

**Психіатрія, наркологія та медична психологія**

УДК: 616.89-085:[616.98:578.834.1Coronavirus]-036.21


**РОЛЬ ФАРМАКОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ  
У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19 ТА ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ  
СТРЕСОРИВ ПАНДЕМІЇ SARS-CoV-2**

**Марута Н.О., Семікіна О.Є., Федченко В.Ю., Явдак І.О., Панько Т.В.**

*Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
імені П.В. Волошина Національної академії медичних наук України», Харків, Україна*

Пандемія COVID-19 багатобічно вплинула на психічне здоров'я та розвиток психопатологічних станів. В статті наведені розроблені авторами підходи до терапії психопатологічних станів у осіб, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2. Структура психопатологічних порушень включала ендogenous афективні розлади, а саме депресивні епізоди, рекурентні депресивні розлади (F32, F33); невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розладами (F4); та психопатологічні стани органічного генезу (афективні, неврозоподібні) (F06). Були використані клініко-психопатологічний, патопсихологічний, психометричний та статистичний методи обстеження. Лікування, що включало фармакотерапію та психотерапію, розроблено на підставі визначених мішеней терапевтичного впливу для вказаної категорії хворих: клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних та психологічних і були специфічними для різних груп захворювань. Найбільш суттєвими клінічними особливостями визначені психопатологічні порушення переважно афективного та тривожного спектру, сомато-вегетативні симптоми та когнітивні зміни. При різних формах патології фармакотерапія виконує різну роль. При депресивних розладах вона є провідною на початку та підтримувальною на подальших етапах; при невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психотерапія є провідною, а фармакотерапія – допоміжною; при психічних розладах органічного генезу фармако- і психотерапія однаково важливі.

**Ключові слова:** терапія психічних розладів, мішені терапії, оцінка ефективності терапії.

	<p><b>Цитуйте українською:</b> Марута НО, Семікіна ОЄ, Федченко ВЮ, Явдак ІО, Панько ТВ. Роль фармакотерапії в лікуванні психічних розладів у хворих, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2. Експериментальна і клінічна медицина. 2024;93(3):31-40. <a href="https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.3.msf">https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.3.msf</a></p>
	<p><b>Cite in English:</b> Maruta N, Semikina O, Fedchenko V, Yavdak I, Panko T. The role of pharmacotherapy in the treatment of mental disorders in patients who have undergone COVID-19 and have been exposed to SARS-CoV-2 pandemic stressors. Experimental and Clinical Medicine. 2024;93(3):31-40. <a href="https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.3.msf">https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.3.msf</a> [in Ukrainian].</p>

Відповідальний автор: Марута Н.О.  
✉ Україна, 61068, м. Харків,  
вул. Академіка Павлова, 46.  
E-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

Corresponding author: Maruta N.  
✉ Ukraine, 61068, Kharkiv,  
Akademika Pavlova str., 46.  
E-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

## Вступ

Пандемія COVID-19 суттєво вплинула на велику частину життя людей, що пов'язано з багатьма чинниками. З одного боку інфекційне захворювання COVID-19 з суто медичної точки зору є важкою хворобою і в багатьох випадках має генералізований характер та викликає збій в різних системах організму, що відбувається через потужні інтоксикаційні процеси, цитокинові реакції та ін. З іншого боку, швидке розповсюдження цієї хвороби призвело до складної епідеміологічної ситуації та набуло характеру пандемії з необхідністю введення значних карантинних обмежень, масштабу яких світ ще не спостерігав. Через всі ці фактори практично кожна людина відчувала на собі значний стресогенний тиск обставин карантинних умов, зміни звичного образу життя, значні психологічні переживання щодо можливості захворіти самому, або переживання через хворобу рідних та близьких, а також за умови розвинення інфекції, мала багато суто медичних наслідків. І звичайно, в цих умовах вплив на психічне здоров'я людини був дуже значним, що призвело до формування багатьох психологічних та психопатологічних наслідків. Психіатри зіткнулися з новою проблемою: психічні розлади, що тим чи іншим чином були пов'язані з перенесеною хворобою COVID-19 та наслідками психологічних чинників пандемії [1–8].

