учетом от ведущего синдрома показано, что во всех случаях сочетанная стандартизированная этиотропная терапия COVID-19 с антипсихотиками была эффективна, что подтверждалось купированием позитивных симптомов за период стационарного лечения.

ГЛАВА 5. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ ШИЗОФРЕНОФОРМНЫХ ПСИХОЗОВ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 (РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

В соответствии с методологией исследования с целью изучения отдаленных исходов заболевания было организовано проспективное наблюдение за 203 пациентами (катамнестическая выборка) в течение 3 лет после выписки из стационара. В исследуемую группу вошли 127 пациентов с психозами, развившимися на фоне COVID-19, в контрольную группу — 76 пациентов с психозами без сопутствующей инфекции.

По большинству клинико-динамических показателей группы сопоставимы между собой. Так, отсутствовали статистические различия между средним числом госпитализаций за 36 месяцев в стационар круглосуточного типа и амбулаторные подразделения больницы, также практически равное число пациентов были госпитализированы повторно (39 % vs 41 %) при равной продолжительности лечения в стационаре круглосуточного типа (27,7±2,8 дня vs 27,4±3,2 дня).

Значимое отличие выявлено в ходе анализа причин лечения в дневном стационаре. Пациенты группы I в 1,5 раза реже госпитализировались в дневной стационар в связи с нарастанием негативной симптоматики по сравнению с больными группы II (18 % vs 26 %). При этом практически с равной частотой пациентов двух групп направляли в связи с обострением продуктивной симптоматики (29 % vs 28 %) и присоединением депрессивных и тревожных симптомов (9 % vs 7 %).

Клинико-динамические показатели пациентов с психозами, развившимися на фоне COVID-19, и пациентов с психозами без сопутствующей инфекции представлены в Таблице 5.1.

Таблица 5.1 — Клинико-динамические показатели пациентов двух групп через 36 месяцев катамнестического наблюдения

Показатель	**I группа (с COVID-19) (*n*=127)**	**II группа (без COVID-19) (*n*=76)**	***p* (t-test)**
Клинико-динамические показатели			
Среднее число госпитализаций за 36 месяцев в круглосуточный стационар, раз	1,9±1,1	1,8±1,1	0,643
Среднее число госпитализаций в дневной стационар за 36 месяцев, раз	1,7±0,8	1,7±1,0	0,666
Среднее число госпитализаций в ОИОПП за 36 месяцев, раз	1,2±0,5	1,3±0,5	0,445
Средняя длительность лечения в стационаре круглосуточного типа, дней	27,7±2,8	27,4±3,2	0,738
			***p* (χ^2)**
Пациенты, повторно госпитализированные в стационар круглосуточного типа, абс. (%)	50 (39)	31 (41)	0,842
Направлены в ОИОПП, абс. (%), из них по поводу:	53 (42)	31 (41)	0,895
обострения продуктивной симптоматики	39 (31)	21 (28)	0,847
присоединения депрессивной и тревожной симптоматики	4 (3)	3 (4)	
нарастания негативной симптоматики	10 (8)	7 (9)	
Направлены в дневной стационар, абс. (%), из них по поводу:	71 (56)	46 (61)	1,000
обострения продуктивной симптоматики	37 (29)	21 (28)	**0,031**
присоединения депрессивной и тревожной симптоматики	11 (9)	5 (7)	
нарастания негативной симптоматики	23 (18)	2 (26)	
Инвалидность, абс. (%)	34 (27)	22 (29)	0,737
Продолжили работать без снижения квалификации, абс. (%)	21 (17)	1 (1)	0,108
Снизили квалификацию, абс. (%)	24 (19)	1 (1)	
Прекратили работать, абс. (%)	31 (24)	7 (9)	
Продолжили обучение, абс. (%)	12 (9)	4 (5)	0,669
Прекратили обучение, абс. (%)	13 (10)	3 (4)	

Продолжение Таблицы 5.1

Показатель	**I группа (с COVID-19) (*n*=127)**	**II группа (без COVID-19) (*n*=76)**	***p* (U-test)**
Шкала (Me [Q1; Q3])			
PANSS	55 [47,5; 60,0]	57 [51,8; 65,5]	0,100
PANSS P	7 [7,00; 10,0]	7,00 [7,00; 7,00]	0,242
PANSS N	30 [24,0; 34,0]	32 [27,0; 35,3]	**0,003**
PANSS G	19,6±9,5	17,8±7	**0,005**

У пациентов группы I, перенесших в дебюте болезни психоз на фоне течения COVID-19, зафиксированы менее выраженные негативные расстройства, что подтверждалось достоверно более низкими показателями медианы подшкалы негативных симптомов PANSS N, равными 30 [24,0; 34,0], по сравнению с больными группы II, для которых этот показатель был равен 32 [27,0; 35,3]. В проводимых исследованиях шизофрении, протекающей на фоне такой экзогенной вредности, как алкоголь, были получены противоречивые данные об уровне негативных расстройств при их одновременном течении — в одной работе была показана меньшая выраженность негативных расстройств по сравнению с пациентами с шизофренией без зависимости (Batki S. L. et al., 2008), в другой — показано обратное (Margolese H. C. et al., 2004). Дополнительно необходимо отметить, что в настоящем исследовании различий между уровнем инвалидизации и изменением трудового статуса зафиксировано не было.

В течение 36 месяцев у 67 % пациентов был изменен диагноз, варианты исходов приводятся в Таблице 5.2. Среди пациентов группы I с впервые возникшим шизофреноформным психозом на фоне течения COVID-19 (127 наблюдений, 53 мужчины, 74 женщины, 32,7±6,6 года) в 64 % расстройство приобрело хронический характер: в 49 случаях (39 %) установлен диагноз «шизофрения», в 25 (20 %) — «шизоаффективное расстройство», в 6 (5 %) — «биполярное аффективное расстройство». При наблюдении за пациентами группы II (76 пациентов, 34 мужчины, 42 женщины, 30±5,8 года) с впервые возникшим шизофреноформным психозом без COVID-19 установлено, что в 74 %

расстройство приобрело хронический характер, диагноз изменен на шизофрению в 35 (46 %) наблюдениях и шизоаффективное расстройство — в 21 (28 %). Кроме перечисленных случаев наблюдались и случаи психического благополучия, которые зафиксированы у 37 и 26 % пациентов соответственно. Психическим благополучием считалось отсутствие обращений к врачам-психиатрам и возвращение к доболезненному уровню функционирования.

Таблица 5.2 — Изменение диагнозов через 36 месяцев катамнестического наблюдения среди пациентов с шизофреноформными психозами в дебюте заболевания

Диагноз (МКБ-10)	**Группа I (клиническая выборка с COVID-19) (*n*=127), абс. (%)**	**Группа II (группа сравнения без COVID-19) (*n*=76), абс. (%)**	***p*** **(χ^2)**
Шизофрения (F20)	49 (39)	35 (46)	0,066
Шизоаффективное расстройство (F25)	25 (20)	21 (28)	
Биполярное аффективное расстройство (F31)	6 (5)	—	
Диагноз без изменений	47 (37)	20 (26)	

В течение 36 месяцев после госпитализации у 64 % (*n*=130) пациентов было диагностировано расстройство шизофренического спектра (шизофрения или шизоаффективное расстройство). Это ретроспективно показывает, что перенесенный психоз являлся манифестацией шизофренического процесса. Средний возраст развития психозов был 29,3±6,6 года у пациентов с COVID-19 и 27,5±6,3 года у пациентов без инфекции. Эти показатели выше литературных данных возраста начала шизофрении, равного 25–27 лет (Solmi M. et al., 2022) и шизоаффективного расстройства, равного 23,3±3,8 года (Pagel T. et al., 2013).

По результатам 36-месячного наблюдения проанализированы особенности противорецидивной терапии у пациентов обеих групп. В течение 12 месяцев после выписки из стационара все пациенты катамнестической выборки получали

противорецидивную антипсихотическую терапию согласно клиническим рекомендациям по длительной терапии пациентов с первым психотическим эпизодом. Далее 33 % пациентов (*n*=67) прекратили прием антипсихотиков в связи с психическим благополучием, при этом продолжая наблюдение у участкового врача с посещением его каждые 3 месяца. Большая часть (67%) пациентов получали антипсихотики на протяжении всего периода катамнестического наблюдения. Все пациенты на момент анализа находились в состоянии клинической ремиссии и получали поддерживающую антипсихотическую терапию. Пациенты, у которых расстройство манифестировало на фоне течения COVID-19, демонстрировали большую приверженность терапии (Kaplan G. et al., 2013; Yan T. et al., 2018), что подтверждается значимо меньшей частотой назначения пролонгированных форм антипсихотика в данной группе — 51 % по сравнению с 67 % в группе пациентов, у кого болезнь манифестировала без COVID-19 (67 %) (Таблица 5.3).

Таблица 5.3 — Формы препаратов, их наименования и дозировки, используемые для лечения пациентов двух сформированных групп через 36 месяцев

Препарат, форма	**Группа I (клиническая выборка с COVID-19) (*n*=80)**	**Группа II (группа сравнения без COVID-19) (*n*=56)**	***p* (χ^2)**
Форма антипсихотических препаратов, абс. (%)			
Пролонгирован-ного действия	41 (51)	38 (67)	**<0,001**
Пероральная	39 (49)	18 (33)	
Антипсихотические препараты			
МНН	**Ср. зн., мг/сут (ХЭ)**	**Ср. зн., мг/сут (ХЭ)**	***p (t-test)***
Галоперидол	10,2±3,1/204,0±61,1 *n*=19	7,6±1,2/151,0±23,8 *n*=20	**<0,001**
Рисперидон	4,8±1,1/358,0±79,5 *n*=22	4,1±1,1/307,0±84,3 *n*=17	**0,013**
Зуклопентиксол	24,8±24,0/99,0±37,3 *n*=9	14±0/7556±0 *n*=9	**0,014**

Продолжение Таблицы 5.3

Препарат, форма	**Группа I (клиническая выборка с COVID-19) (*n*=80)**	**Группа II (группа сравнения без COVID-19) (*n*=56)**	***p* (t-test)**
Антипсихотические препараты			
МНН	**Ср. зн., мг/сут (ХЭ)**	**Ср. зн., мг/сут (ХЭ)**	***P (t-test)***
Оланзапин	18,3±2,5/548,0±73,4 *n*=15	15,6±4,2/469±125 *n*= 6	0,098
Кветиапин	595,0±78,9 *n*=7	375,0±35,4 *n*=2	**0,016**
Зипрасидон	68,0±11,0/170,0±27,4 *n*=3	60±NaN/150±NaN *n*=1	0,724
Палиперидон	19,0±0/627±0 *n*=2	19,0±0/627±0 *n*=2	NaN
Арипипразол	270±6,7/540±134 *n*=2	15±0/300±0 *n*=3	**0,034**
Амисульпирид	500±141 *n*=1	400±NaN *n*=1	1,000
Хлорпромазиновый эквивалент антипсихотических препаратов			
Средние значения в группе, усл. ед./сут	330±139	233±92,2	**<0,001**
Корректоры нейролептической терапии, мг/сут			
Тригексифенидил	5,7±1,0 *n*=55	6,0±1,2 *n*=42	0,159
Бипериден	4,89±1,0 *n*=11	4,4±0,9 *n*=7	0,282
Нормотимики, мг/сут			
Вальпроевая кислота	1213±230 *n*=14	1269±230 *n*=19	0,393
Карбамазепин	571±138 *n*=5	600±0 *n*=2	0,861
Соли лития	1050±212 *n*=3	—	NaN

Продолжение Таблицы 5.3

Препарат, форма	**Группа I (клиническая выборка с COVID-19) (*n*=80)**	**Группа II (группа сравнения без COVID-19) (*n*=56)**	***p* (t-test)**
Антидепрессанты, мг/сут			
Флуоксетин	22,7±10,3 *n*=10	20,0±0 *n*=4	0,573
Сертралин	148±24 *n*=7	—	NaN
Флувоксамин	125,0±33,7 *n*=7	100±0 *n*=2	0,234
Венлафаксин	113,0±41,1 *n*=4	100,0±43,3 *n*=2	0,766

Примечание. ХЭ — хлорпромазиновый эквивалент.

На противорецидивном этапе терапии средние суточные дозировки антипсихотиков в ХЭ были выше для пациентов, перенесших шизофреноформный психоз на фоне течения COVID-19, по сравнению с пациентами, перенесшими психоз без COVID-19 (средние значения 330±139 мг в сутки vs 233±92,2 мг в сутки) (см. Таблицу 5.2). Кроме общего показателя значимые различия выявлялись и между дозировками ряда препаратов, которые во всех перечисленных случаях выше у пациентов, перенесших COVID-19, по сравнению с пациентами без COVID-19 в анамнезе: галоперидол (среднее значение ХЭ 204±61,1 мг в сутки vs 151±23,8 мг в сутки); рисперидон (среднее значение ХЭ 358±79,5 мг в сутки vs 307±84,3 мг в сутки), зуклопентиксол (среднее значение ХЭ 99±37,3 мг в сутки vs 56,0±0 мг в сутки), кветиапин (среднее значение ХЭ 595±78,9 мг в сутки vs 375±35,4 мг в сутки) и арипипразол (среднее значение ХЭ 540±134 мг в сутки vs 300±0 мг в сутки). Дополнительно установлено, что пациенты, перенесшие в дебюте заболевания шизофреноформный психоз на фоне течения COVID-19, достоверно чаще

нуждались в назначении антидепрессантов по сравнению с пациентами без COVID-19 (χ^2=5,13; p=0,024). Так, после перенесенного шизофреноформного психоза на фоне течения COVID-19 антидепрессанты получали 35 % пациентов, без COVID-19 — 15 %. В качестве жалоб абсолютное большинство пациентов указывали сниженное настроение, усталость, ощущение тумана в голове, эпизоды немотивированной тревоги. Данные о более частом назначении антидепрессантов у пациентов с вышеперечисленными симптомами косвенно отражали результаты, полученные другими авторами, о развитии постковидного синдрома (Chippa et al., 2024). Однако нельзя исключить того, что развитие депрессивных состояний связано с постпсихотическим периодом (Jeczmien P. et al., 2001) или как проявление осложнений лечения нейролептиками (Harrow M. et al., 1994).

Несмотря на одинаковый исход заболевания (хронификацию течения) в обеих группах, подход к противорецидивной терапии отличается среди пациентов, перенесших COVID-19.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Патопластическое влияние экзогенных факторов на шизофреноформные психозы активно изучалось до настоящего времени — показана роль внешних факторов в создании благоприятной почвы для манифестации психических расстройств и активации генетической предиспозиции (Алешкина Г. А., 2013; Галачьян А. Г., 1963; Brown A. S., 2011; Cheslack-Postava K. et al., 2022; Havdahl A. et al., 2022). Также известны изменения психопатологических синдромов на фоне течения экзогений (Дворкина Н. Я., 1975; Agranovsky M. L. et al., 2022; Chakraborty R. et al., 2014). Заражение вирусом SARS-CoV-2 (экзогенной вредностью) ассоциировано с нейротоксическим и инфекционно-токсическим действием вируса на организм (Шепелева И. И. и др., 2020; Veleri S., 2022) и стрессовыми факторами, связанными с карантином и инфицированием новой, ранее не изученной инфекцией (Котова О. В. и др., 2021; Manchia M. et al., 2022; Pfeifer L. S. et al., 2021). Пандемия COVID-19, будучи глобальным кризисом, предоставила научному сообществу беспрецедентные исследовательские условия. Настоящая работа, подтверждая актуальность темы, демонстрирует, как влияют инфекционно-токсические и психогенные факторы на манифестацию и течение расстройств шизофренического спектра. Ярким примером вклада стресса, вызванного пандемией, являлось развитие реактивных психозов с шизофреноформной картиной во время карантина у ранее здоровых лиц (Finatti F. et al., 2020; Shanbour A. et al., 2020; Valdés-Florido M. J. et al., 2020). Механизм инфекционно-токсического действия COVID-19 в развитии шизофреноформных психозов окончательно неизвестен, однако показана способность инфекции нарушать работу гематоэнцефалического барьера и активировать системную воспалительную реакцию (Qiao H. et al., 2024; Yang A. C. et al., 2021). Риск манифестации психотического расстройства во время пандемии увеличивался в несколько раз по сравнению с обычными показателями в популяции (Esposito C. M. et al., 2021; Quattrone A. et al., 2025), что подтверждалось постоянными публикациями случаев развития шизофреноформных психозов

у лиц, болеющих COVID-19, ранее не обращавшихся к психиатрам (Петрова Н. Н. и др., 2021; Ellini S. et al., 2023; Moccia L. et al., 2023; Parra A. et al., 2020; Smith C. M. et al., 2020). При этом разбора психопатологической структуры психозов в этих случаях не проводилось, а обзорные исследования посвящались выявлению общих закономерностей их течения (Chaudhary A. M. D. et al., 2022; Smith C. M. et al., 2021). В 70 % случаев психоз развивался на фоне легкого течения COVID-19 (Chaudhary A. M. D. et al., 2022) и купировался приемом низких или средних терапевтических доз антипсихотиков (Maiti T. et al., 2021). Фабула бреда была индивидуальна у каждого пациента, зачастую в структуру бреда встраивался реальный опыт переживания пандемии (Feyaerts J. et al., 2021; Ritunnano R. et al., 2022), что и показали исследования психозов, развивающихся на фоне распространения инфекции (Rittmannsberger H. et al., 2022). Немногочисленные проспективные наблюдения за случаями шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 ограничивались несколькими месяцами (Al-Busaidi S. et al., 2021; Ferrando S. J. et al., 2020; O'Leary K. B. et al., 2023; Puiu M. G. et al., 2023), что сказывалось на полученных результатах: практически во всех работах указывали на благоприятный исход заболевания. Однако, если анализировать работы, посвященные исходам острых шизофреноформных психотических расстройств в целом, переход в шизофрению происходил в среднем спустя несколько лет наблюдения (Benazzi F., 1998; Zhang-Wong J. et al., 1995).