**Метою** дослідження було визначення найбільш ефективних фармацевтичних стратегій лікування психічних розладів, які розвинулися внаслідок перенесеної COVID-19 та зазнали впливу стресорів

пандемії SARS-CoV-2, та їх ролі в комплексній терапії цих розладів.

## Матеріали та методи

Було проведено дослідження динаміки стану та даних анамнезу 95 хворих на різні психопатологічні порушення, щодо перенесеної інфекції COVID-19. Ці пацієнти склали основну групу. Були вивчені дані анамнезу. Обстежені пацієнти були розділені на три підгрупи: перша (31 особа) мала ендogenous афективні розлади, а саме депресивні епізоди, рекурентні депресивні розлади (F32, F33 за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду); друга (31 особа) – невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розладами (F4); третя (33 особи) – психопатологічні стани органічного генезу (афективні, неврозоподібні; F06). Для порівняння результатів лікування була сформована група з 72 хворих на COVID-19, які не мали симптомів, притаманних пацієнтам основної групи.

Клінічний стан хворих в динаміці терапії було оцінено за допомогою клініко-психопатологічного методу, шкал загального клінічного враження, а саме тяжкості (Clinical Global Impression Scale-Severity, CGI-S) та покращення (Clinical Global Impression Scale-Improvement, CGI-I). Психопатологічні порушення оцінені за допомогою психометричного методу з використанням методик: шкала Монтгомері-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating, MADRS), шкала Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS), опитувальник для оцінки рівня тривоги (Generalised Anxiety Disorder questionnaire, GAD-7).

Усі учасники дослідження підписали інформовану згоду на участь в ньому.

Статистичний аналіз було проведено з використанням програми Statistica 10.0 for Windows OS (StatSoft Inc./DELL, USA).

### Результати

Розроблена система терапії (фармако- та психотерапії) психопатологічних порушень у пацієнтів, що перехворіли на COVID-19. Створено диференційовані терапевтичні програми при ендогенних афективних розладах (депресивні епізоди (F32), рекурентні депресивні розлади (F33)); невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладах (F4); психопатологічних станах органічного генезу (афективних, неврозоподібних) (F06). В основу терапевтичних програм закладені визначені мішені терапевтичного впливу для вказаної категорії хворих.

Визначені мішені терапевтичного впливу були поділені на декілька груп: клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні та психологічні. Мішені були специфічними для різних груп захворювань.

Серед хворих на афективні ендогенні розлади (депресивні епізоди, рекурентні депресивні розлади), що перехворіли на COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2 запропонована комплексна фармако- та психотерапія. Враховуючи особливості ендогенної афективної патології зі складним патогенетичним механізмом (як біологічних, так і психологічних чинників), фармакотерапія є необхідною і основною ланкою лікування. Психотерапевтичні заходи є облігатними та можуть бути найбільш ефективно проведені в умовах зменшення афективного навантаження завдяки фармакотерапії. Базовою фармакотерапією є АнтиДепресанти (АД).

В якості клініко-психопатологічної мішені визначений симптомокомплекс – депресивний настрій середнього та важкого ступеню (сум, вітальна туга, ангедонія) у сполученні з високим рівнем

тривоги – ажитована депресія (4,27 бала за шкалою MADRS,  $p \leq 0,021$ ); ідеаторні порушення з формуванням надцінних чи маячних ідей іпохондричного змісту та ідей провини (2,78 бала,  $p \leq 0,026$ ) та ефекторно-вольові зміни – суттєве зменшення мотивації щодо цілеспрямованої діяльності, симптоми гіпобулії (3,06 бала,  $p = 0,027$ ), а також когнітивні порушення (3,85 бала,  $p = 0,031$ ). Психопатологічні симптоми супроводжувалися вираженими сомато-вегетативними та соматичними симптомами ( $[2,51 \pm 0,42]$  бала), що суттєво ускладнювало діагностику психопатології. Порушення переважно носили перманентний та змішаний характер.

Також для групи хворих на афективні ендогенні розлади суттєвими мішенями стали анамнестичні фактори, а саме, перенесена коронавірусна інфекція у важкій формі та стаціонарне лікування, дані щодо психопатології в анамнезі, тобто до перенесеної COVID-19. Крім того, у вірогідно більшої кількості пацієнтів з депресивними розладами був відсутній вплив на самопочуття зовнішніх стресових факторів під час лікування COVID-19 ( $p \leq 0,02$ ), а серед виявлених – вірогідно більше відзначався фактор ізолюваного перебування в палаті ( $p \leq 0,05$ ) порівняно з особами без психічних порушень.

Вказані чинники здійснювали вплив на клінічні прояви та фабулу переживань. Для хворих на депресивні розлади на початку терапії рекомендовано було оцінити попередню терапію за адекватністю, дозуванням, тривалістю та бажано використання одного АД, який не був призначений раніше. Перевага при призначенні АД надавалася селективним препаратами (таблиця 1).

Неселективні (трициклічні) АД можливо додавати до терапії у резистентних випадках, з урахуванням користі та ризиків.

Таблиця 1. Найбільш поширені групи антидепресантів (АД) для лікування афективних розладів

Групи АД	Разова доза, мг	Добова доза, мг	Кратність прийому, разів
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну			
пароксетин	20	20–40	1
сертралін	50–200	50–200	1
циталопрам	20	20–40	1
флуоксетин	20	20–40	2
есциталопрам	10–20	10–20	1
флувоксамін	50–100	100–300	1
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну			
венлафаксин	75–150	150–325	1–3
дулоксетин	30–60	60–120	1
Агоністи рецепторів мелатоніну			
агомелатин	25	25–50	1
Норадреналінергічні та специфічні серотонінергічні АД			
міртазапін	30	30–60	1
АД з мультимодальною активністю			
вортіоксетин	10–20	10–20	1
Тетрациклічні АД			
міансерин	30	30	1
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та блокатор альфаадренорецепторів			
тразодон	50–300	150–600	1–2

Щотижнева оцінка тимолептичного ефекту необхідна для оцінки ефективності терапії. Необхідно призначення середніх чи великих доз АД. При відсутності суттєвих змін психопатологічного стану зміна дозування чи самого препарату, бажано з іншої групи АД (при відсутності вираженого побічного ефекту), раціональна після двох тижнів терапії. Загальна тривалість терапії визначалася індивідуально, але не менша ніж 3–6 місяців. Особливостями клінічних проявів в групі хворих на депресії був високий рівень тривожних симптомів, що супроводжувалися суттєвими

соматовегетативними симптомами. Тому до АД додавали препарати групи анксиолітиків, чи бензодіазепінів (терміном до 2 тижнів), або нейролептиків, переважно атипових. Під час лікування було необхідно враховувати той факт, сама інфекційна вірусна хвороба COVID-19 викликає багатобічний збій в організмі, порушення у роботі серцево-судинної, дихальної, імунної та інших систем, здійснювала патопластичний вплив на нервову систему та загальний стан. Цікаво, що у значній кількості обстежених виявлені ускладнення (41,38 % осіб), переважно у вигляді проблем з нюхом

і смаком, випадання волосся. Тому фармакотерапія повинна була також включати загальнозміцнювальні препарати, ліки ноотропної, нейропротекторної та метаболічної дії. Психотерапія була облігатним заходом лікування депресії та спрямована на подолання негативних уявлень хворого про себе та світ, деактуалізацію переживань щодо стресорів пандемії, ризику повторної хвороби. Головними заходами були когнітивно-біхевіоральна терапія, заходи саморегуляції, психоосвіта, сімейна психотерапія.