Таким образом, актуальность настоящего исследования определялась недостаточной изученностью клинических особенностей шизофреноформных психозов на фоне влияния инфекционно-токсического и психогенного факторов, связанных с COVID-19, а также недостаточной изученностью терапевтических стратегий, применяемых при сочетанном течении психоза и вирусного заболевания.

Целью проведенного исследования было изучение особенностей клинической картины и динамики впервые возникающих шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19.

Настоящее исследование выполнено в специализированных инфекционных отделениях для пациентов с психическими расстройствами, стационарном отделении «Клиники первого эпизода», общепсихиатрических отделениях на базе ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» (главный врач — д.м.н., профессор Г. П. Костюк) в период с 2020 по 2024 г.

Для решения поставленных задач в качестве основного метода исследования были использованы клинический метод исследования, данные осмотров врачей разных специальностей, также включены сведения, полученные параклиническими методами (лабораторные и инструментальные исследования), психометрический и статистические методы.

Материалом настоящего исследования служили клинические данные 310 пациентов с впервые возникшими острыми шизофреноформными психозами (135 мужчин, 175 женщин), средний возраст — 28,8±6,6 года (от 18 до 57 лет). Диагнозы были верифицированы согласно критериям МКБ-10, для заключительной экспертной оценки каждый пациент осматривался автором исследования и комиссией врачей-психиатров.

Критериями включения в исследование являлись: отсутствие обращений к психиатру в прошлом; клиническая картина острого психотического расстройства, соответствующая критериям острого шизофреноформного психотического расстройства (F23.2) согласно МКБ-10; возраст 18–60 лет; добровольное информированное письменное согласие на участие в исследовании.

Критериями невключения были: зависимость или пагубное употребление психоактивных веществ и алкоголя в анамнезе, прием за 6 месяцев до госпитализации; соматическое заболевание в стадии декомпенсации; беременность и период лактации; тяжелое течение COVID-19; соответствие критериям делирия, не вызванного алкоголем или другими психоактивными веществами, с дополнительным кодом «другой делирий в связи с другими вирусными и бактериальными нейроинфекциями» (F05.86) по МКБ-10.

Социально-демографический анализ выборки (n=310) показал, что половина пациентов (50 %) имели высшее образование, 21 % — среднее профессиональное,

17 % — неоконченное высшее и 13 % — 9 классов общеобразовательной школы. Несмотря на преобладание лиц с профессиональным образованием (71 %), более половины (55 %) пациентов трудоспособного возраста не были трудоустроены на момент исследования. Доля работающих составила 32 %, учащихся — 13 %. Большинство пациентов (70 %) никогда не состояли в браке, что может указывать на особенности социального функционирования и интеграции в данной выборке, с учетом достижения пациентами среднего возраста, характерного в Российской Федерации для вступления в брак. Для полноценного решения поставленных задач на **первом этапе** выборка была разделена на две группы в зависимости от заражения вирусом SARS-CoV-2: *группа I* (клиническая выборка — F23.2 с COVID-19) — 222 пациента с впервые возникшим шизофреноформным психозом на фоне течения COVID-19; *группа II* (группа сравнения — F23.2 без COVID-19) — 88 пациентов с впервые возникшим шизофреноформным психозом без COVID-19. Сравнительный анализ социодемографических характеристик выявил значимые различия между группами. Средний возраст пациентов с психозами, развившимися на фоне COVID-19, составил 29,3±6,6 года и оказался достоверно выше, чем в группе без коронавирусной инфекции (27,5±6,3 года) (p=0,022). Также между группами обнаруживалось значимое различие в показателях занятости: доля работающих в группе с COVID-19 достигала 40 %, в то время как во второй группе этот показатель составил лишь 11 % (p<0,001). В 57 % (n=126) случаев инфекция протекала в варианте ОРВИ, в 31 % (n=69) — в варианте пневмонии без дыхательной недостаточности и реже всего, в 12 % случаев (n=27), наблюдалось бессимптомное течение болезни. Средний балл по шкале NEWS-2 при поступлении составил 0,5±0,6, что отражало удовлетворительное функционирование органов и систем пациентов, а также низкий уровень риска развития осложнений; никто из пациентов не набрал более 3 баллов (что соответствовало низкому риску развития осложнений). В качестве этиотропной терапии COVID-19 с равной частотой использовали умифеновир (33 %) и гидроксихлорохин (28 %), реже применяли фавипиравир (21 %) и имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты (18 %). Терапия антибиотиками

проводилась у 42 % (*n*=92) пациентов, чаще всего использовали азитромицин (*n*=49), на втором месте по частоте назначений левофлоксацин (*n*=34), в единичных случаях применяли цефтриаксон и цефепим. Средняя длительность лечения в специализированном отделении для больных с психическими расстройствами и COVID-19 составляла 12,2±5 дня, что соответствует данным литературы (Alimohamadi Y. et al., 2022). После клинического выздоровления и двух отрицательных тестов на COVID-19 пациенты переводились в общепсихиатрические отделения для продолжения лечения психоза. На **втором этапе** исследования проводилось динамическое наблюдение за 203 пациентами (87 мужчин, 116 женщин, 31,6±6,4 года), составившими катамнестическую выборку, и их повторный осмотр через 36 месяцев. Выборка была разделена в зависимости от течения первого психоза на фоне инфекции или нет: *группа I* (F23.2 с COVID-19) — 127 наблюдений (53 мужчины, 74 женщины, 32,7±6,6 года); *группа II* (F23.2 без COVID-19) — 76 пациентов (34 мужчины, 42 женщины, 30±5,8 года).

Проведенное исследование выявило особенности клинической картины впервые возникающих острых шизофреноформных психозов, протекающих одновременно с COVID-19. Во-первых, было установлено, что психозы на фоне течения COVID-19 протекали тяжелее из-за большей остроты и интенсивности продуктивной симптоматики, а также эпизодами психомоторного возбуждения, в отличие от психозов без COVID-19. Это подтверждалось статистической значимостью различий медиан подшкалы позитивных симптомов шкалы PANSS (33,0 [29,0; 36,0] vs 29,0 [26,0; 32,0]; $p<0,001$) и медианой большинства пунктов подшкалы позитивных расстройств: P1 «Бред» (6,0 [6,0; 7,0] vs 6,0 [5,0; 6,0]; $p<0,001$), P2 «Расстройства мышления» (6,0 [5,0; 6,0] vs 5,0 [5,0; 6,0]; $p<0,001$), P3 «Галлюцинации» (6,0 [5,0; 6,0] vs 5,0 [5,0; 7,0]; $p=0,010$) и P5 «Идеи величия» (4,0 [2,0; 5,0] vs 2,0 [1,0; 4,0]; $p<0,001$). Проведенный анализ клинико-психопатологических характеристик выявил ряд существенных различий в проявлении негативной симптоматики между группами пациентов. У пациентов с COVID-19 наблюдалась относительная сохранность базовых психических

функций, что подтверждалось статистической значимостью различий медиан аффективного уплощения (N1: 3,0 [3,0; 4,0] vs 4,0 [3,0; 4,0]; p<0,01), большей сохранности эмоционального резонанса (N2: 3,0 [2,0; 4,0] vs 4,0 [3,0; 4,0]; p<0,01), менее выраженных коммуникативных нарушениях (N3: 3,0 [2,0; 4,0] vs 3,5 [3,0; 4,0]; p=0,03) и лучших показателях спонтанной активности (N6: 3,0 [2,0; 4,0] vs 4,0 [3,0; 4,0]; p<0,01).

У всех обследованных пациентов наблюдались классические симптомы расстройств шизофренического спектра продолжительностью до одного месяца, однако инфекционно-токсический фактор оказывал патопластическое влияние на структуру психоза. В случаях, ассоциированных с коронавирусной инфекцией, отмечалось сочетание эндогенной симптоматики с выраженными экзогенными проявлениями, что создавало специфическую клиническую картину. В продромальном периоде у 75 % пациентов регистрировался четко очерченный астенический синдром длительностью 3–7 суток, проявлявшийся выраженной психической истощаемостью, эмоциональной лабильностью с преобладанием раздражительности, повышенной сонливостью и снижением психической и физической активности. После чего в течение 1–5 суток происходило стремительное развитие острого психотического состояния с экзогенно-органической симптоматикой, наблюдавшейся в 32 % случаев и представленной 3 основными вариантами: истинными галлюцинациями (26 %), расстройствами сознания (22 %) и сочетанными состояниями (52 %), что более характерно для симптоматических психозов (Бамдас Б. С., 1961; Вангенгейм К. А., 1953; Сметанников П. Г., 1955; Тиганов А. С. и др., 1999; Хохлов Л. К. и др., 2019; Chang H. et al., 2023). Продолжительность экзогенных симптомов отличалась относительной кратковременностью, их редукция происходила в течение нескольких дней, после чего в клинической картине начинала доминировать типичная шизофреническая симптоматика. То есть наибольшее влияние вирусной инфекции на клиническую картину шизофреноформного психоза наблюдается на начальной стадии заболевания. Выявленные особенности подтверждают концепцию о сложном взаимодействии эндогенных и экзогенных факторов в

патогенезе психотических расстройств при COVID-19, где инфекционный процесс выступает в роли патопластического и патогенетического модулятора.

Другим отражением влияния инфекционно-токсического фактора на шизофреноформный психоз была выявленная взаимосвязь между особенностями течения психоза и тяжестью течения COVID-19: наиболее тяжело психоз протекал у пациентов с пневмонией без дыхательной недостаточности (наиболее тяжелая форма течения инфекции в настоящем исследовании). Так, при пневмонии происходило наиболее стремительное развертывание психоза (1,9±0,7 дня) с яркой и интенсивной продуктивной симптоматикой. После этого шли варианты ОРВИ (4,7±3,9 дня; 32,3±4,3 балла) и бессимптомного течения (5,6±3,2 дня; 28,6±5,1 балла). Дополнительно в пользу большей остроты и интенсивности психоза при пневмонии свидетельствовали наибольшая выраженность бредовых идей (P1: медиана 6,0 [6,0; 7,0] при пневмонии vs 5 [4,00; 6,00] при бессимптомном течении; p<0,01), психомоторным возбуждением (P4: медиана 6,0 [5,00; 6,00] vs 4,0 [3,00; 4,50]; p<0,01), аффективной напряженностью (P7: медиана 4,0 [3,00; 5,00] vs 2,0 [1,00; 4,00]; p<0,01), нарушением ориентировки (G10: медиана 4,0 [1,00; 1,00] vs 1,0 [1,00; 1,50]; p<0,01). Полученные данные убедительно свидетельствуют о дозозависимом эффекте инфекционного процесса на психопатологическую картину, где степень тяжести COVID-19 выступает значимым модулирующим фактором, определяющим как темп развития, так и выраженность продуктивных расстройств. Особенно показательно, что все исследованные параметры демонстрировали последовательное снижение значений по мере уменьшения тяжести инфекционного процесса, формируя четкий континуум от пневмонии к бессимптомному носительству.

На основании анализа психопатологической структуры шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 была выявлена гетерогенность синдромов, что позволило выявить 4 типа шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 и показать универсальный характер включения темы пандемии в структуру психотических переживаний, однако с существенными различиями в зависимости от типа психоза. Наиболее часто тема пандемии вовлекалась в

фабулу IV типа психоза с ведущим парафренным синдромом (78 %), когда развивались мегаломанические идеи «спасения человечества» или разработки «уникальных методов лечения», также развивались онейроидные состояния с пандемической фабулой. При II типе психоза с ведущим паранойяльным синдромом тема пандемии входила в фабулу бреда у 55 % пациентов, что проявлялось доминированием идей преследования с тематикой умышленного заражения или редкими вариантами «бреда приписанной болезни» (Каменева Е. Н., 1957; Ротштейн Г. А., 1961) или бредовой реакцией с идеями «умышленного преувеличения» (Выборных Д. Э., 2000). При I типе психоза с галлюцинаторно-параноидным синдромом тема пандемии вовлекалась в содержательный комплекс психоза в 21 % случаев, наиболее распространены были бредовые идеи воздействия «вирусным облучением» через специальные аппараты, соматосенсорные феномены («жжение органов», «сжатие легких»), моторные автоматизмы с феноменом каталепсии (из-за парализующего действия вируса). Реже всего тема пандемии включалась в структуру III типа психоза с ведущим галлюцинаторным синдромом (14 %) в виде угрожающих смертельных угроз в адрес пациента и его близких. Таким образом, тема пандемии включалась в психотические переживания 29 % пациентов с COVID-19, вне зависимости от ведущего синдрома, что соответствовало данным литературы, где этот показатель был равен 30 % (Rittmannsberger H. et al., 2022). При этом в проведенном исследовании в группе без COVID-19 тема пандемии не звучала вовсе, что противоречит данным приведенной в качестве примера работе, где этот показатель был равен 78 %. Это различие может объясняться адаптацией к карантинным мероприятиям и росту информированности граждан об инфекции (Maglia M. et al., 2023; Pérez-Balaguer A. et al., 2023). Исследование выявило этапность редукции психопатологической симптоматики, характерной для пациентов с COVID-19. В первую очередь разрешались проявления, обусловленные непосредственным инфекционно-токсическим действием вируса, что хронологически совпадало с началом эффективной противовирусной терапии. Параллельно отмечалась положительная динамика в отношении психогенно

обусловленных расстройств, однако их редукция происходила постепенно и длительно. Значимое терапевтическое воздействие оказал перевод пациентов из инфекционных в обычные психиатрические отделения, что было связано с исчезновением стрессогенных стимулов в виде медицинского персонала в защитных костюмах и респираторах и способствовало уменьшению бредовых интерпретаций и снижению аффективной напряженности. Наиболее заметно ослабевали идеи преследования, связанные с медицинскими работниками, и страх перед возможными осложнениями инфекции.

В исследовании все пациенты получали антипсихотическую терапию. Наиболее часто назначаемым препаратом в обеих группах был галоперидол (47 % при COVID-19 vs 57 % без COVID-19). Другие антипсихотики применялись со следующей частотой: зуклопентиксол (20 % vs 24 %), рисперидон (16 % vs 11 %), хлорпромазин (7 % vs 3 %), оланзапин (7 % vs 2 %) и зипрасидон (3 % vs 2 %). Средние дозы в ХЭ были значимо выше в группе COVID-19 (348±185 мг в сутки vs 259±153,2 мг в сутки; p=0,002). Также выявлено, что бензодиазепины применялись реже при COVID-19 (19 % vs 64 %; p<0,001) из-за риска угнетения дыхания (Мосолов С. Н. и др., 2020; Medvedev V. E. et al., 2020). Перечень используемых препаратов и дозировки в настоящем исследовании соответствовали данным литературы о купировании психоза при COVID-19 (Chaudhary A. M. D. et al., 2022). Возможными причинами более высоких доз антипсихотиков при COVID-19 были изменения фармакокинетики (влияние на CYP450) (Feng G. et al., 2020; Jony M. R. et al., 2024), взаимодействие с противовирусными препаратами (Plasencia-García B. O. et al., 2021), более выраженная продуктивная симптоматика (Sim K. et al., 2004, 2009). Важно отметить отсутствие серьезных побочных эффектов, несмотря на сочетанное применение с противовирусной терапией. Эффективность терапии подтверждалась снижением PANSS более 25 % (Leucht S. et al., 2005) к моменту выписки, хорошим ответом при I типе психоза с галлюцинаторно-параноидным синдромом (44 %), III типе психоза с ведущей галлюцинаторной симптоматикой

и IV типе психоза с парафренным (42 %) синдромом, а также менее выраженным эффектом при II типе психоза с паранойяльным синдромом (31 %).

Клинико-динамическое наблюдение осуществлялось за 203 пациентами (*n*=63 %), среди которых было 127 человек из группы I, перенесших шизофреноформный психоз на фоне COVID-19, и 76 пациентов из группы II, у которых не было сопутствующей инфекции. Статистически значимых различий между группами не выявлено по среднему числу госпитализаций за 36 месяцев, частоте повторных госпитализаций (39 % vs 41 %) и длительности пребывания в стационаре (27,7±2,8 дня vs 27,4±3,2 дня). Однако пациенты группы I реже направлялись в дневной стационар из-за нарастания негативной симптоматики (18 % vs 26 %), что согласуется с ее меньшей выраженностью через 36 месяцев (PANSS N: 30,0 [24,0; 34,0] vs 32 [27,0; 35,3]; *p*=0,03). Причины госпитализации в дневной стационар (обострение продуктивной симптоматики, тревожно-депрессивные расстройства) были схожими. В течение 3 лет диагноз изменился у 67 % пациентов: в группе I чаще устанавливали шизофрению (39 %), шизоаффективное расстройство (20 %) и биполярное расстройство (5 %), в группе II — шизофрению (46 %) и шизоаффективное расстройство (28 %). Эти данные согласуются с литературой, указывающей на высокую частоту смены диагноза острого шизофреноформного расстройства (Castagnini A. et al., 2008; Fusar-Poli P. et al., 2016). Перенесенная COVID-19-инфекция не оказала значимого влияния на исход психоза. При анализе противорецидивной терапии установлено, что пациенты, перенесшие COVID-19 на момент манифестации психоза, получали более высокие дозы антипсихотиков (330±139 мг в сутки) по сравнению с группой без инфекции (233±92,2 мг в сутки) (*p*<0,001). Кроме того, они достоверно чаще нуждались в антидепрессантах (*p*=0,024), что может быть связано с постковидным синдромом, постпсихотической депрессией или побочными эффектами нейролептической терапии (Harrow M. et al., 1994; Mazza M. G. et al., 2022; Jesus S. et al., 2023). Таким образом, в настоящем исследовании впервые выявлены клинические особенности психопатологической

картины шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19, показана эффективная терапия и возможные варианты исходов. Несмотря на изначально более острые и интенсивные симптомы психоза у пациентов с COVID-19, их отдаленные исходы (частота рецидивов, смена диагноза на шизофрению) не отличались от группы без инфекции, что свидетельствует о независимости прогноза в зависимости от перенесенного вирусного воздействия, при этом требовались более высокие эффективные дозировки антипсихотиков для пациентов, перенесших COVID-19. Роль инфекции SARS-CoV-2 в дебюте психотических расстройств, по данным настоящего исследования, наиболее соответствует модели провоцирующего фактора (триггера). Полученные результаты позволяют предположить, что перенесенная инфекция выступает в роли мощного стрессора, инициирующего манифестацию шизофрении у лиц с конституциональной или генетической предрасположенностью. Данная концепция находит подтверждение в трудах ряда отечественных психиатров (Абаскулиев А. А., 1956; Дворкина Н. Я., 1975; Краснушкин Е. К., 1933; Максутова Э. Л., 1964, 1989; Озерецковский Д. С., 1963) и полностью согласуется с общепринятой моделью «стресс-диатез». В пользу этой гипотезы свидетельствуют следующие клинико-анамнестические данные: отягощенный семейный анамнез по психическим расстройствам и присутствие у пациентов в преморбиде продромальной симптоматики, характерной для шизофренического процесса (аффективная лабильность, немотивированная тревога, субъективное ощущение внутреннего напряжения, когнитивные дисфункции, феномены шперрунга, транзиторные эпизоды дереализации и деперсонализации). Важно подчеркнуть, что психоз при COVID-19, в отличие от психотических расстройств при классических нейроинфекциях (например, нейросифилисе), не формирует специфического, нозологически очерченного психопатологического симптомокомплекса. Его клиническая картина отличается значительным полиморфизмом и нестабильностью, а течение в большинстве случаев является относительно благоприятным при успешном купировании острой фазы

инфекционного и сопутствующего постинфекционного процесса. Однако следует упомянуть, что в части случаев совпадение перенесенной инфекции COVID-19 и манифестации психоза является случайным и протекает коморбидно. Данные проведенного исследования существенно дополняют сведения о шизофреноформных психозах, развивающихся под влиянием экзогенного инфекционного фактора, а также о патопластическом влиянии инфекций на расстройства шизофренического спектра. Результаты настоящего исследования совершенствуют этап дифференциальной диагностики между шизофреническими и экзогенными психозами, способствуя оптимизации медицинской помощи пациентам и формированию ранней терапевтической тактики при впервые возникающих шизофреноформных психозах. Исследование подтверждает модель сложного взаимодействия эндогенных (шизофренический процесс) и экзогенных (вирусная инфекция и интоксикация) факторов. COVID-19 не является первичной этиологической причиной психоза, но действует как мощный триггер и модификатор, придающий ему специфические черты остроты, содержания и требующий особого подхода к лечению.

Практические рекомендации диссертационного исследования предполагают, что при выявлении впервые возникающего шизофреноформного психоза на фоне течения острой респираторной вирусной инфекции необходимо уделять особое внимание дифференциальной диагностике и учитывать, что в клинической картине подобных психозов присутствуют проявления экзогенных психозов, однако они характеризуются малой продолжительностью и вскоре сменяются на шизофреническую симптоматику. Также патопластическое действие на структуру психоза оказывают инфекционно-токсический и психогенный факторы. У пациентов с шизофреноформным психозом на фоне течения острых респираторных инфекций (COVID-19) следует использовать более высокие среднесуточные дозировки антипсихотиков как на купирующем этапе терапии, так и на противорецидивном. Результаты настоящего исследования могут быть рекомендованы для использования в качестве методического пособия

для специалистов в области психиатрии в целях повышения профессиональной квалификации.

На основании данных, полученных в ходе проведенной диссертационной работы, необходимо продолжить исследования, направленные на выявление особенностей клинической картины шизофреноформных психозов, коморбидных с вирусными инфекциями. Для углубленного изучения поднятой проблемы целесообразно провести исследования с большей выборкой, формированием групп сравнения с другими экзогенными факторами, включением биологических маркеров и длительным катамнестическим наблюдением. Это позволит разработать более эффективные методы профилактики и лечения пациентов с шизофреноформными психозами, протекающими одновременно с экзогенией.

ВЫВОДЫ

1. Особенности клинической картины дебюта шизофреноформных психозов, протекающих одновременно с COVID-19, характеризуются крайне стремительным развитием, большей остротой и тяжестью психотического состояния, а также присоединением экзогенной симптоматики в виде астении на продромальном этапе и истинных галлюцинаций со спутанностью сознания в первые дни развертывания психоза по сравнению с шизофреноформными психозами без COVID-19. При этом инфекционно-токсический фактор, вызванный COVID-19, связан с тяжестью течения инфекции, что отражается в скорости развития психоза и выраженности позитивных симптомов.
2. С учетом клинической гетерогенности шизофреноформных психозов на фоне COVID-19 выделены 4 типологические группы:
   - I тип с преобладанием галлюцинаторно-параноидной симптоматики; встречался в 52% наблюдений и характеризовался сочетанием в равной степени бреда воздействия и псевдогаллюцинаций, при этом в 21% случаев в бредовую систему включалась тема пандемии в виде идей заражения, сопровождаясь соматосенсорными феноменами;
   - II тип с преобладанием паранойяльного синдрома; встречался в 10% наблюдений, доминировали идеи преследования без галлюцинаторных расстройств, а включение темы пандемии (55%) проявлялось идеями умышленного заражения или «приписанной болезни», нередко осложняясь сенестопатиями;
   - III тип с ведущим галлюцинаторным синдромом; наблюдался в 17% случаев и отличался доминированием слуховых галлюцинаций неприятного содержания, также выявлялась и последовательная смена истинных галлюцинаций на псевдогаллюцинации с сохранением

сюжетной связи между ними, здесь тема пандемии отмечалась лишь в 14% наблюдений;

- IV тип с парафренным синдромом; наблюдался в 23% случаев и протекал остро с бредом величия и преследования при отсутствии паранойяльного и параноидного этапов, мессианские идеи борьбы с пандемией встречались у 80% пациентов.

3. Динамика разрешения шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 характеризуется рядом особенностей: выраженность проявлений, отражающих инфекционно-токсический вклад инфекции (истинные галлюцинации, спутанность сознания), снижается на фоне начатой этиотропной терапии, и симптомы разрешаются в течение нескольких дней (3,9±2,6 дня), после чего на первый план выступают осевые продуктивные симптомы шизофрении. В ходе затухания острой психотической симптоматики снижается влияние психогенного фактора (дезактуализируются бредовые идеи, автоматизмы и псевдогаллюцинации, связанные с пандемией), что связано с излечением от COVID-19 и помещением пациентов в отделения без инфекционного режима содержания. В большинстве случаев впервые развивающийся шизофреноформный психоз является манифестацией шизофрении (42%) или шизоаффективного расстройства (23%), а клинико-динамические показатели в ходе катамнестического наблюдения не обнаруживают различий в зависимости от перенесенной инфекции.
4. Особенностью купирующей терапии впервые возникающих острых шизофреноформных психозов на фоне течения COVID-19 является необходимость назначения более высоких среднесуточных дозировок антипсихотических препаратов (348±185 мг/сут ХЭ; 330±139 мг/сут ХЭ). В случае приобретения хронического характера течения болезни, тенденция использования более высоких среднесуточных дозировок антипсихотических препаратов сохраняется и на этапе проведения противорецидивной терапии у пациентов, перенесших COVID-19 в дебюте болезни (259,0±153,2 мг/сут ХЭ; 233,0±92,2 мг/сут ХЭ).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абаскулиев, А. А. Роль инфекционного фактора в этиологии шизофрении / А. А. Абаскулиев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1956. — Т. 19. — № 3. — С. 22–24.
2. Абаскулиев, А. А. Материалы к вопросу о роли экзогенных факторов в происхождении шизофрении // автореф. дисс. канд. мед. наук: Баку, 1959. — 39 с.
3. Александровский, Ю. А. Психиатрия: национальное руководство / Ю. А. Александровский, А. С. Тиганов, В. К. Шамрей, П. В. Морозов, С. А. Овсянников, А. Я. Иванюшкин. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 992 с.
4. Алешкина, Г. А. Роль экзогенных факторов в развитии острых преходящих психотических расстройств / Г. А. Алешкина // Российский медицинский журнал. — 2013. — Т. 19. — № 4. — С. 14–16.
5. Тиганов, А. С. Руководство по психиатрии. В 2 томах / А. С.Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др. — М.: Медицина, 1999. — 705 с.
6. Бамдас, Б.С. Астенические состояния. — Москва: Медгиз, 1961. — 203 с.
7. Борисова, К. Е. Клинические особенности шизофрении, проявляющейся транзиторными психозами / К. Е. Борисова // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1983. — Т. 83. — № 1. — С. 73–79.
8. Бравве, Л. В. COVID-19-ассоциированные психозы / Л. В. Бравве // Психиатрия. — 2022. — Т. 20. — № 3. — Вып. 2. — С. 80–81.
9. Бравве, Л. В. COVID-19-ассоциированные шизофреноформные психозы / Л. В. Бравве, Н. В. Захарова // Психиатрия. — 2022. — Т. 20. — № 4. — С. 44–53.
10. Бравве, Л. В. COVID-19-ассоциированные психозы / Н. В. Захарова, Л. В. Бравве, Г. П. Костюк // Российский психиатрический журнал. — 2023. — № 1. — С. 75–90.

11. Бравве, Л. В. Динамика впервые возникающих шизофреноподобных психотических расстройств с учетом влияния острой респираторной инфекции / Л. В. Бравве, М. А. Кайдан // Российский психиатрический журнал. — 2025. — № 2. — С. 55–63.
12. Вангенгейм, К. А. Материалы о психозах при некоторых общих заболеваниях // автореф. дисс. канд. мед. наук: Свердловск, 1953. — 22 с.
13. Васильев, В. Д. Сочетание алкоголизма и приступообразно-прогредиентной шизофрении, протекающей с синдромом Кандинского–Клерамбо / Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии. 1992. М. (Тез. докл. Респ. совещ. врачей психиатров-наркологов в г. Москве, 19 июня 1992 г.) / Под ред. Б. А. Казаковцева, И. А. Никифорова. — С. 10–12.
14. Винокурова, А. И. Шизофренные психозы на почве конгенитального сифилиса у детей / А. И. Винокурова. — М.: Издание центрального научно-исследовательского института охраны здоровья детей и подростков НКЗ. — 1935. — 113 с.
15. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), версия 6» // Министерство здравоохранения Российской Федерации. — 2020. — Т. 6. — 164 с.
16. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), версия 11» // Министерство здравоохранения Российской Федерации. — 2021. — Т. 11. — 224 с.
17. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), версия 18 // Министерство здравоохранения Российской Федерации. — 2023 — Т. 18. — 249 с.
18. Выборных, Д. Э. Нозогенные паранойяльные реакции (клиника, эпидемиология, терапия) // автореф. дис. канд. мед. наук: Москва, 2000. — 22 с.

19. Галант, И. Б. Психопатология и клиника весенне-летнего клещевого энцефалита // Дисс. докт. мед. наук: Хабаровск; Москва, 1940. — 585 с.
20. Галачьян, А. Наследственные закономерности при шизофрении : Клинико-генетическое исследование / А. Галачьян. — Москва; Ленинград: Биомедгиз, 1937. — 136 с.
21. Ганнушкин, П. Б. Постановка вопроса о шизофренической конституции / П. Б. Ганнушкин. — Москва, 1914. — 20 с.
22. Гиляровский, В. А. Об изменениях в душевной сфере при сыпном тифе и в связи с ним / В. А. Гиляровский // Журнал психологии, неврологии и психиатрии. — 1922. — Т. 1. — С. 135–152.
23. Гиляровский, В. А. О психозах после сыпного тифа и в связи с ним / В. А. Гиляровский, А. И. Винокурова // Журнал психологии, неврологии и психиатрии. — 1922. — Т. 1. — С. 153–165.
24. Головина, А. Г. Непсихотические психические расстройства у подростков, ассоциированные с пандемией COVID-19 как социально-стрессовым фактором / А. Г. Головина // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2022. — № 1-2. — С. 14–18.
25. Гольденберг, М. А. Психические расстройства при острых инфекциях и интоксикациях и учение об экзогенных типах реакций. Харьков : Изд. Центр. психоневролог. ин-та, 1941. 256 с.
26. Дворкина, Н. Я. Инфекционные психозы : (Клинич. исследование) / Н. Я. Дворкина. — Москва : Медицина, 1975. — 183 с.
27. Деконенко, Е. П. Анализ клинических особенностей герпетического энцефалита / Е. П. Деконенко, Ю. П. Рудомётов, Л. В. Куприянова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2011. — Т. 111, № 3. — С. 18–24.
28. Жислин, С. Г. Об острых параноидах / С. Г. Жислин. — Москва, 1940. — С. 112.
29. Жислин, С. Г. Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении и течении некоторых форм психозов / С. Г. Жислин. — Москва, 1956. — С. 224.

30. Захарова, Н. В. Смысловая регуляция тревожных ожиданий в период пандемии covid-19: конспирологические тенденции / Н. В. Захарова, Т. И. Бонкало, Л. В. Бравве, А. М. Калаков, Т. С. Сюняков, Д. Ф. Ковальчук // Здравоохранение Российской Федерации. — 2020. — Т. 64. — № 6. — С. 329–335.

31. Шепелева, И. И. COVID-19: поражение нервной системы и психолого-психиатрические осложнения / И. И. Шепелева, А. А. Чернышева, Е. М. Кирьянова, Л. И. Сальникова, О. И. Гурина // Социальная и клиническая психиатрия. — 2020. — Т. 30. — № 4. — С. 76–82.

32. Ильина Н. А. Шизофренические реакции : (аспекты, типологии, предикции, клиники, терапии): автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук: Москва, 2006. — 31 с.

33. Каменева, Е. Н. Шизофрения : клиника и механизмы шизофренического бреда / Е. Н. Каменева. — Москва : [Б. и.], 1957. — 195 с.

34. Кандинский, В. Х. О псевдогаллюцинациях : критико-клинический этюд / В. Х. Кандинский. — Санкт-Петербург : Е. К. Кандинская, 1890. — 164 с.

35. Канторович, Н. В. Психогении / Н. В. Канторович. — Ташкент : Медицина, 1967. — 263 с.

36. Колпаков, Е. А. Психические расстройства в остром периоде COVID-19 : (эпидемиология, клиника, исследование основных этиопатогенетических факторов риска) : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: Москва, 2025 г. — 23 с.

37. Концевой, В. А. Транзисторные приступы при шизофрении : автореф. дис. канд. мед. наук: Москва, 1965. — 19 с.

38. Корсаков, С. С. К вопросу об «острых» формах умопомешательства / С. С. Корсаков. — Москва, 1891. — 12 с.