Терапія хворих на невротичні розлади, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади також була заснована на визначених мішенях терапевтичного впливу для цієї категорії пацієнтів. Більшість (83,87 %) хворих відзначили, що вони зазнали суттєвого впливу саме психогенних стресорів. Клінічними особливостями хворих даної нозологічної групи, що також перенесли інфекцію COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2, були сполучення вираженої тривоги (3,68 бала за шкалою MADRS,  $p \leq 0,029$ ), що епізодично набувала рівня панічних станів зі значними соматовегетативними порушеннями та формуванням фобічних переживань (агорафобія, кардіофобія) (3,15 бала,  $p \leq 0,018$ ) та змінами щодо поведінки хворого (запобігання «загрозливих ситуацій»). Соматовегетативні порушення переважно мали пароксизмальний та змішаний характер ( $[52,06 \pm 8,26] \%$  та  $[27,27 \pm 7,75] \%$  відповідно). Афективні симптоми були представлені зниженням чи коливаннями настрою, помірними (38,71 %) та легкими (41,94 %,  $p = 0,009$  відповідно); вираженого рівня об'єктивною тривогою (58,06 %,  $p = 0,017$ ) та суб'єктивною тривогою високого рівню (70,97 %,  $p \leq 0,025$ ). Запропоновані терапевтичні програми також були комплексними (була застосована психофармакотерапія). Враховуючи психогенний генез хвороби, психотерапія

була провідним методом лікування. Була рекомендована когнітивно-біхевіоральна психотерапія у груповому та індивідуальному форматі з метою виявлення сутності інтрапсихічного невротичного конфлікту, його вербалізації та вирішення. Аутогенне тренування, сімейна терапія та, у разі привалювання фобічних симптомів, умовно рефлекторна. Фармакотерапія мала допоміжний характер, особливо на перших етапах лікування та була спрямована на зменшення емоційної напруги. Рациональним було призначення анксиолітиків (таблиця 2), малих доз антидепресантів груп селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та антидепресантів подвійної дії (серотонін- та норадреналінергічних).

Також при призначенні лікування враховувалась загальна астенизація внаслідок коронавірусної інфекції. До терапії додатково призначалась загальнозміцнювальна терапія (вітаміни групи В, препарати метаболічної дії та гепатопротектори, що дозволило збільшити біодоступність психотропних засобів). Також, необхідно враховувати соматовегетативні симптоми, що в більшості мають пароксизмальний чи змішаний характер. Додавання антипароксизмальної терапії низького або середнього дозування (ламотриджин, карбамазепін, солі вальпроєвої кислоти та ін.) дозволило нормалізувати механізми нейровегетативної регуляції.

Під час лікування хворих на психопатологічні порушення органічного генезу були враховані такі клінічні особливості перебігу хвороби, як чисельні неврозоподібні, переважно астеничні симптоми (відчуття втоми [4,18 бала за шкалою HARS,  $p \leq 0,021$ ], погіршення сну [3,87 бала,  $p = 0,018$ ]), та афективні симптоми (смуток [3,49 бала]), що були лабільними залежно від соматичного стану і супроводжувалися соматичними порушен-

Таблиця 2. Найбільш поширені анксиолітики різних груп

Групи препаратів/ препарати	Разова доза, мг	Добова доза, мг	Кратність прийому, разів	Тривалість лікування, доби
<b>Бензодіазепінові транквілізатори</b>				
діазепам	5–10	15–30	1–3	10–14
феназепам	0,5–1	1,5–3	1–3	10–14
гідазепам	20–50	60–150	1–3	14–21
<b>Анксиолітики</b>				
буспірон	5–10	15–30	1–3	30
гідроксизин	25–50	75–150	1–3	30
прегабалін	75–150	150–300	1–3	30
етіфоксин	50	50–150	1–3	28–84
опіпрамол	50–100	100–150	1–2	14–30
афобазол	10	30	2–3	28

нями (3,11 бала,  $p \leq 0,017$ ). Необхідно відзначити значну вираженість когнітивних порушень (3,66 бала,  $p \leq 0,012$ ), у тому числі значних труднощів в концентрації уваги, оперативної пам'яті (4,16 бала,  $p = 0,024$ ). За даними анамнезу, вірогідно більша кількість пацієнтів з психічними розладами органічного генезу мала більш виражений ступінь ураження легень за даними комп'ютерної томографії ( $p \leq 0,05$ ) та ускладнення після COVID-19 у вигляді неврологічної патології ( $p \leq 0,02$ ). Це свідчило про більш важкий перебіг інфекційного процесу. Суттєва частина психопатологічних симптомів була обумовлена впливом COVID-19 та визначала сомато-неврологічний стан пацієнтів. Лікування цієї групи обстежених також мало комплексний характер та включало фармакологічну терапію та психотерапію. Ці пацієнти потребували, насамперед, лікування, спрямованого на покращання загального стану, гемодинаміки та нейропротекції. Доцільним було призначення метаболічної, вазоактивної, ноотропної та нейропротекторної терапії. Психотропне лікування у цих хворих мало допоміжний характер і було спрямоване на усунення афективних, тривожних симптомів, по-