39. Котова, О. В. Ковид-19 и стресс-связанные расстройства / О. В. Котова, В. Э. Медведев, Е. С. Акарачкова, А. А. Беляев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. — 2021. — Т. 121. — № 5-2. — С. 122–128.

40. Краснушкин, Е. К. Шизофренный симптомокомплекс как экзо- и психогенный тип реакции / Е. К. Краснушкин // Современные проблемы шизофрении. — Москва, 1933. — С. 64–71.
41. Лившиц, С. М. Продромы шизофренического параноида: Материалы конференции : г. Донецк (21–22 мая 1964 г.). — Киев: Здоров'я. — 1964. — С. 62–63.
42. Лысаковский, И. В. К вопросу о реактивных психозах / И. В. Лысаковский // Труды Пермской психолечебницы. — 1931. — Т. 1. — 160 с.
43. Максутова, Э. Л. Клиника и лечение шизофрении, развившейся в связи с гриппом // В кн.: Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении / Под ред. проф. Д. Федотова. — Т. 7. — Москва, 1964. — С. 94–97.
44. Максутова, Э. Л. Психические расстройства в клинике острых вирусных нейроинфекций. Закономерности течения, терапия, профилактика : автореф. дис. д-ра мед. наук: Москва, 1988. — 36 с.
45. Малкин, П. Ф. Психические заболевания в связи с экстрацеребральными ранениями / П. Ф. Малкин // Невропатология и психиатрия. — 1945. — Т. XIV. — № 4. — С. 6–10.
46. Малкин, П. Ф. Психические заболевания с шизоформными картинами и шизофрения: Психические заболевания с шизоформными картинами и шизофрения : [Сборник статей] // Под ред. П. Малкина. — М-во здравоохранения СССР, 1964. — С. 6–22.
47. Коркина, М. В. О некоторых психиатрических и психологических аспектах СПИДа: [Обзор] / М. В. Коркина, Т. Ю. Марилова, В. В. Марилов [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 1989. — Т. 89. — № 10. — С. 137–145.
48. Мелехов, Д. Е. К вопросу о шизофреноподобных реакциях / Д. Е. Мелехов, В. Г. Чернорук // Сов. невропатол. психиатр, и психогиг. — 1933. — Т. 2. — № 6. — С. 118–135.
49. Молодецких, В. А. Клиническая динамика реактивного параноида : автореф. дис. канд. мед. наук: Москва, 1967. — 15 с.

50. Молохов, А. Н. О параноических и параноидных реакциях // В кн. 50 лет Психиатрической клиники им. С. С. Корсакова. — М., 1940. — С. 99.

51. Мосолов, С. Н. Особенности психофармакотерапии пациентов с коронавирусной инфекцией (COVID-19) / С. Н. Мосолов, Д. И. Малин, Э. Э. Цукарзи, Е. Г. Костюкова // Современная терапия психических расстройств. — 2020. — № 2. — С. 34–39. https://doi.org/10.21265/PSYPH.2020.18.69.001

52. Наджаров, Р. А. Актуальные проблемы клиники и течения шизофрении в связи с задачами ее классификации / Р. А. Наджаров // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов, 25–28 окт. 1988 г., Москва : Тезисы докладов : в 3-х томах / отв. ред. Г. В. Морозов. — 1988. — Т. 2 : Сосудистые заболевания нервной системы. Неврология и психиатрия детского и подросткового возраста. Шизофрения. — С. 355–357.

53. Наджаров, Р. А. Шизофрения : Клиника и патогенез / Р. А. Наджаров, Э. Я. Штернберг, А. В. Снежневский ; Под общ. ред. А. В. Снежневского. — Москва : Медицина, 1969. — 463 с.

54. Назимова, С. В. Особенности психопатологии и клиники приступообразной шизофрении, формирующейся в условиях воздействия экзогенных факторов : автореф. дис. канд. мед. наук : Москва, 2013. — С. 24.

55. Никифорова, И. Ю. Синдром острого истинного вербального галлюциноза при шизофрении (Клинико-психопатол. особенности и вопр. прогноза) : автореф. дис. канд. мед. наук : Москва, 1991. — 24 с.

56. Озерецковский, Д. С. Инфекции, психозы на их основе и шизофрения // Тр. 1-го Всероссийск. съезда невропатологов и психиатров в 2-х томах. 1963. Т. 1. М. — 558 с.

57. Орлова, М. А. Психозы, возникающие при сочетании шизофрении и расстройств шизофренического спектра со злоупотреблением алкоголем : автореф. дис. канд. мед. наук: Москва, 2012. — 24 с.

58. Осколкова, С. Н. Амбулаторные случаи психических нарушений в период коронавирусной пандемии COVID-19 / С. Н. Осколкова // Psychiatry (Moscow). — 2020. — Т. 18. — № 3. — С. 49–57.

59. Пападопулос, Т. Ф. Острые эндогенные психозы : (Психопатология и систематика) / Т. Ф. Пападопулос. — Москва : Медицина, 1975. — 192 с.

60. Пашковский, В. Э. Психиатрическая помощь больным COVID-19 в многопрофильном стационаре: организационные аспекты / В. Э. Пашковский, Н. Н. Петрова, М. С. Сивашова, Г. А. Прокопович // Здравоохранение Российской Федерации. — 2023. — Т. 67. — № 1. — С. 29–35.

61. Петрова, Н. Н. COVID-19 и манифестация психоза: клинические случаи / Н. Н. Петрова, В. М. Манюшина // Неврологический вестник. — 2021. — Т. LIII. — № 4. — С. 61–69.

62. Прокопович, Г. А. Опыт работы психиатрической и психотерапевтической служб инфекционного стационара в условиях пандемии COVID-19 / Г. А. Прокопович, Т. В. Владыкина, М. С. Сивашова, О. Н. Зуева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2021. — № 1. — С. 67–76.

63. Равкин, И. Г. Экзогенные психические расстройства / И. Г. Равкин // Журн. невропатол., психиатр. и психогигиены. — 1936. — № 5. — С. 1117–1128.

64. Равкин, И. Г. Психические нарушения при раневом сепсисе и травматическом истощении / И. Г. Равкин // Невропатология и психиатрия. — 1944. — Т. XIII. — № 3. — С. 30–35.

65. Романовский, В. А. Злоупотребление алкоголем у больных с приступообразно-прогредиентной формой шизофрении (на материале стационар. обследования) : автореф. дис. канд. мед. наук : Москва, 1994. — 24 с.

66. Ротштейн, Г. А. Ипохондрическая шизофрения / Г. А. Ротштейн. — Москва, 1961. — 138 с.

67. Рыбальский, М.И. Иллюзии и галлюцинации / М. И. Рыбальский. — Баку: Маариф, 1983. — 303 с.

68. Рязанова, В. С. Сифилитические эндартерииты мелких сосудов коры головного мозга : (Анатомо-клин. исслед.) : дис. канд. мед. наук: Москва, 1948. — 108 с.

69. Серейский, М. Я. К постановке вопроса об объеме и классификации шизофренических реакций // Труды психиатрической клиники 1-го Московского медицинского института, 1934. — Т. IV. — С. 98–105.

70. Случевский, И. Ф. Об интоксикационно-раневом психозе / И. Ф. Случевский, М. Н. Гайсина // Невропатология и психиатрия. — 1944. — Т. XIII. — № 3. — 36 с.

71. Сметанников, П. Г. Клиника аментивного синдрома и его патофизиологическая основа : (Клинико-экспериментальное исследование аментивной формы инфекционных психозов) : автореф. дис. канд. мед. наук: Ленинград, 1955. — 16 с.

72. Смирнов, В. К. Вопросы дифференциального диагноза шизофрении и острых инфекционных психозов : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: Ленинград, 1965. — 18 с.

73. Смулевич, А. Б. Психосоматические расстройства в клинической практике / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. В. Романов, Д. А. Бескова, Б. А. Волель, И. Ю. Дороженок, А. Н. Львов, С. В. Иванов. — 2-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2019. — 736 с.

74. Снежневский, А. В. Шизофрения. Клиника и патогенез / А. В. Снежневский. — Москва : Медицина, 1969. — 461 с.

75. Сухарева, Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста : Избр. главы / Г. Е. Сухарева. — М. : Медицина, 1974. — 320 с.

76. Морозов, С. П. Лучевая диагностика коронавирусной болезни (COVID-19): организация, методология, интерпретация результатов: методические рекомендации / С. П. Морозов, Д. Н. Проценко, С. В. Сметанина [и др.] ; под ред. А. В. Мищенко, Н. В. Нуднов. — Москва : ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ», 2021. — Т. 93. — (Серия «Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики»). — 80 с.

77. Татаренко, Н. П. Опыт анализа шизоидных реактивных психозов / Н. П. Татаренко // Сов. Психоневрол. — 1940. — Т. XVI. — № 3. — С. 100–107.

78. Тургиев, С. Б. Сифилитические галлюцинаторно-бредовые психозы / С. Б. Тургиев. — Орджоникидзе, 1962. — 155 с.

79. Фридман, Б. Д. К клинике прогрессивного паралича в сочетании с шизофренией // Под ред. В. Внукова. Труды психиатрической клиники. — 1937. Вып. 6 (IX), т. 1. — М.: Издание 1-го Московского медицинского института. — 221 с.

80. Хохлов, Л. К. Экзогенно-органическая психопатология: неврозоподобные состояния, острые, затяжные симптоматические психозы, психоорганические синдромы. Терапия когнитивных расстройств : монография / Л. К. Хохлов, А. Л. Хохлов. — Ярославль : Цифровая типография : Фотолайф, 2019. — 413 с.

81. Цыганков, Б. Д. Организация психиатрической помощи и психические нарушения у жителей стран, находящихся в условиях пандемии COVID-19 2020 г. (обзор литературы) / Б. Д. Цыганков, Г. Р. Иванова, Д. А. Шелег, В. И. Савенкова // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2020. — Т. 75. — № 4. — С. 331–339.

82. Шизофрения: клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации. — Москва, 2024. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/451_3 (дата обращения: 10.10.2025).

83. Шмилович, А. А. Психозы шизофренического спектра ассоциированные со стрессом : автореф. дис. д-ра мед. наук: Москва, 2013. — 51 с.

84. Addington, D. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics / D. Addington, J. Addington, E. Maticka-Tyndale // Schizophrenia Research. — 1994. — Vol. 11. — No 3. — P. 239–244. doi: 10.1016/0920-9964(94)90017-5.

85. Aadamsoo, K. Diagnostic Stability over 2 Years in Patients with Acute and Transient Psychotic Disorders / K. Aadamsoo, E. Saluveer, H. Küünarpuu, V. Vasar, E. Maron // Nord J Psychiatry. — 2011. — Vol. 65. — No 6. — P. 381–388.

86. Alba, L. New-Onset Psychosis: A Case Report of Brief Psychosis Related to COVID-19 Infection / L. Alba, C. Coll, S. Sáez, L. Alonso, H. Pérez, S. Palma, V. Vallés, S. Ortiz // Psychiatry Res. — 2021. — Vol. 301. — P. 113975.

87. Al-Busaidi, S. COVID-19 Induced New-Onset Psychosis: A Case Report from Oman / S. Al-Busaidi, S. Al Huseini, R. Al-Shehhi, A. A. Zishan, M. Moghadas, S. Al-Adawi // Oman Med J. — 2021. — Vol. 36. — No 5. — P. e303.

88. Agranovsky, M. L. Psychopathological Structure of Schizophrenia Attacks Formed Under Conditions of Exogenous Exposure / M. L. Agranovsky, D. M. Soliev, A. A. Mirzaev, R. K. Muminov // Экономика и социум. — 2022. — № 6-2 (97). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psychopathological-structure-of-schizophrenia-attacks-formed-under-conditions-of-exogenous-exposure (дата обращения: 01.11.2023).

89. Alimohamadi, Y. Hospital Length of Stay for COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis / Y. Alimohamadi, E. Mansouri Yekta, M. Sepandi, M. Sharafoddin, M. Arshadi, E. Hesari // Multidiscip Respir Med. — 2022. — Vol. 17. — No 1. — P. 856.

90. Allers, R. Uber Psychogene Störungen in Sprachfremder Umgebung / R. Allers // Z Ges Neurol Psychiat. — 1920. — Vol. 60. — P. 281–289.

91. Alterman, A. I. Diagnostic Validation of Conjoint Schizophrenia and Alcoholism / A. I. Alterman, F. R. Ayre, W. O. Williford // J Clin Psychiatry. — 1984. — Vol. 45. — No 7. — P. 300–303.

92. Amdal, C. D. Health-Related Quality of Life Issues, Including Symptoms, in Patients with Active COVID-19 or Post COVID-19; a Systematic Literature Review / C. D. Amdal, M. Pe, R. S. Falk, C. Piccinin, A. Bottomley, J. I. Arraras, A. S. Darlington [et al.] // Qual Life Res. — 2021. — Vol. 30. — No 12. — P. 3367–3381.

93. Andrade, G. Recomendações sobre o Uso de Psicotrópicos durante a Pandemia de COVID-19 / G. Andrade, F. S. do Couto, L. Câmara-Pestana // Acta Med Port. — 2020. — Vol. 33. — No 10. — P. 693–702.

94. Atris, A. COVID-19 Infection Associated with Psychosis in Hemodialysis Patient / A. Atris, I. Al Salmi, S. Hannawi // Oman Med J. — 2021. — Vol. 36. — No 5. — P. e312.

95. Austgen, G. The Use of Electroconvulsive Therapy in Neuropsychiatric Complications of Coronavirus Disease 2019: A Systematic Literature Review and

Case Report / G. Austgen, M. S. Meyers, M. Gordon, R. Livingston // J Acad Consult Liaison Psychiatry. — 2022. — Vol. 63. — No 1. — P. 86–93.

96. Baig, A. M. Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host-Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms / A. M. Baig, A. Khaleeq, U. Ali, H. Syeda // ACS Chem Neurosci. — 2020. — Vol. 11. — No 7. — P. 995–998.
97. Bakre, S. COVID-19 Induced Brief Psychotic Disorder: A Case Report and Review of Literature / S. Bakre, K. Chugh, O. Oke, A. Kablinger // Case Rep Psychiatry. — 2022. — Vol. 2022. — P. 9405630.
98. Bashir, Z. Acute SARS-CoV-2-Induced Psychosis in an Adolescent / Z. Bashir, I. M. Butt, M. K. Vemuri, T. Geberhiwot // Pediatrics. — 2022. — Vol. 150. — No 3. doi: 10.1542/peds.2021-056004.
99. Batki, S. L. Negative Symptoms Are Associated with Less Alcohol Use, Craving, and ‘High’ in Alcohol Dependent Patients with Schizophrenia / S. L. Batki, L. Leontieva, J. A. Dimmock, R. Ploutz-Snyder // Schizophr Res. — 2008. — Vol. 105. — No 1-3. — P. 201–207.
100. Beiser, M. Refining the Diagnosis of Schizophreniform Disorder / M. Beiser, J. A. Fleming, W. G. Iacono, T. Y. Lin // Am J Psychiatry. — 1988. — Vol. 145. — No 6. — P. 695–700.
101. Bell, L. On a Form of Disease Resembling Some Advanced Stage of Mania and Fever / L. Bell // Am J Insanity. — 1849. — Vol. 6. — P. 97–127.
102. Benazzi, F. Family History of DSM-III-R Schizophreniform Disorder with Good Prognostic Features / F. Benazzi // Can J Psychiatry. — 1998. — Vol. 43. — No 5. — P. 525–526.
103. Benjamin, A. Stress-Related Emotional and Behavioural Impact Following the First COVID-19 Outbreak Peak / A. Benjamin, Y. Kuperman, N. Eren, R. Rotkopf, M. Amitai, H. Rossman, S. Shilo [et al.] // Mol Psychiatry. — 2021. — Vol. 26. — No 11. — P. 6149–6158.
104. Bilbul, M. Psychopharmacology of COVID-19 / M. Bilbul, P. Paparone, A. M. Kim, S. Mutalik, C. L. Ernst // Psychosomatics. — 2020. — Vol. 61. — No 5. — P. 411–427.

105. Binswanger, O. Die Klinische Stellung Der Degenerationspsychosen, Zugleich Ein Versuch Ihrer Gliederung / O. Binswanger // Arch Psychiatr Nervenkr. — 1928. — Vol. 83. — P. 299–375.

106. Bonati, M. Psychological Impact of the Quarantine during the COVID-19 Pandemic on the General European Adult Population: A Systematic Review of the Evidence / M. Bonati, R. Campi, G. Segre // Epidemiol Psychiatr Sci. — 2022. — Vol. 31. — P. e27.

107. Bonhoeffer, K. Die exogenen Reaktionstypen / K. Bonhoeffer // Archiv für Psychiatrie der Nervenkrankheiten. — 1917. — Vol. 58. — P. 58–70.