рушень сну. В залежності від провідної психопатологічної симптоматики необхідним було призначення анксиолітиків (небензодіазепінових терміном 4–6 тижнів, або бензодіазепінів до 2 тижнів), антидепресантів (переважно у середніх чи низьких дозах; серотонінергічних, комплексних, і серед них серотонін- та норадреналінергічних, а також агомелатину). За превалюванням виражених ідеаторних чи ажитованих станів раціональним було включення до терапії препаратів групи атипичних нейролептиків (у низьких дозах). Головним принципом психотропної фармакотерапії було урахування індивідуальної толерантності та запобігання розвитку побічної дії ліків, що частіше можуть виникати у даній категорії хворих через органічне ураження центральної нервової системи. Також був відзначений суттєвий вплив на загальну клінічну картину когнітивних порушень, які у цієї категорії хворих, безумовно, виникали в результаті органічних змін в структурах та клітинах головного мозку. Хворі досить критично оцінювали власні проблеми щодо когніції (порушення пам'яті, концентрації уваги, швидкого виснаження), що відбивалося на можливостях працездат-

ності, а в деяких випадках безпосередньо знижувало повсякденне функціонування і потребувало допомоги близьких. Це було суттєвим психотравмуючим чинником та сприяло формуванню вторинних невротичних порушень астено-депресивного та тривожного кола, що може призводити до формування песимістичних порушень та суїцидальних тенденцій. Відновлення когнітивних здібностей було важливим завданням терапії цих хворих. Раціонально було додавати препарати, що впливають на порушення глутаматергічної нейротрансмісії, а саме, мемантину, потенціалзалежного помірно афінного неконкурентного антагоністу NMDA-рецепторів. Мемантин призначали обмеженим терміном від 1 до 3 місяців з поступовим підвищенням дозування від 5 мг до 20 мг. Психотерапія також була облігатним методом, і за симптоматичним характером вона була спрямована на зменшення емоційної напруги та тривоги, підтримку, загальну седацию та розслаблення. В умовах формування вторинної невротизації за психогенним механізмом психотерапія була етіопатогенетичною і спрямованою на визначення та вирішення невротичних, суб'єктивно неподоланих для хворого ситуацій. Психотерапія включала когнітивно-біхевіоральну терапію, переважно в індивідуальному форматі, сімейну та арт-терапію.

В результаті проведеної терапії за розробленими схемами була оцінена ефективність терапії, дані якої представлені в *таблиці 3*. Результатами оцінки були одужання (виражене покращання), покращання, відсутності динаміки, погіршення. Ці критерії означали наступне.

Одужання (виражене покращання) включало: стійкий регрес психопатологічної симптоматики, сомато-вегетативних порушень, зафіксовані одразу після проведеної терапії та через 3 місяці піс-

ля звершення лікування (дані катамнезу), усвідомлене розуміння механізмів хвороби, суттєве підвищення адекватності емоційної відповіді на фруструючі події та адекватності самооцінки, варіативність та гнучкість у використанні захисних механізмів, повне відновлення соціального функціонування.

Покращання означало зменшення вираженості психопатологічної симптоматики, сомато-вегетативних порушень після проведеного лікування, визнання необхідності зміни хворобливих настанов, часткове відновлення соціального та мікросоціального функціонування при катамнестичному дослідженні через 3 місяці після лікування.

Відсутність динаміки була констатована при збереженні психопатологічної та соматовегетативної симптоматики після проведеного лікування, запереченні зв'язку захворювання з неадекватною психологічною оцінкою, збереженні неefективних засобів психологічного захисту, а також при збереженні порушень соціального функціонування.