108. Bonhoeffer, K. Klinische Beiträge Zur Lehre von Der Degenerationspsychose / K. Bonhoeffer. — Halle: Marhold, 1907.

109. Bonhoeffer, K. Zur Frage Der Klassifikation Der Symptomatischen Psychosen / K. Bonhoeffer // Berl Klin Wochenschr. — 1908. — Vol. 45. — P. 2257–2260.

110. Borrego-Ruiz, A. Involvement of virus infections and antiviral agents in schizophrenia / A. Borrego-Ruiz, J. J. Borrego // Psychol Med. — 2025. — Vol. 55. doi: 10.1017/S0033291725000467.

111. Bravve, L. COVID-19-associated schizophrenia-like psychosis during the covid-19 pandemic / L. Bravve, N. Zakharova // European Psychiatry. — 2023. — Vol. 66. — No S1. — P. S798.

112. Bravve, L. Acute schizophrenia-like psychotic disorder against the background of COVID-19 / L. Bravve, M. Kaydan, G. Kostyuk // Medicina. — 2025. — Vol. 61. — No 2. — P. 298.

113. Brooks, S. K. The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence / S. K. Brooks, R. K. Webster, L. E. Smith, L. Woodland, S. Wessely, N. Greenberg, G. J. Rubin // Lancet. — 2020. — Vol. 395. — No 10227. — P. 912–920.

114. Brown, A. S. The Environment and Susceptibility to Schizophrenia / A. S. Brown // Prog Neurobiol. — 2011. — Vol. 93. — No 1. — P. 23–58.

115. Brown, E. The Potential Impact of COVID-19 on Psychosis: A Rapid Review of Contemporary Epidemic and Pandemic Research / E. Brown, R. Gray,

S. Lo Monaco, B. O'Donoghue, B. Nelson, A. Thompson, S. Francey, P. McGorry // Schizophr Res. — 2020. — Vol. 222. — P. 79–87.

116. Caan, M. P. A Case of Catatonia in a Man With COVID-19 / M. P. Caan, C. T. Lim, M. Howard // Psychosomatics. — 2020. — Vol. 61. — No 5. — P. 556–560.
117. Cai, X. Psychological Distress and Its Correlates Among COVID-19 Survivors During Early Convalescence Across Age Groups / X. Cai, X. Hu, I. O. Ekumi, J. Wang, Y. An, Z. Li, B. Yuan // Am J Geriatr Psychiatry. — 2020. — Vol. 28. — No 10. — P. 1030–1039.
118. Castagnini, A. Incidence and Diagnostic Stability of ICD-10 Acute and Transient Psychotic Disorders / A. Castagnini, A. Bertelsen, G. E. Berrios // Compr Psychiatry. — 2008. — Vol. 49. — No 3. — P. 255–261.
119. Castagnini, A. The Relationship of Reactive Psychosis and ICD-10 Acute and Transient Psychotic Disorders: Evidence from a Case Register-Based Comparison / A. Castagnini, A. Bertelsen, P. Munk-Jørgensen, G. E. Berrios // Psychopathology. — 2007. — Vol. 40. — No 1. — P. 47–53.
120. Castagnini, A. Epidemiology, Course and Outcome of Acute Polymorphic Psychotic Disorder: Implications for ICD-11 / A. Castagnini, L. Foldager // Psychopathology. — 2014. — Vol. 47. — No 3. — P. 202–206.
121. Chacko, M. COVID-19-Induced Psychosis and Suicidal Behavior: Case Report / M. Chacko, A. Job, F. Caston, P. George, A. Yacoub, R. Cáceda // SN Compr Clin Med. — 2020. — Vol. 2. — No 11. — P. 2391–2395.
122. Chakraborty, R. Impact of Substance Use Disorder on Presentation and Short-Term Course of Schizophrenia / R. Chakraborty, A. Chatterjee, S. Chaudhury // Psychiatry J. — 2014. — Vol. 2014. — P. 280243.
123. Chang, H. Increased Risk of Chronic Fatigue Syndrome Following Infection: A 17-Year Population-Based Cohort Study / H. Chang, C.-F. Kuo, T.-S. Yu, L.-Y. Ke, C.-L. Hung, S.-Y. Tsai // J Transl Med. — 2023. — Vol. 21. — No 1. — P. 804.

124. Chatterjee, S. S. Interactions of Recommended COVID-19 Drugs with Commonly Used Psychotropics / S. S. Chatterjee, B. C. Malathesh, S. Das, O. P. Singh // Asian J Psychiatry. — 2020. — Vol. 52. — P. 102173.

125. Chaudhary, A. M. D. Psychosis during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Case Reports and Case Series / A. M. D. Chaudhary, N. B. Musavi, S. Saboor, S. Javed, S. Khan, S. Naveed // J Psychiatr Res. — 2022. — Vol. 153. — P. 37–55.

126. Cheslack-Postava, K. Prenatal Infection and Schizophrenia: A Decade of Further Progress / K. Cheslack-Postava, A. S. Brown // Schizophr Res. — 2022. — Vol. 247. — P. 7–15.

127. Chippa, V. Postacute Coronavirus (COVID-19) Syndrome / V. Chippa, A. Aleem, F. Anjum // In: StatPearls. — StatPearls Publishing, 2024.

128. Conrad, K. Die symptomatischen Psychosen / K. Conrad. — Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer, 1960. — Vol. Bd. II. — P. 369.

129. Corman, V. M. Coronaviren als Ursache respiratorischer Infektionen / V. M. Corman, J. Lienau, M. Witzenrath // Internist (Berl). — 2019. — Vol. 60. — No 11. — P. 1136–1145.

130. Coryell, W. DSM-III Schizophreniform Disorder. Comparisons with Schizophrenia and Affective Disorder / W. Coryell, M. T. Tsuang // Arch Gen Psychiatry. — 1982. — Vol. 39. — No 1. — P. 66–69.

131. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global Prevalence and Burden of Depressive and Anxiety Disorders in 204 Countries and Territories in 2020 due to the COVID-19 Pandemic // Lancet. — 2021. — Vol. 398. — No 10312. — P. 1700–1712.

132. Cowman, M. Cognitive Predictors of Social and Occupational Functioning in Early Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional and Longitudinal Data / M. Cowman, L. Holleran, E. Lonergan, K. O'Connor, M. Birchwood, G. Donohoe // Schizophr Bull. — 2021. — Vol. 47. — No 5. — P. 1243–1253.

133. Dadras, O. The relationship between COVID-19 viral load and disease severity: A systematic review / Dadras, O., Afsahi, A. M., Pashaei, Z., Mojdeganlou, H.,

Karimi, A., Habibi, P., Barzegary, A., Fakhfouri, A., Mirzapour, P., Janfaza, N., Dehghani, S., Afroughi, F., Dashti, M., Khodaei, S., Mehraeen, E., Voltarelli, F., Sabatier, J. M., SeyedAlinaghi, S. // Immunity, inflammation and disease. — 2022. — Vol. 10. — No 3. doi: 10.1002/iid3.580

134. D'Agostino, A. Brief Psychotic Disorder during the National Lockdown in Italy: An Emerging Clinical Phenomenon of the COVID-19 Pandemic / A. D'Agostino, S. D'Angelo, B. Giordano, A. C. Cigognini, M. L. Chirico, C. Redaelli, O. Gambini // Schizophr Bull. — 2021. — Vol. 47. — No 1. — P. 15–22.
135. Daly, M. Depression and Anxiety during COVID-19 / M. Daly, E. Robinson // Lancet. — 2022. — Vol. 399. — No 10324. — P. 518.
136. Damiani, S. Developing and Validating an Individualized Clinical Prediction Model to Forecast Psychotic Recurrence in Acute and Transient Psychotic Disorders: Electronic Health Record Cohort Study / S. Damiani, G. Rutigliano, T. Fazia, S. Merlino, C. Berzuini, L. Bernardinelli, P. Politi, P. Fusar-Poli // Schizophr Bull. — 2021. — Vol. 47. — No 6. — P. 1695–1705.
137. DeLisi, L. E. The Timing of Brain Morphological Changes in Schizophrenia and Their Relationship to Clinical Outcome / L. E. DeLisi, P. Stritzke, H. Riordan, V. Holan, A. Boccio, M. Kushner, J. McClelland, O. Van Eyl, A. Anand // Biol Psychiatry. — 1992. — Vol. 31. — No 3. — P. 241–254.
138. Deocleciano de Araujo, C. Life-Threatening Catatonia Associated With Coronavirus Disease 2019 / C. Deocleciano de Araujo, L. X. C. Schlittler, R. M. Sguario, D. M. Tsukumo, P. Dalgalarrondo, C. E. M. Banzato // J Acad Consult Liaison Psychiatry. — 2021. — Vol. 62. — No 2. — P. 256–257.
139. Desforges, M. Human Coronaviruses and Other Respiratory Viruses: Underestimated Opportunistic Pathogens of the Central Nervous System? / M. Desforges, A. Le Coupanec, P. Dubeau, A. Bourgouin, L. Lajoie, M. Dubé, P. J. Talbot // Viruses. — 2019. — Vol. 12. — No 1. doi: 10.3390/v12010014.
140. DeVylder, J. E. Symptom Trajectories and Psychosis Onset in a Clinical High-Risk Cohort: The Relevance of Subthreshold Thought Disorder / J. E. DeVylder, F. M. Muchomba, K. E. Gill, S. Ben-David, D. J. Walder, D. Malaspina,

C. M. Corcoran // Schizophr Res. — 2014. — Vol. 159. — No 2-3. — P. 278–283.

141. Dutta, B. K. COVID-19-Associated Psychosis in Indian Settings: A Retrospective Descriptive Study / B. K. Dutta, R. N. Mani, S. Sharma, V. V. Singh, T. Aggarwal, H. Chandra, S. Ratna, S. Sharma, A. K. Gupta // Ind Psychiatry J. — 2021. — Vol. 30. — Suppl 1. — P. S25–S28.
142. Edlow, A. G. Neurodevelopmental Outcomes at 1 Year in Infants of Mothers Who Tested Positive for SARS-CoV-2 During Pregnancy / A. G. Edlow, M. C. Victor, L. L. Castro, A. G. Kaimal, R. H. Perlis // JAMA Network Open. — 2022. — Vol. 5. — No 6. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.15787
143. Ellini, S. COVID-19 Induced Psychosis: A Case Report / S. Ellini, I. Ben Romdhane, D. Bougacha, A. Abassi, M. Cheour, R. Damak // Psychiatry Res. — 2023. — Vol. 320. doi: 10.1016/j.psychres.2022.115009.
144. Esposito, C. M. Impact of the First Covid-19 Pandemic Wave on First Episode Psychosis in Milan, Italy / C. M. Esposito, A. D'Agostino, B. Dell'Osso, A. Fiorentini, C. Prunas, A. Callari, L. Oldani [et al.] // Psychiatry Res. — 2021. — Vol. 298. — P. 113802. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113802.
145. Esquirol, E. Mental Maladies; a Treatise on Insanity / E. Esquirol. — Lea and Blanchard, 1845. — 526 c.
146. Ewald, G. Psychosen bei akuten Infektionen, bei Allgemeinleiden und bei Erkrankung innerer Organe / G. Ewald // Handbuch der Geisteskrankheiten. — Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 1939. — P. 205–247.
147. Ey, H. Manuel de Psychiatrie / H. Ey, P. Bernard, C. Brisset. — Masson, 1960.
148. Faisal, H. K. P. Brief Psychotic Disorder in COVID-19 Patient with No History of Mental Illness / H. K. P. Faisal, F. F. Taufik, T. T. G. Sugihen, Prasenohadi, T. Juliani, F. Yunus // J Infect Dev Ctries. — 2021. — Vol. 15. — No 6. — P. 787–790.
149. Feng, G. COVID-19 and Liver Dysfunction: Current Insights and Emergent Therapeutic Strategies / G. Feng, K. I. Zheng, Q.-Q. Yan, R. S. Rios, G. Targher,

C. D. Byrne, S. Van Poucke, W.-Y. Liu, M.-H. Zheng // J Clin Transl Hepatol. — 2020. — Vol. 8. — No 1. — P. 18–24.

150. Ferrando, S. J. COVID-19 Psychosis: A Potential New Neuropsychiatric Condition Triggered by Novel Coronavirus Infection and the Inflammatory Response? / S. J. Ferrando, L. Klepacz, S. Lynch, M. Tavakkoli, R. Dornbush, R. Baharani, Y. Smolin, A. Bartell // Psychosomatics. — 2020. — Vol. 61. — No 5. — P. 551–555.
151. Feyaerts, J. Uncovering the Realities of Delusional Experience in Schizophrenia: A Qualitative Phenomenological Study in Belgium / J. Feyaerts, W. Kusters, Z. Van Duppen, S. Vanheule, I. Myin-Germeys, L. Sass // Lancet Psychiatry. — 2021. — Vol. 8. — No 9. — P. 784–796.
152. Finatti, F. Psychosis in Patients in COVID-19-Related Quarantine: A Case Series / F. Finatti, G. Pigato, C. Pavan, T. Toffanin, A. Favaro // Prim Care Companion CNS Disord. — 2020. — Vol. 22. — No 3. doi: 10.4088/PCC.20l02640
153. Fleischhaker, C. Long-Term Course of Adolescent Schizophrenia / C. Fleischhaker, E. Schulz, K. Tepper, M. Martin, K. Hennighausen, H. Remschmidt // Schizophr Bull. — 2005. — Vol. 31. — No 3. — P. 769–780.
154. Fogelson, D. L. A Study of DSM-III Schizophreniform Disorder / D. L. Fogelson, B. M. Cohen, H. G. Pope // Am J Psychiatry. — 1982. — Vol. 139. — No 10. — P. 1281–1285.
155. Fusar-Poli, P. Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-Analysis / P. Fusar-Poli, M. Cappucciati, G. Rutigliano, M. Heslin, D. Stahl, Z. Brittenden, E. Caverzasi, P. McGuire, W. T. Carpenter // Schizophr Bull. — 2016. — Vol. 42. — No 6. — P. 1395–1406.
156. Gaebel, W. Status of Psychotic Disorders in ICD-11 / W. Gaebel // Schizophr Bull. — 2012. — Vol. 38. — No 5. — P. 895–898.
157. Ganser, S. Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand / S. Ganser // Arch Psychiatr Nervenkr. — 1898. — Vol. 30. — No 2. — P. 633–640.

158. Gao, X. COVID-19-Induced New-Onset Psychosis: A Case Report / X. Gao, N. Grysman, M. Marcu // Psychiatry Res Case Rep. — 2022. — Vol. 1. — No 2. doi: 10.5001/omj.2022.25.

159. Garrabé, J. Acute and Transient Psychotic Disorders / J. Garrabé, F.-R. Cousin // New Oxford Textbook of Psychiatry. — Oxford University Press, 2012. — P. 603–608.

160. Gatti, M. Clinically Significant Drug Interactions Between Psychotropic Agents and Repurposed COVID-19 Therapies / M. Gatti, F. De Ponti, F. Pea // CNS Drugs. — 2021. — Vol. 35. — No 4. — P. 345–384.

161. Gautret, P. RETRACTED: Hydroxychloroquine and Azithromycin as a Treatment of COVID-19: Results of an Open-Label Non-Randomized Clinical Trial / P. Gautret, J.-C. Lagier, P. Parola, V. T. Hoang, L. Meddeb, M. Mailhe, B. Doudier [et al.] // Int J Antimicrob Agents. — 2020. — Vol. 56. — No 1. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949.

162. Gluska, H. The Use of Personal Protective Equipment as an Independent Factor for Developing Depressive and Post-Traumatic Stress Symptoms in the Postpartum Period / H. Gluska, Y. Mayer, N. Shiffman, R. Daher, L. Elyasyan, N. Elia, M. S. Weiner [et al.] // Eur Psychiatry. — 2021. — Vol. 64. — No 1. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.29.

163. Griesinger, W. Mental Pathology and Therapeutics / W. Griesinger. — 2nd ed. — The New Sydenham Society, 1867. — 386 c.

164. Gross, G. Schizophrenie Und Zyklothymie / G. Gross. — Stuttgart, 1969. — 204 p.

165. Gutsch, A. Über Seelenstörungen in Einzelhaft / A. Gutsch // Allg Z Psychiatr. — 1862. — Vol. 19. — P. 1.

166. Haddad, P. M. Brief Psychotic Disorder Associated with Quarantine and Mild COVID-19 / P. M. Haddad, M. A. Al Abdulla, J. Latoo, Y. Iqbal // BMJ Case Rep. — 2020. — Vol. 13. — No 12. doi: 10.1136/bcr-2020-240088.

167. Hampton, T. The Negative Impact of Wearing Personal Protective Equipment on Communication during Coronavirus Disease 2019 / T. Hampton, R. Crunkhorn,

N. Lowe, J. Bhat, E. Hogg, W. Afifi, S. De [et al.] // J Laryngol Otol. — 2020. — Vol. 134. — No 7. — P. 577–581.

168. Harrow, M. Depression in Schizophrenia: Are Neuroleptics, Akinesia, or Anhedonia Involved? / M. Harrow, C. A. Yonan, J. R. Sands, J. Marengo // Schizophr Bull. — 1994. — Vol. 20. — No 2. — P. 327–338.
169. Haslam, J. Observations on Madness and Melancholy / J. Haslam. — J. Callow, 1809. — 172 c.
170. Havdahl, A. Associations Between Pregnancy-Related Predisposing Factors for Offspring Neurodevelopmental Conditions and Parental Genetic Liability to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Autism, and Schizophrenia: The Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study (MoBa) / A. Havdahl, R. E. Wootton, B. Leppert, L. Riglin, H. Ask, M. Tesli, R. B. Askeland [et al.] // JAMA Psychiatry. — 2022. — Vol. 79. — No 8. — P. 799–810.
171. Huarcaya-Victoria, J. Psychotic Symptoms in COVID-19 Infection: A Case Series from Lima, Peru / J. Huarcaya-Victoria, A. Meneses-Saco, M. A. Luna-Cuadros // Psychiatry Res. — 2020. — Vol. 293. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113378.
172. Idehen, J. B. On Patterns of Neuropsychiatric Symptoms in Patients With COVID-19: A Systematic Review of Case Reports / J. B. Idehen, U. Kazi, J. A. Quainoo-Acquah, B. Sperry, I. Zaman, A. Goodarzi, S. Chida [et al.] // Cureus. — 2022. — Vol. 14. — No 5. doi: 10.7759/cureus.25004.
173. Ignatova, D. Post-COVID-19 Psychosis: Cotard's Syndrome and Potentially High Risk of Harm and Self-Harm in a First-Onset Acute and Transient Psychotic Disorder after Resolution of COVID-19 Pneumonia / D. Ignatova, K. Krasteva, K. Akabalieva, S. Alexiev // Early Interv Psychiatry. — 2022. — Vol. 16. — No 10. — P. 1159–1162.
174. Iqbal, Y. Psychiatric Presentation of Patients with Acute SARS-CoV-2 Infection: A Retrospective Review of 50 Consecutive Patients Seen by a Consultation-Liaison Psychiatry Team / Y. Iqbal, M. A. Al Abdulla, S. Albrahim, J. Latoo, R. Kumar, P. M. Haddad // BJPsych Open. — 2020. — Vol. 6, No 5. — P. e109.

175. Jäger, M. Course and Outcome of First-Admitted Patients with Acute and Transient Psychotic Disorders (ICD-10:F23). Focus on Relapses and Social Adjustment / M. Jäger, M. Hintermayr, R. Bottlender, A. Strauss, H.-J. Möller // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. — 2003. — Vol. 253. — No 4. — P. 209–215.

176. Jansen van Vuren, E. The Neuropsychiatric Manifestations of COVID-19: Interactions with Psychiatric Illness and Pharmacological Treatment / E. Jansen van Vuren, S. F. Steyn, C. B. Brink, M. Möller, F. P. Viljoen, B. H. Harvey // Biomed Pharmacother. — 2021. — Vol. 135. doi: 10.1016/j.biopha.2020.111200.

177. Jarius, S. Cerebrospinal Fluid Findings in COVID-19: A Multicenter Study of 150 Lumbar Punctures in 127 Patients / S. Jarius, F. Pache, P. Körtvelyessy, I. Jelčić, M. Stettner, D. Franciotta, E. Keller [et al.] // J Neuroinflammation. — 2022. — Vol. 19. — No 1. doi: 10.1186/s12974-021-02339-0.

178. Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie / K. Jaspers. — J. Springer, 1913.

179. Javelot, H. Informations relatives aux psychotropes et à leurs adaptations éventuelles pour les patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2 / H. Javelot, P.-M. Llorca, D. Drapier, E. Fakra, C. Hingray, G. Meyer, S. Dizet [et al.] // Encephale. — 2020. — Vol. 46. — No 3S. — P. S14–S34.

180. Jaworowski, S. Three Cases of COVID-19-Related First Onset Brief Reactive Psychosis / S. Jaworowski, M. Weiser, C. Gropp, M. Malka // Isr Med Assoc J. — 2020. — Vol. 22. — No 10. — P. 612.

181. Jeczmien, P. Post-Psychotic Depression in Schizophrenia / P. Jeczmien, Y. Levkovitz, A. Weizman, Z. Carmel // Isr Med Assoc J. — 2001. — Vol. 3. — No 8. — P. 589–592.

182. Jesus, S. The Fall of Icarus: Post-Psychotic Depression - Apropros a Clinical Case / S. Jesus, A. R. Costa, G. Simões, M. Almeida, A. Tarelho, P. Garrido // Eur Psychiatry. — 2023. — Vol. 66. — No S1. — P. S843–S844.

183. Jony, M. R. Drug-Drug Interactions between COVID-19 and Tuberculosis Medications: A Comprehensive Review of CYP450 and Transporter-Mediated

Effects / M. R. Jony, S. Ahn // Pharmaceuticals (Basel). — 2024. — Vol. 17. — No 8. — P. 1035.

184. Kahn, E. Zur Frage Des Schizophrenen Reaktionstypus / E. Kahn // Z Ges Neurol Psychiatr. — 1921. — Vol. 66. — P. 273–282.

185. Kaplan, G. Impact of Long-Acting Injectable Antipsychotics on Medication Adherence and Clinical, Functional, and Economic Outcomes of Schizophrenia / G. Kaplan, J. Casoy, J. Zummo // Patient Prefer Adherence. — 2013. — Vol. 7. — P. 1171–1180.

186. Kasanin, J. The Acute Schizoaffective Psychoses / J. Kasanin // Am J Psychiatry. — 1933. — Vol. 151. — No 6. — P. 144–154.

187. Kaur, M. A Curious Case of COVID-19: A Novel Cause of Psychosis / M. Kaur, B. Farooq, A. Nagarajah, A. Kotak // Australas Psychiatry. — 2022. — Vol. 30. — No 3. — P. 410–411.

188. Kay, S. R. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // Schizophr Bull. — 1987. — Vol. 13. — No 2. — P. 261–276.

189. Kazi, S. E. Acute Psychosis and COVID-19 Infection: Psychiatric Symptoms in Hospitalized Patients / S. E. Kazi, S. Akhter, D. Periasamy, F. Faruki, R. Tahir // Cureus. — 2021. — Vol. 13. — No 9. doi: 10.7759/cureus.18121.

190. Kendler, K. S. A DSM-III Family Study of the Nonschizophrenic Psychotic Disorders / K. S. Kendler, A. M. Gruenberg, M. T. Tsuang // Am J Psychiatry. — 1986. — Vol. 143. — No 9. — P. 1098–1105.

191. Kim, H.-C. Psychiatric Findings in Suspected and Confirmed Middle East Respiratory Syndrome Patients Quarantined in Hospital: A Retrospective Chart Analysis / H.-C. Kim, S.-Y. Yoo, B.-H. Lee, S. H. Lee, H.-S. Shin // Psychiatry Investig. — 2018. — Vol. 15. — No 4. — P. 355–360.

192. Kleist, K. Autochtone Degenerationspsychosen / K. Kleist // Ges Neurol Psychiatr. — 1921. — Vol. 69. — P. 1–11.

193. Koutsilieri, E. Psychiatric Complications in Human Immunodeficiency Virus Infection / E. Koutsilieri, C. Scheller, S. Sopper, V. ter Meulen, P. Riederer // J Neurovirol. — 2002. — Vol. 8. — Suppl 2. — P. 129–133.

194. Kozato, N. New-Onset Psychosis due to COVID-19 / N. Kozato, M. Mishra, M. Firdosi // BMJ Case Rep. — 2021. — Vol. 14. — No 4. doi: 10.1136/bcr-2021-242538.

195. Kraepelin, E. Psychiatrie—Ein Lehrbuch Für Studierende Und Aerzte / E. Kraepelin. — Barth, 1913. — 498 p.

196. Kulaga, S. S. Viral Respiratory Infections and Psychosis: A Review of the Literature and the Implications of COVID-19 / S. S. Kulaga, C. W. T. Miller // Neurosci Biobehav Rev. — 2021. — Vol. 127. — P. 520–530.

197. Langfeldt, G. The Schizophreniform States / G. Langfeldt. — E. Munksgaard, 1939. — 134 c.

198. Langfeldt, G. Defining ‘Schizophreniform Psychoses’ / G. Langfeldt // Am J Psychiatry. — 1978. — Vol. 135. — No 7. — 868 p.

199. Lanier, C. G. An Unusual Case of COVID-19 Presenting as Acute Psychosis / C. G. Lanier, S. A. Lewis, P. D. Patel, A. M. Ahmed, P. O. Lewis // J Pharm Pract. — 2022. — Vol. 35. — No 3. — P. 488–491.

200. Lazzari, C. Case Reports of First Psychiatric Presentations during CoViD-19 Pandemic / C. Lazzari, A. Nusair, A. Shoka, S. M. Hein, M. Rabottini // Riv Psichiatr. — 2020. — Vol. 55. — No 5. — P. 319–321.

201. Lee, D. T. S. Factors Associated with Psychosis among Patients with Severe Acute Respiratory Syndrome: A Case-Control Study / D. T. S. Lee, Y. K. Wing, H. C. M. Leung, J. J. Y. Sung, Y. K. Ng, G. C. Y. Yiu, R. Y. L. Chen, H. F. K. Chiu // Clin Infect Dis. — 2004. — Vol. 39. — No 8. — P. 1247–1249.

202. Leonhard, K. Atypische Endogene Psychosen Im Lichte Der Familienforschung / K. Leonhard // Z Ges Neurol Psychiatr. — 1934. — Vol. 149. — P. 520–562.

203. Leonhard, K. Gegen Die Auffassung Einer Einheit Schizophrenie / K. Leonhard. — 1975. — Vol. 27. — P. 65–79.

204. Leucht, S. What Does the PANSS Mean? / S. Leucht, J. M. Kane, W. Kissling, J. Hamann, E. Etschel, R. R. Engel // Schizophr Res. — 2005. — Vol. 79. — No 2-3. — P. 231–238.

205. Liakina, V. Effects of COVID-19 on the Liver: The Experience of a Single Center / V. Liakina, I. Stundiene, G. Milaknyte, R. Bytautiene, R. Reivytyte, R. Puronaite, G. Urbanoviciute, E. Kazenaite // World J Gastroenterol. — 2022. — Vol. 28. — No 39. — P. 5735–5749.

206. Lim, S. T. Persistent Psychotic Symptoms Following COVID-19 Infection / S. T. Lim, B. Janaway, H. Costello, A. Trip, G. Price // BJPsych Open. — 2020. — Vol. 6. — No 5. doi: 10.1192/bjo.2020.76.

207. Liu, H. Daily Routine Disruptions and Psychiatric Symptoms amid COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis of Data from 0.9 Million Individuals in 32 Countries / H. Liu, T. J. Y. Tao, S. K. Y. Chan, J. C. H. Ma, A. Y. T. Lau, E. T. F. Yeung, S. E. Hobfoll, W. K. Hou // BMC Med. — 2024. — Vol. 22. — No 1. doi: 10.1186/s12916-024-03253-x.

208. Long, B. Clinical Update on COVID-19 for the Emergency Clinician: Presentation and Evaluation / B. Long, B. M. Carius, S. Chavez, S. Y. Liang, W. J. Brady, A. Koyfman, M. Gottlieb // Am J Emerg Med. — 2022. — Vol. 54. — P. 46–57.

209. Lovi, N. K. Coronavirus Disease 2019 Presenting as Psychosis: A Case Report / N. K. Lovi, S. K. Kekrebesi, M. Osei, E. Yeboah // J Med Case Rep. — 2022. — Vol. 16. — No 1. — P. 171.

210. Maglia, M. A Clinical Psychological View about Delusional Characterizations in Subjects with Schizophrenia Spectrum Disorder during the COVID-19 Period / M. Maglia, M. S. Signorelli, A. Petralia, I. Verduzzo, C. Concerto, A. Rodolico, J. Di Piazza, P. Caponnetto // J Clin Med Res. — 2023. — Vol. 12. — No 7. doi: 10.3390/jcm12072698.

211. Magnan, V. Lecons Cliniques Sur Les Maladies Mentales / V. Magnan. — Bureaux du progrès médical, 1893. — 435 p.

212. Maiorano, A. COVID-19 et psychiatrie : ouverture urgente d'une unité de cohorte à l'hôpital psychiatrique de Genève / A. Maiorano, S. Kaiser, L. Vigna, O. Dorsaz // Rev Med Suisse. — 2020. — Vol. 16. — No 707. — P. 1733–1736.

213. Maiti, T. COVID-19-Induced Psychosis: New Challenges for Early Career Psychiatrists / T. Maiti, L. Essam, L. Orsolini, R. Ramalho, S. El Halabi, V.-S. Nguyen, A. Gürcan [et al.] // I.P. Pavlov Russ. Med. Biol. Herald. — 2021. — Vol. 29. — No 2. — P. 325–331.

214. Majadas, S. Case with Psychotic Disorder as a Clinical Presentation of COVID-19 / S. Majadas, J. Pérez, N. M. Casado-Espada, A. Zambrana, A. Bullón, C. Roncero // Psychiatry Clin Neurosci. — 2020. — Vol. 74. — No 10. — P. 551–552.

215. Manchia, M. The Impact of the Prolonged COVID-19 Pandemic on Stress Resilience and Mental Health: A Critical Review across Waves / M. Manchia, A. W. Gathier, H. Yapici-Eser, M. V. Schmidt, D. de Quervain, T. van Amelsvoort, J. I. Bisson [et al.] // Eur Neuropsychopharmacol. — 2022. — Vol. 55. — P. 22–83.

216. Mantas, C. Delusions with Content Related to COVID-19 Pandemic, in Non-Infected Psychiatric Hospitalized Patients: A Six-Case Series / C. Mantas, E. Papatheodorou, M.-E. Tsagkaropoulou, A. Kourti, G. Georgiou, P. Petrikis, T. Hyphantis // Psychiatriki. — 2022. — Vol. 33. — No 4. — P. 328–332.

217. Margolese, H. C. Drug and Alcohol Use among Patients with Schizophrenia and Related Psychoses: Levels and Consequences / H. C. Margolese, L. Malchy, J. C. Negrete, R. Tempier, K. Gill // Schizophr Res. — 2004. — Vol. 67. — No 2-3. — P. 157–166.

218. Marneros, A. Features of Acute and Transient Psychotic Disorders / A. Marneros, F. Pillmann, A. Haring, S. Balzuweit, R. Blöink // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. — 2003. — Vol. 253. — No 4. — P. 167–174.

219. Marouda, K. Brief Psychotic Disorder with Delusion Content Related to the COVID-19 Outbreak / K. Marouda, L. Mantonakis, K. Kollias // Psychiatriki. — 2021. — Vol. 32. — No 1. — P. 79–82.

220. Mazza, M. G. Post-COVID-19 Depressive Symptoms: Epidemiology, Pathophysiology, and Pharmacological Treatment / M. G. Mazza, M. Palladini,

S. Poletti, F. Benedetti // CNS Drugs. — 2022. — Vol. 36. — No 7. — P. 681–702.

221. Meduna, L. J. Oneirophrenia: The Confusional State / L. J. Meduna. — University of Illinois Press, 1950. — 150 c.
222. Medvedev, V. E. COVID-19 and Mental Health: Challenges and First Conclusions / V. E. Medvedev, O. A. Dogotar // Neurol Neuropsychiatr Psychosom. — 2020. — Vol. 12. — No 6. — P. 4–10.
223. Menninger, K. A. The Schizophrenic Syndrome as a Product of Acute Infectious Disease / K. A. Menninger // Arch Neurol Psychiatry. — 1928. — Vol. 20. — No 3. — P. 464–481.
224. Messina, A. COVID-19 Associated Psychosis / A. Messina, M. S. Signorelli // Ind Psychiatry J. — 2023. — Vol. 32. — No 2. — P. 215–221.
225. Mirza, J. Command Suicidal Hallucination as Initial Presentation of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Case Report / J. Mirza, A. Ganguly, A. Ostrovskaya, A. Tusher, R. Viswanathan // Psychosomatics. — 2020. — Vol. 61. — No 5. — P. 561–564.
226. Mitsuda, H. The concept of "atypical psychoses" from the aspect of clinical genetics / H. Mitsuda // Acta Psychiatr Scand. — 1965. — Vol. 61. — No 5. — P. 561–564.
227. Moccia, L. COVID-19 and New-Onset Psychosis: A Comprehensive Review / L. Moccia, G. D. Kotzalidis, G. Bartolucci, S. Ruggiero, L. Monti, M. Biscosi, B. Terenzi [et al.] // J Pers Med. — 2023. — Vol. 13. — No 1. doi: 10.3390/jpm13010104.
228. Moreno-Martos, D. Impact of the Early COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health-Related Dispensed Medications, Hospitalizations and Specialist Outpatient Visits in Norway and Sweden: Interrupted Time Series Analysis / D. Moreno-Martos, J. Zhao, H. Li, F. Nyberg, L. D. Bjørndal, M. Hajiebrahimi, B. Wettermark [et al.] // Br J Clin Pharmacol. — 2024. — Vol. 90. — No 7. — P. 1627–1636.