Погіршення означало загострення вираженості психопатологічної симптоматики, виникнення нових, яких не було раніше, клінічних проявів після проведеного лікування, збереження неefективних засобів психологічного захисту, збільшення порушень соціального функціонування.

За даними *таблиці 3*, в основній групі досягнуто вірогідно вище ніж у групі порівняння одужання/виражене покращання.

### Висновки

На підставі визначених мішеней терапевтичного впливу були розроблені підходи щодо терапії хворих на психопатологічні порушення, які перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2. Найбільш суттєвими клінічними особливостями патологічних проявів були психопатологічні

Таблиця 3. Оцінка ефективності терапії

Показник, що оцінювався	Основна група		Група порівняння	
	Абсолютна кількість хворих (n=95)	% ± m %	Абсолютна кількість хворих (n=72)	% ± m %
Одужання/виражене покращання	51	53,10±5,14*	29	40,28±5,82
Покращання	43	45,3±5,13	41	56,94±5,87*
Відсутність динаміки	1	1,05±1,03	2	2,78±0,70
Погіршення	—	—	—	—

Примітки: \* – достовірність відмінностей на рівні  $p < 0,05$ .

порушення переважно афективного та тривожного спектру, які супроводжувалися суттєвими сомато-вегетативними симптомами та когнітивними змінами. На формування патології впливали як психогенні чинники, а саме стресори пандемії SARS-CoV-2, так і патопластичні зміни, пов'язані безпосередньо з перенесеною інфекційною хворобою. Була виявлена тенденція щодо ускладнення клінічної картини психопатологічних порушень та зменшення періоду ремісії у хворих, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2. Ми дійшли висновку, що лікування повинне бути комплексним, включати фармако- та психотерапію, при чому фармакотерапію раціонально спрямовувати не лише на корекцію психопатологічних проявів, а також підключати загальнозміцнювальне, метаболічне, нейропротекторне, антипароксизмальне лікування. На нашу думку, для лікування психологічних та психічних наслідків COVID-19 та впливу стресорів пан-

демії SARS-CoV-2 використовується може бути використаний комплекс методів, що поєднує фармако- та психотерапію. При різних формах патології фармакотерапія може виконувати різну роль. При депресивних розладах вона може бути провідною на початку та підтримувальною на подальших етапах (на перший план виходить психотерапія); при невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психотерапія має бути провідною, а фармакотерапія – допоміжною; при психічних розладах органічного генезу фармако- і психотерапія є однаково важливі.

#### Перспективи подальших досліджень

В ході подальших досліджень доцільно розробити диференційовані схеми психотерапевтичної корекції на підставі психологічних мішеней терапевтичного впливу для хворих, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2.

**Конфлікт інтересів** відсутній.

#### Література

1. Марута НО, Семікіна ОЄ, Федченко ВЮ, Явдак ІО, Панько ТВ. Мішені терапевтичного впливу (фармако- та психотерапії) в осіб із психічними порушеннями, що перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2024;11(2(24)):14-23. DOI: 10.26565/2312-5675-2024-24-04.



2. Kunzler AM, Lindner S, Rothke N, Schafer SK, Metzendorf M-I, Sachkova A, et al. Mental Health Impact of Early Stages of the COVID-19 Pandemic on Individuals with Pre-Existing Mental Disorders: A Systematic Review of Longitudinal Research. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 4;20(2):948. DOI: 10.3390/ijerph20020948. PMID: 36673705.

3. Zhang K, Zhou X, Liu H, Hashimoto K. Treatment concerns for psychiatric symptoms in patients with COVID-19 with or without psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 2020;217(1):351. DOI: 10.1192/bjp.2020.84. PMID: 32270760.

4. Lee SA. The Coronavirus Anxiety Scale: a brief mental health screening for anxiety related to COVID-19. *Death Stud*. 2020;44(7):393-401. DOI: 10.1080/07481187.2020.1748481. PMID: 32299304.

5. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901-7. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.026. Erratum in: *Brain Behav Immun*. 2021;92:247. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.11.023. PMID: 32437915.

6. Юр'єва ЛМ, та ін. (ред.). Постковідний синдром: діагностика, лікування та профілактика психологічних, психопатологічних і неврологічних наслідків. Навчальний посібник. Львів: «Новий світ-2000»; 2021. 268 с.

7. Міщенко ТС, Міщенко ВМ. Неврологічні ускладнення у пацієнтів з COVID-19. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2021;16:23-33. DOI: 10.26565/2312-5675-2021-16-03.

8. Матеріали онлайн-семінарів «Досвід переживання пандемії COVID-19: дистанційні психологічні дослідження, дистанційна психологічна підтримка» (Україна, Київ, 23 квітня 2020 та 15 травня 2020). 121 с. DOI: 10.33120/QERPASProceeding-2020.

*Maruta N., Semikina O., Fedchenko V., Yavdak I., Panko T.*

#### **THE ROLE OF PHARMACOTHERAPY IN THE TREATMENT OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE COVID-19 AND HAVE BEEN EXPOSED TO SARS-CoV-2 PANDEMIC STRESSORS**

The COVID-19 pandemic has multifaceted influenced to mental health and the development of psychopathological symptoms. The article presents the approaches to the treatment of psychopathological states in persons who have undergone COVID-19 and have been exposed to the SARS-CoV-2 pandemic stressors. The structure of psychopathological disorders included endogenous affective disorders, namely depressive episodes, recurrent depressive disorders (F32, F33), neurotic, associated with stress and somatoform disorders (F4) and psychopathological conditions of the organic genesis (F06). The clinical condition of patients in the dynamics of therapy was evaluated by the clinical and psychopathological method, psychopathological disorders are evaluated using a psychometric method. Treatment has been developed on the basis of certain targets of therapeutic influence for the specified category of patients: clinical-anamnestic, clinical-psychopathological and psychological and were specific to different groups of diseases. The most significant clinical features are the psychopathological disorders of the predominantly affective and alarming spectrum, which were accompanied by significant somato-vegetative symptoms and cognitive changes. The role of pharmacotherapy, developed on the basis of certain clinical manifestations and its relationship with psychotherapy in complex treatment, depending on the peculiarities of psychopathology, was determined. In depressive disorders, it can be leading at the beginning and supporting at later stages (psychotherapy

comes to the fore); in neurotic, stress-related and somatoform, psychotherapy should be leading, and pharmacotherapy should be auxiliary; in mental disorders of organic origin, pharmacotherapy and psychotherapy are equally important.

**Keywords:** *mental disorders therapy, targeting therapy, evaluation of therapy.*

*Надійшла до редакції 30.08.2024*

### Відомості про авторів

*Марута Наталія Олександрівна* – доктор медичних наук, професор, заступник директора з наукової роботи, завідувачка відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина національної академії медичних наук України», Харків, Україна.

Поштова адреса: Україна, 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

E-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

ORCID: 0000-0002-6619-9150.

*Семікіна Олена Євгенівна* – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник-провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина Національної академії медичних наук України» Харків, Україна; доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, Україна.

Поштова адреса: Україна, 61022 м. Харків, Майдан Свободи, буд. 6.

E-mail: [osemikina@ukr.net](mailto:osemikina@ukr.net)

ORCID: 0000-0003-1197-855X.

*Федченко Вікторія Юріївна* – доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина Національної академії медичних наук України», Харків, Україна.

Поштова адреса: Україна, 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

E-mail: [vfedchenko83@ukr.net](mailto:vfedchenko83@ukr.net)

ORCID: 0000-0002-9169-8787.

*Явдак Ірина Олександрівна* – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник-провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина Національної академії медичних наук України», Харків, Україна.

Поштова адреса: Україна, 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

E-mail: [iyavdak@ukr.net](mailto:iyavdak@ukr.net)

ORCID: 0000-0002-9417-3994.

*Панько Тамара Василівна* – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник-провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина Національної академії медичних наук України», Харків, Україна.

Поштова адреса: Україна, 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

E-mail: [tamarapanko@ukr.net](mailto:tamarapanko@ukr.net)

ORCID: 0000-0003-0026-3882.