229. Moriguchi, T. A First Case of Meningitis/Encephalitis Associated with SARS-Coronavirus-2 / T. Moriguchi, N. Harii, J. Goto, D. Harada, H. Sugawara, J. Takamino, M. Ueno [et al.] // Int J Infect Dis. — 2020. — Vol. 94. — P. 55–58.

230. Morozov, V. M. Viral etiology of schizophrenia / V. M. Morozov // Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova. — 1954. — Vol. 54. — No 9. — P. 732–735.

231. Moseholm, E. Psychological Distress among Hospitalized COVID-19 Patients in Denmark during the First 12 Months of the Pandemic / E. Moseholm, J. Midtgaard, S. Bollerup, Á. D. Apol, O. B. Olesen, S. Jespersen, N. Weis // Int J Environ Res Public Health. — 2022. — Vol. 19. — No 16. doi: 10.3390/ijerph191610097.

232. Muddle, S. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association between Emotional Stress Reactivity and Psychosis / S. Muddle, B. Jones, G. Taylor, P. Jacobsen // Early Interv Psychiatry. — 2022. — Vol. 16. — No 9. — P. 958–978.

233. Mueller, J. K. Prevalence of COVID-19 and Psychotropic Drug Treatment in Psychiatric In-Patients in Germany in 2020: Results from a Nationwide Pilot Survey / J. K. Mueller, K. F. Ahrens, M. Bauer, B. T. Baune, S. Borgwardt, J. Deckert, K. Domschke [et al.] // Pharmacopsychiatry. — 2023. — Vol. 56. — No 6. — P. 227–238.

234. Muzzi, E. Short Report on the Effects of SARS-CoV-2 Face Protective Equipment on Verbal Communication / E. Muzzi, C. Chermaz, V. Castro, M. Zaninoni, A. Saksida, E. Orzan // Eur Arch Otorhinolaryngol. — 2021. — Vol. 278. — No 9. — P. 3565–3570.

235. Nawa, H. Neurobiology of COVID-19-Associated Psychosis/Schizophrenia: Implication of Epidermal Growth Factor Receptor / H. Nawa, M. Murakami // Neuropsychopharmacol Rep. — 2025. — Vol. 45. — No 1. doi: 10.1002/npr2.12520.

236. Neele, E. Die Phasischen Psychosen Nach Ihrem Erscheinungs-Bild Und Erbbild / E. Neele. — Leipzig: Johann Ambrosius Barth-Verlag, 1949. — 84 c.

237. Netland, J. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Infection Causes Neuronal Death in the Absence of Encephalitis in Mice Transgenic for Human ACE2 / J. Netland, D. K. Meyerholz, S. Moore, M. Cassell, S. Perlman // J Virol. — 2008. — Vol. 82. — No 15. — P. 7264–7275.

238. Ng, J.-H. Unravelling Pathophysiology of Neurological and Psychiatric Complications of COVID-19 Using Brain Organoids / J.-H. Ng, A. Sun, H. S. Je, E.-K. Tan // Neuroscientist. — 2023. — Vol. 29. — No 1. — P. 30–40.

239. Niendam, T. A. Exploring Predictors of Outcome in the Psychosis Prodrome: Implications for Early Identification and Intervention / T. A. Niendam, M. Jalbrzikowski, C. E. Bearden // Neuropsychol Rev. — 2009. — Vol. 19. — No 3. — P. 280–293.

240. Nirisha, P. L. First Episode Psychosis and COVID-19: A Case Series and Mini Review / P. L. Nirisha, A. S. Bhaskaran, N. A. Yedavally, H. H. Suchandra, N. Manjunatha, C. N. Kumar, S. B. Math // Asian J Psychiatry. — 2022. — Vol. 73. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103123.

241. Noone, R. Letter to the Editor: New Onset Psychosis and Mania Following COVID-19 Infection / R. Noone, J. A. Cabassa, L. Gardner, B. Schwartz, J. E. Alpert, V. Gabbay // J Psychiatr Res. — 2020. — Vol. 130. — P. 177–179.

242. O'Donoghue, B. Environmental Factors and the Age at Onset in First Episode Psychosis / B. O'Donoghue, J. Lyne, K. Madigan, A. Lane, N. Turner, E. O'Callaghan, M. Clarke // Schizophr Res. — 2015. — Vol. 168. — No 1-2. — P. 106–112.

243. O'Leary, K. B. New-Onset Psychosis in the Context of COVID-19 Infection: An Illustrative Case and Literature Review / K. B. O'Leary, C. Keenmon // J Acad Consult Liaison Psychiatry. — 2023. — Vol. 64. — No 4. — P. 383–391.

244. Opjordsmoen, S. Reactive Psychosis and Other Brief Psychotic Episodes / S. Opjordsmoen // Curr Psychiatry Rep. — 2001. — Vol. 3. — No 4. — P. 338–341.

245. Ostuzzi, G. Safety of Psychotropic Medications in People with COVID-19: Evidence Review and Practical Recommendations / G. Ostuzzi, D. Papola, C. Gastaldon, G. Schoretsanitis, F. Bertolini, F. Amaddeo, A. Cuomo [et al.] // BMC Med. — 2020. — Vol. 18. — No 1. doi: 10.1186/s12916-020-01685-9.

246. Pagel, T. Characteristics of Patients Diagnosed with Schizoaffective Disorder Compared with Schizophrenia and Bipolar Disorder / T. Pagel, R. J. Baldessarini, J. Franklin, C. Baethge // Bipolar Disord. — 2013. — Vol. 15. — No 3. — P. 229–239.

247. Parker, C. Abrupt Late-Onset Psychosis as a Presentation of Coronavirus 2019 Disease (COVID-19): A Longitudinal Case Report / C. Parker, A. Slan, D. Shalev, A. Critchfield // J Psychiatr Pract. — 2021. — Vol. 27. — No 2. — P. 131–136.

248. Parra, A. Psychotic Symptoms in COVID-19 Patients. A Retrospective Descriptive Study / A. Parra, A. Juanes, C. P. Losada, S. Álvarez-Sesmero, V. D. Santana, I. Martí, J. Urricelqui, D. Rentero // Psychiatry Res. — 2020. — Vol. 291. — P. 113254. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113254.

249. Peiris, S. Pathological Findings in Organs and Tissues of Patients with COVID-19: A Systematic Review / S. Peiris, H. Mesa, A. Aysola, J. Manivel, J. Toledo, M. Borges-Sa, S. Aldighieri, L. Reveiz // PLoS One. — 2021. — Vol. 16. — No 4. — P. e0250708. doi: 10.1371/journal.pone.0250708.

250. Percudani, M. Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 Outbreak / M. Percudani, M. Corradin, M. Moreno, A. Indelicato, A. Vita // Psychiatry Res. — 2020. — Vol. 288. — P. 112980. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112980.

251. Pérez-Balaguer, A. Does the COVID-19 Pandemic Condition the Delusional Content of Patients with Psychosis? An Observational Study / A. Pérez-Balaguer, B. Sanz-Aranguez-Ávila, E. Gil-Benito, L. M. Solari-Heresmann, P. Del Sol-Calderón, L. Gayubo-Moreo, R. de Arce-Cordón // Rev Colomb Psiquiatr. — 2023. — Vol. 52. — No 4. — P. 297–304.

252. Perlman, S. Effect of Olfactory Bulb Ablation on Spread of a Neurotropic Coronavirus into the Mouse Brain / S. Perlman, G. Evans, A. Afifi // J Exp Med. — 1990. — Vol. 172. — No 4. — P. 1127–1132.

253. Pfeifer, L. S. Stress Research during the COVID-19 Pandemic and beyond / L. S. Pfeifer, K. Heyers, S. Ocklenburg, O. T. Wolf // Neurosci Biobehav Rev. — 2021. — Vol. 131. — P. 581–596.

254. Pillmann, F. Acute and Transient Psychotic Disorders versus Persistent Delusional Disorders: A Comparative Longitudinal Study / F. Pillmann, T. Wustmann, A. Marneros // Psychiatry Clin Neurosci. — 2022. — Vol. 66. — No 1. — P. 44–52.

255. Plasencia-García, B. O. Drug-Drug Interactions between COVID-19 Treatments and Antipsychotics Drugs: Integrated Evidence from 4 Databases and a Systematic Review / B. O. Plasencia-García, G. Rodríguez-Menéndez, M. I. Rico-Rangel, A. Rubio-García, J. Torelló-Iserte, B. Crespo-Facorro // Psychopharmacology (Berl). — 2021. — Vol. 238. — No 2. — P. 329–340.

256. Popper, E. Der Schizophrene Reaktionstypus / E. Popper // Z Ges Neurol Psychiatr. — 1920. — Vol. 62. — No 1. — P. 194–207.

257. Poudel, A. N. Impact of Covid-19 on Health-Related Quality of Life of Patients: A Structured Review / A. N. Poudel, S. Zhu, N. Cooper, P. Roderick, N. Alwan, C. Tarrant, N. Ziauddeen, G. L. Yao // PLoS One. — 2021. — Vol. 16. — No 10. — P. e0259164. doi: 10.1371/journal.pone.0259164.

258. Puiu, M. G. COVID-19-Associated Acute Psychotic Disorder-Longitudinal Case Report and Brief Review of Literature / M. G. Puiu, V. Dionisie, A. I. Dobrin, M. Manea // Medicina (Kaunas). — 2023. — Vol. 59. — No 2. doi: 10.3390/medicina59020408.

259. Qiao, H. SARS-CoV-2 Induces Blood-Brain Barrier and Choroid Plexus Barrier Impairments and Vascular Inflammation in Mice / H. Qiao, X. Deng, L. Qiu, Y. Qu, Y. Chiu, F. Chen, S. Xia [et al.] // J Med Virol. — 2024. — Vol. 96. — No 5. — P. e29671. doi: 10.1002/jmv.29671.

260. Quattrone, A. First-Episode Psychosis Incidence Pre-, During, and Post-COVID-19 Pandemic: A Six-Year Natural Quasi-Experimental Study in South London / A. Quattrone, E. Petkari, E. Spinazzola, P. B. M. Leung, Z. Li, R. Stewart, D. Quattrone, M. Di Forti, R. M. Murray, M. Pinto da Costa // EClinicalMedicine. — 2025. — Vol. 81. — P. 103086. doi: 10.1016/j.eclinm.2025.103086.

261. Queirazza, F. Transition to Schizophrenia in Acute and Transient Psychotic Disorders / F. Queirazza, D. M. Semple, S. M. Lawrie // Br J Psychiatry. — 2014. — Vol. 204. — P. 299–305.

262. Rector, N. A. Auditory Hallucinations in Women and Men / N. A. Rector, M. V. Seeman // Schizophr Res. — 1992. — Vol. 7. — No 3. — P. 233–236.

263. Rentero, D. New-Onset Psychosis in COVID-19 Pandemic: A Case Series in Madrid / D. Rentero, A. Juanes, C. P. Losada, S. Álvarez, A. Parra, V. Santana, I. Martí, J. Urricelqui // Psychiatry Res. — 2020. — Vol. 290. — P. 113097. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113097.

264. Rittmannsberger, H. First-Episode Psychotic Disorders in the Wake of the COVID-19 Pandemic: A Descriptive Review of Casereports / H. Rittmannsberger, M. Barth, P. Malik, G. Malsiner-Walli, K. Yazdi // Acta Neuropsychiatr. — 2022. — Vol. 34. — No 6. — P. 289–310.

265. Rajkumar, E. The Psychological Impact of Quarantine due to COVID-19: A Systematic Review of Risk, Protective Factors and Interventions Using Socio-Ecological Model Framework / E. Rajkumar, A. M. Rajan, M. Daniel, R. Lakshmi, R. John, A. J. George, J. Abraham, J. Varghese // Heliyon. — 2022. — Vol. 8. — No 6. — P. e09765. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e09765.

266. Rameshrad, M. A Comprehensive Review on Drug Repositioning against Coronavirus Disease 2019 (COVID19) / M. Rameshrad, M. Ghafoori, A. H. Mohammadpour, M. J. D. Nayeri, H. Hosseinzadeh // Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol. — 2020. — Vol. 393. — No 7. — P. 1137–1152.

267. Ramos-Casals, M. Systemic and Organ-Specific Immune-Related Manifestations of COVID-19 / M. Ramos-Casals, P. Brito-Zerón, X. Mariette // Nat Rev Rheumatol. — 2021. — Vol. 17. — No 6. — P. 315–332.

268. Ravindran, N. P. A Qualitative Analysis of Literature Reporting and Linking Psychosis to COVID-19 Infection. Findings from a Postgraduate Journal Club / N. P. Ravindran, A. Halder, D. Harshe, S. Harshe, G. Harshe // Asian J Psychiatry. — 2022. — Vol. 72. — P. 103099. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103099.

269. Rector, N. A. Auditory Hallucinations in Women and Men / N. A. Rector, M. V. Seeman // Schizophr Res. — 1992. — Vol. 7. — No 3. — P. 233–236.

270. Rentero, D. New-Onset Psychosis in COVID-19 Pandemic: A Case Series in Madrid / D. Rentero, A. Juanes, C. P. Losada, S. Álvarez, A. Parra, V. Santana, I. Martí, J. Urricelqui // Psychiatry Res. — 2020. — Vol. 290. — P. 113097. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113097.

271. Rittmannsberger, H. First-Episode Psychotic Disorders in the Wake of the COVID-19 Pandemic: A Descriptive Review of Casereports / H. Rittmannsberger, M. Barth, P. Malik, G. Malsiner-Walli, K. Yazdi // Acta Neuropsychiatr. — 2022. — Vol. 34. — No 6. — P. 289–310.

272. Ritunnano, R. Subjective Experience and Meaning of Delusions in Psychosis: A Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis / R. Ritunnano, J. Kleinman, D. W. Oshodi, M. Michail, B. Nelson, C. S. Humpston, M. R. Broome // Lancet Psychiatry. — 2022. — Vol. 9. — No 6. — P. 458–476.

273. Rogers, J. P. Psychiatric and Neuropsychiatric Presentations Associated with Severe Coronavirus Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis with Comparison to the COVID-19 Pandemic / J. P. Rogers, E. Chesney, D. Oliver, T. A. Pollak, P. McGuire, P. Fusar-Poli, M. S. Zandi, G. Lewis, A. S. David // Lancet Psychiatry. — 2020. — Vol. 7. — No 7. — P. 611–627.

274. Romanov, D. V. Schizophrenia and toxoplasmosis: association with catatonic symptoms / D. V. Romanov, A. IU. Brazhnikov, D. S. Andreyuk, N. V. Zakharova, L. V. Bravve, V. A. Kovaleva, E. V. Abbazova,

D. B. Goncharov, I. V. Titova, E. A. Domonova, G. P. Kostyuk // Consortium Psychiatricum. — 2020. — Vol. 1. — No 1. — P. 22–29.

275. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2 / Royal College of Physicians. — RCP London, 2017. URL: www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2
276. Rutigliano, G. Long Term Outcomes of Acute and Transient Psychotic Disorders: The Missed Opportunity of Preventive Interventions / G. Rutigliano, S. Merlino, A. Minichino, R. Patel, C. Davies, D. Oliver, A. De Micheli, P. McGuire, P. Fusar-Poli // Eur Psychiatry. — 2018. — Vol. 52. — P. 126–133.
277. Salvatore, P. McLean-Harvard International First-Episode Project: Two-Year Stability of ICD-10 Diagnoses in 500 First-Episode Psychotic Disorder Patients / P. Salvatore, R. J. Baldessarini, M. Tohen, H.-M. K. Khalsa, J. P. Sanchez-Toledo, C. A. Zarate, Jr, E. Vieta, C. Maggini // J Clin Psychiatry. — 2011. — Vol. 72. — No 2. — P. 183–193.
278. Santos, N. F. First-Episode Psychosis with Delusional Jealousy during SARS-CoV-2 Infection: COVID-19 Secondary Psychosis or a Trigger for a Primary Psychotic Disorder? / N. F. Santos, A. P. Alho, I. D. Costa, L. P. Ferreira, E. H. Sêco // Prim Care Companion CNS Disord. — 2021. — Vol. 23. — No 5. — P. 21cr03070. doi: 10.4088/PCC.21cr03070.
279. Sauer, K.S. Emotional and Behavioral Consequences of the COVID-19 Pandemic: The Role of Health Anxiety, Intolerance of Uncertainty, and Distress (In)Tolerance / K. S. Sauer, S. M. Jungmann, M. Witthöft // Int. J. Environ. Res. Public Health — 2020. — Vol. 17. — P. 7241. doi: 10.3390/ijerph17197241.
280. Sienaert, P. The psychopharmacology of catatonia, neuroleptic malignant syndrome, akathisia, tardive dyskinesia, and dystonia / Sienaert, P., van Harten, P., Rhebergen, D. // Handbook of clinical neurology — 2019. — Vol. 165. — P. 415–428. doi: 10.1016/B978-0-444-64012-3.00025-3.
281. Schäfer, S.K. Trajectories of resilience and mental distress to global major disruptions / S. K. Schäfer, A. M. Kunzler, R. Kalisch, O. Tüscher, K. Lieb // Trends in cognitive sciences. — 2022. — Vol. 26, No 12. — P. 1171–1189. doi: 10.1016/j.tics.2022.09.017.

282. Scheiner, N. S. COVID-19 and Catatonia: A Case Series and Systematic Review of Existing Literature / N. S. Scheiner, A. K. Smith, M. Wohlleber, C. Malone, A. C. Schwartz // J Acad Consult Liaison Psychiatry. — 2021. — Vol. 62. — No 6. — P. 645–656.

283. Schneider, K. Über primitiven Beziehungswahn / K. Schneider // Arch Psychiatr Nervenkr. — 1930. — Vol. 127. — No 1. — P. 725–735.

284. Shaltout, T. Acute and Transient Psychotic Disorders in a Rapidly Developing Country, State of Qatar / T. Shaltout, A. Bener, M. Al Abdullah, Z. Al Mujalli, H. T. Shaltout // Medicina (Kaunas). — 2007. — Vol. 43. — No 7. — P. 575–579.

285. Shanbour, A. Psychosis and Infodemic Isolation Resulting in First Inpatient Hospitalization During the COVID-19 Pandemic A Case Series / A. Shanbour, Z. Khalid, M. Fana // Prim Care Companion CNS Disord. — 2020. — Vol. 22. — No 3. doi: 10.4088/PCC.20l02649.

286. Sharma, R. P. Hallucinations in the Acute Schizophrenic-Type Psychosis: Effects of Gender and Age of Illness Onset / R. P. Sharma, S. M. Dowd, P. G. Janicak // Schizophr Res. — 1999. — Vol. 37. — No 1. — P. 91–95.

287. Silva, M. F. d. Bradykinin-Target Therapies in SARS-CoV-2 Infection: Current Evidence and Perspectives / M. F. d. Silva, J. X. d. Araújo-Júnior, E. F. d. Silva-Júnior, L. Heimfarth, P. R. Martins-Filho, J. d. S. S. Quintans, L. J. Quintans-Júnior // Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol. — 2022. — Vol. 395. — No 3. — P. 275–283.

288. Sim, K. High-Dose Antipsychotic Use in Schizophrenia: A Comparison between the 2001 and 2004 Research on East Asia Psychotropic Prescription (REAP) Studies / K. Sim, H. C. Su, S. Fujii, S.-Y. Yang, M.-Y. Chong, G. Ungvari, T. Si [et al.] // Br J Clin Pharmacol. — 2009. — Vol. 67. — No 1. — P. 110–117.

289. Sim, K. High Dose Antipsychotic Use in Schizophrenia: Findings of the REAP (research on East Asia Psychotropic Prescriptions) Study / K. Sim, A. Su, J. Y. Leong, K. Yip, M. Y. Chong, S. Fujii, S. Yang [et al.] // Pharmacopsychiatry. — 2004. — Vol. 37. — No 4. — P. 175–179.

290. Singh, S. P. Acute and Transient Psychotic Disorders: Precursors, Epidemiology, Course and Outcome / S. P. Singh, T. Burns, S. Amin, P. B. Jones, G. Harrison // Br J Psychiatry. — 2004. — Vol. 185. — P. 452–459.

291. Smith, C. M. COVID-19-Associated Psychosis: A Systematic Review of Case Reports / C. M. Smith, E. B. Gilbert, P. A. Riordan, N. Helmke, M. von Isenburg, B. R. Kincaid, K. G. Shirey // Gen Hosp Psychiatry. — 2021. — Vol. 73. — P. 84–100.

292. Smith, C. M. COVID-19-Associated Brief Psychotic / C. M. Smith, J. R. Komisar, A. Mourad, B. R. Kincaid // BMJ Case Rep. — 2020. — Vol. 13. — No 8. doi: 10.1136/bcr-2020-236940.

293. Solmi, M. Age at Onset of Mental Disorders Worldwide: Large-Scale Meta-Analysis of 192 Epidemiological Studies / M. Solmi, J. Radua, M. Olivola, E. Croce, L. Soardo, G. S. de Pablo, J. I. Shin [et al.] // Mol Psychiatry. — 2022. — Vol. 27. — No 1. — P. 281–295.

294. Solmi, M. Global and Risk-Group Stratified Well-Being and Mental Health during the COVID-19 Pandemic in Adults: Results from the International COH-FIT Study / M. Solmi, T. Thompson, A. Estradé, A. Agorastos, J. Radua, S. Cortese, E. Dragioti [et al.] // Psychiatry Res. — 2024. — Vol. 341. — P. 115972. doi: 10.1016/j.psychres.2024.115972.

295. Solomon, I. H. Neuropathological Features of Covid-19 / I. H. Solomon, E. Normandin, S. Bhattacharyya, S. S. Mukerji, K. Keller, A. S. Ali, G. Adams, J. L. Hornick, R. F. Padera, Jr, P. Sabeti // N Engl J Med. — 2020. — Vol. 383. — No 10. — P. 989–992.

296. Sousa Moreira, J. L. d. The Psychiatric and Neuropsychiatric Repercussions Associated with Severe Infections of COVID-19 and Other Coronaviruses / J. L. d. Sousa Moreira, S. M. B. Barbosa, J. G. Vieira, N. C. B. Chaves, E. B. G. Felix, P. W. G. Feitosa, I. S. d. Cruz, C. G. L. d. Silva, M. L. Rolim Neto // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. — 2021. — Vol. 106. — P. 110159.

297. Specht, G. Zur Frage der exogenen Schädigungstypen / G. Specht // Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie. — 1913. — Vol. 19. — P. 104–116.

298. Spina, E. Clinically Relevant Interactions between Atypical Antipsychotics and Anti-Infective Agents / E. Spina, M. A. Barbieri, G. Cicala, J. de Leon // Pharmaceuticals (Basel). — 2020. — Vol. 13. — No 12. doi: 10.3390/ph13120439.

299. Stopford, M. D. A Description of COVID-19 Related Delusional Content in Admissions to an Acute Psychiatric Unit / M. D. Stopford, A. Maisto, W. Friedlander // S Afr J Psychiatr. — 2024. — Vol. 30. — P. 2275. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v30i0.2275.

300. Suhas, S. Personal Protective Equipment in the Emergency Room and Schizophrenia - Implications beyond Safety / S. Suhas, N. P. Rao // Schizophr Res. — 2022. — Vol. 239. — P. 32–33.

301. Taquet, M. 6-Month Neurological and Psychiatric Outcomes in 236 379 Survivors of COVID-19: A Retrospective Cohort Study Using Electronic Health Records / M. Taquet, J. R. Geddes, M. Husain, S. Luciano, P. J. Harrison // Lancet Psychiatry. — 2021. — Vol. 8. — No 5. — P. 416–427.

302. Tariku, M. Available Evidence and Ongoing Hypothesis on Corona Virus (COVID-19) and Psychosis: Is Corona Virus and Psychosis Related? A Narrative Review / M. Tariku, M. Hajure // Psychol Res Behav Manag. — 2020. — Vol. 13. — P. 701–704.

303. Taylor, M. A. Mania and DSM-III Schizophreniform Disorder / M. A. Taylor, R. Abrams // J Affect Disord. — 2024. — Vol. 6. — No 1. — P. 19–24.

304. Taylor, S. The Psychology of Pandemics / S. Taylor // Annu Rev Clin Psychol. — 2022. — Vol. 18. — P. 581–609.

305. Tran, T. Negative Symptom Trajectories in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: Differences Based on Deficit Syndrome, Persistence, and Transition Status / T. Tran, M. J. Spilka, I. M. Raugh, G. P. Strauss, C. E. Bearden, K. S. Cadenhead, T. D. Cannon [et al.] // Schizophr Bull Open. — 2023. — Vol. 4. — No 1. — P. sgad014. doi: 10.1093/schizbullopen/sgad014.

306. Tsai, L.-K. Neurological Manifestations in Severe Acute Respiratory Syndrome / L.-K. Tsai, S.-T. Hsieh, Y.-C. Chang // Acta Neurol Taiwan. — 2005. — Vol. 14. — No 3. — P. 113–119.

307. Vaillant, G. E. The natural history of the remitting schizophrenias / G. E. Vaillant // Am J Psychiatry. — 1963. — Vol. 120. — P. 367–376.

308. Valdés-Florido, M. J. Reactive Psychoses in the Context of the COVID-19 Pandemic: Clinical Perspectives from a Case Series / M. J. Valdés-Florido, Á. López-Díaz, F. J. Palermo-Zeballos, I. Martínez-Molina, V. E. Martín-Gil, B. Crespo-Facorro, M. Ruiz-Veguilla // Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed). — 2020. — Vol. 13. — No 2. — P. 90–94.

309. Varatharaj, A. Neurological and Neuropsychiatric Complications of COVID-19 in 153 Patients: A UK-Wide Surveillance Study / A. Varatharaj, N. Thomas, M. A. Ellul, N. W. S. Davies, T. A. Pollak, E. L. Tenorio, M. Sultan [et al.] // Lancet Psychiatry. — 2020. — Vol. 7. — No 10. — P. 875–882.

310. Vasile, C. I. Post COVID-19 Infection Psychosis: Could SARS-CoV-2 Virus Infection Be a Neuropsychiatric Condition That Triggers Psychotic Disorders? A Case-Based Short Review / C. I. Vasile, M. C. Vasile, M. L. Zlati, E. E. Herbei, L. Lepădatu, C. Munteanu, A. Nechifor, A. L. Tatu // Infect Drug Resist. — 2022. — Vol. 15. — P. 4697–4705.

311. Veleri, S. Neurotropism of SARS-CoV-2 and Neurological Diseases of the Central Nervous System in COVID-19 Patients / S. Veleri // Exp Brain Res. — 2022. — Vol. 240. — No 1. — P. 9–25.

312. Vlake, J. H. Psychological Distress and Health-Related Quality of Life in Patients after Hospitalization during the COVID-19 Pandemic: A Single-Center, Observational Study / J. H. Vlake, S. Wesselius, M. E. van Genderen, J. van Bommel, B. Boxma-de Klerk, E.-J. Wils // PLoS One. — 2021. — Vol. 16. — No 8. — P. e0255774. doi: 10.1371/journal.pone.0255774.

313. Vyas, C. M. Acute Psychosis: Differential Diagnosis, Evaluation, and Management / C. M. Vyas, A. H. Petriceks, S. Paudel, A. L. Donovan,

T. A. Stern // Prim Care Companion CNS Disord. — 2023. — Vol. 25. — No 2. doi: 10.4088/PCC.22f03338.

314. Wall, C. A. Psychiatric Manifestations of Creutzfeldt-Jakob Disease: A 25-Year Analysis / C. A. Wall, T. A. Rummans, A. J. Aksamit, L. E. Krahn, V. S. Pankratz // J Neuropsychiatry Clin Neurosci. — 2005. — Vol. 17, No 4. — P. 489–495.

315. Watson, C. J. COVID-19 and Psychosis Risk: Real or Delusional Concern? / C. J. Watson, R. H. Thomas, T. Solomon, B. D. Michael, T. R. Nicholson, T. A. Pollak // Neurosci Lett. — 2021. — Vol. 741. — P. 135491. doi: 10.1016/j.neulet.2020.135491.

316. Westphal, C. Über Die Verrücktheit / C. Westphal // Allg Z Psychiatr. — 1878. — Vol. 34. — P. 252–257.

317. Westphal, J. F. Macrolide - Induced Clinically Relevant Drug Interactions with Cytochrome P-450A (CYP) 3A4: An Update Focused on Clarithromycin, Azithromycin and Dirithromycin / J. F. Westphal // Br J Clin Pharmacol. — 2000. — Vol. 50. — No 4. — P. 285–295.

318. Wimmer, A. Psykogene sindssygdomsformer / A. Wimmer. — København: Gad, 1916. — 132 p.

319. Wu, Y. Nervous System Involvement after Infection with COVID-19 and Other Coronaviruses / Y. Wu, X. Xu, Z. Chen, J. Duan, K. Hashimoto, L. Yang, C. Liu, C. Yang // Brain Behav Immun. — 2020. — Vol. 87. — P. 18–22.

320. Xi, X. Exploring the relationship between novel Coronavirus pneumonia and Parkinson's disease / Xi, X., Han, L. // Medicine. — 2022. — Vol. 101. — No 46. — P. e31813. doi: 10.1097/MD.0000000000031813.

321. Xiang, Y.-T. The COVID-19 Outbreak and Psychiatric Hospitals in China: Managing Challenges through Mental Health Service Reform / Y.-T. Xiang, Y.-J. Zhao, Z.-H. Liu, X.-H. Li, N. Zhao, T. Cheung, C. H. Ng // Int J Biol Sci. — 2020. — Vol. 16. — No 10. — P. 1741–1744.

322. Xie, Q. COVID-19 Patients Managed in Psychiatric Inpatient Settings due to First-Episode Mental Disorders in Wuhan, China: Clinical Characteristics,

Treatments, Outcomes, and Our Experiences / Q. Xie, F. Fan, X.-P. Fan, X.-J. Wang, M.-J. Chen, B.-L. Zhong, H. F.-K. Chiu // Transl Psychiatry. — 2020. — Vol. 10. — No 1. — P. 337.

323. Xiong, J. Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health in the General Population: A Systematic Review / J. Xiong, O. Lipsitz, F. Nasri, L. M. W. Lui, H. Gill, L. Phan, D. Chen-Li [et al.] // J Affect Disord. — 2020. — Vol. 277. — P. 55–64.

324. Yang, A. C. Dysregulation of Brain and Choroid Plexus Cell Types in Severe COVID-19 / A. C. Yang, F. Kern, P. M. Losada, M. R. Agam, C. A. Maat, G. P. Schmartz, T. Fehlmann [et al.] // Nature. — 2021. — Vol. 595. — No 7868. — P. 565–571.

325. Yang, L. SARS-CoV-2 Infection Causes Dopaminergic Neuron Senescence / L. Yang, T. W. Kim, Y. Han, M. S. Nair, O. Harschnitz, J. Zhu, P. Wang [et al.] // Cell Stem Cell. — 2024. — Vol. 31. — No 2. — P. 196–211.e6. doi: 10.1016/j.stem.2023.12.012.

326. Yan, R. Structural Basis for the Recognition of SARS-CoV-2 by Full-Length Human ACE2 / R. Yan, Y. Zhang, Y. Li, L. Xia, Y. Guo, Q. Zhou // Science. — 2020. — Vol. 367. — No 6485. — P. 1444–1448.

327. Yan, T. Medication Adherence and Discontinuation of Aripiprazole Once-Monthly 400 Mg (AOM 400) Versus Oral Antipsychotics in Patients with Schizophrenia or Bipolar I Disorder: A Real-World Study Using US Claims Data / T. Yan, M. Greene, E. Chang, A. Hartry, M. Touya, M. S. Broder // Adv Ther. — 2018. — Vol. 35. — No 10. — P. 1612–1625.

328. Yesilkaya, U. H. New Variants and New Symptoms in COVID-19: First Episode Psychosis and Cotard's Syndrome Two Months after Infection with the B.1.1.7 Variant of Coronavirus / U. H. Yesilkaya, M. Sen, N. Karamustafalioglu // Schizophr Res. — 2022. — Vol. 243. — P. 315–316.

329. Zarate, C. A., Jr. First-Episode Schizophreniform Disorder: Comparisons with First-Episode Schizophrenia / C. A. Zarate, Jr, M. Tohen, M. L. Land // Schizophr Res. — 2000. — Vol. 46. — No 1. — P. 31–34.

330. Zhang-Wong, J. Five-Year Course of Schizophreniform Disorder / J. Zhang-Wong, M. Beiser, G. Bean, W. G. Iacono // Psychiatry Res. — 1995. — Vol. 59. — No 1-2. — P. 109–117.

331. Zhou, Z. Understanding the Neurotropic Characteristics of SARS-CoV-2: From Neurological Manifestations of COVID-19 to Potential Neurotropic Mechanisms / Z. Zhou, H. Kang, S. Li, X. Zhao // J Neurol. — 2020. — Vol. 267. — No 8. — P. 2179–2184.

332. Zhu, Y. The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals / Y. Zhu, L. Chen, H. Ji, M. Xi, Y. Fang, Y. Li // Neurosci Bull. — 2020. — Vol. 36. — No 3. — P. 299–302.