

*О.О. Хаустова, О.С. Чабан,
А.О. Бурдейний*

*Національний медичний
університет імені
О.О. Богомольця, м. Київ*

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОРОНАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ (COVID-19)

Резюме. З розвитком епідемічної ситуації COVID-19 число підтверджених та підозрюваних пацієнтів продовжує збільшуватись, що сприяє зростанню навантаження на медичних працівників для боротьби з епідемією. Паралельно із цим підвищується потреба в психологічній реабілітації, оскільки в пацієнтів спостерігаються стійкі психічні та когнітивні порушення як в умовах стаціонарного/амбулаторного лікування, так і в період перебігу постковідного синдрому, що може зберігатися протягом тривалого часу. З огляду на це постала необхідність створення програми надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам. У даному протоколі розглядаються поетапні стратегії ефективної психологічної реабілітації та надаються практичні рекомендації.

Ключові слова: коронавірусна хвороба, постковідний синдром, реабілітація, організація психологічної допомоги.

Актуальність проблеми. COVID-19 створює значні проблеми для реабілітаційних служб у всьому світі. Реабілітація постійно належить до тих видів медичних послуг, які зазнають найбільш значного негативного впливу пандемії [1]. Водночас COVID-19 насправді збільшує потреби в реабілітації як для пацієнтів, які важко переживають хворобу, так і для тих, хто продовжує відчувати довгострокові наслідки своєї хвороби [2]. Передбачається збільшення потреби в реабілітації в чотирьох основних групах населення [2]:

1. Пацієнти після COVID-19: ті, хто відновлюється після тривалого періоду в умовах ВІТ та лікарні, та ті, хто має тривалі симптоми COVID-19 (long COVID) та одужує в позалікарняних умовах.
2. Пацієнти, які очікують на призупиненні термінові та рутинні втручання і в яких є подальше погіршення функціонування.
3. Пацієнти, які уникали доступу до медичних послуг під час пандемії і які зараз мають більший ризик погіршення здоров'я та інвалідизації.
4. Соціально ізольовані/незахищені групи населення, у яких карантинні обмеження призвели до зниження рівня активності та соціальних зв'язків, зміни споживання їжі; зловживання психоактивними речовинами, втрати фізичного та психічного добробуту і, отже, до підвищеного ризику для здоров'я.

Саме перша група потребує нових підходів до реабілітації на основі нового досвіду курації пацієнтів із COVID-19 [3-5]. Психологічний стрес є

типовою емоційною відповіддю на підтвердження COVID-19 (48%) [5]. Його проявами є відчуття жалю, обурення та роздратування, а також ознаки тривоги з можливими нападами паніки, фобіями та безсонням й депресії з відчуттям самотності та безпорадності [5]. COVID-19 асоціюється з психічними проявами, включаючи марення або розгубленість (до 65%) [6], збудження або ажитацію (до 69%) [6], тривогу (34%) [7], депресію (28%) та проблеми зі сном [7]. Тяжкий перебіг COVID-19 досить часто ускладнюється делірієм (іноді єдиною ознакою — без респіраторних симптомів) [3, 6], який, зокрема, асоціюється з підвищеним ризиком смертності. Підвищений ризик впливу COVID-19 на психічне здоров'я мають люди похилого віку та ті, хто страждає на хворобу Альцгеймера та хвороби, пов'язані з деменцією [8]. 30-40% пацієнтів, які потребували тривалого (>48 годин) лікування інтенсивної терапії з інвазивною вентиляцією, мають серйозні та багатофакторні обмеження в різних сферах функціонування (фізичному, когнітивному та психологічному), відомих як синдром післяінтенсивної терапії (PICS).

Близько $\frac{3}{4}$ пацієнтів із COVID-19 після виписки з лікарні з негативним тестом ПЛР ще до півроку страждають щонайменше від одного симптому, пов'язаного з перенесеною інфекцією, у тому числі $\frac{1}{4}$ тих, хто перехворів, має розлади сну, тривогу або депресію. Найпоширенішими психологічними проблемами цього періоду є гострі стресові розлади (18,6%), тривожні симптоми та симптоми деморалізації (26,7%), депресія (10,5%)

та ускладнене горювання (8,1%) [9]. Серед психіатричних ускладнень COVID-19 наголошується на таких, як: депресія, посттравматичний стресовий розлад, соматоформний больовий розлад, панічний розлад, а також синдром хронічної втоми та порушена якість життя.

Стійкі психічні порушення у вигляді тривожності, депресії і ПТСР спостерігаються в осіб, що пережили критичний перебіг захворювання через 1 рік після виписки. У більшості пацієнтів із важким гострим респіраторним дистрес-синдромом в анамнезі були виявлені когнітивні порушення, у тому числі порушення концентрації уваги, пам'яті і швидкості розумових процесів протягом року після хвороби («мозковий туман»).

Тривалий COVID-19 включає в себе тривалий симптоматичний COVID-19 (від 4 до 12 тижнів) і пост-COVID-19 синдром (12 тижнів і більше). Пост-COVID-19 синдром може бути розглянутий до 12 тижнів, при цьому також оцінюється можливість розвитку альтернативного основного захворювання. Імовірність розвитку триваючого симптоматичного COVID-19 або пост-COVID-19 синдрому не пов'язана з тяжкістю перебігу гострого COVID-19.

Отже, медичний персонал повинен звертати увагу на стан психічного здоров'я пацієнтів із COVID-19, а в разі потреби проводити оцінку окремих психічних функцій та ймовірності психічних розладів [3]. Під час пандемії необхідний біопсихосоціальний підхід до профілактики, догляду та лікування, навіть у той час, коли увага зосереджена на фізичних потребах пацієнта.

Визначення потреби в реабілітації. Необхідно проводити фізичну, когнітивну та психологічну оцінку з метою надання реабілітаційних послуг після COVID-синдрому для всіх пацієнтів, хто їх потребує, незалежно від того, чи були вони госпіталізовані чи ні, і незалежно від того, чи встановлений клінічний діагноз COVID із позитивним чи негативним SARS-CoV-2 тестом.

Існує три основних категорії пацієнтів із наслідками COVID, що потребують реабілітації, у тому числі психологічної:

1. *Пацієнти, що ніколи не потрапляли до лікарні з гострою хворобою, але впорались самостійно.* Якщо нові симптоми розвиваються через 6-12 тижнів після зараження COVID-19, обстеження проводиться лікарем загальної практики для виключення/підтвердження альтернативного діагнозу. Постковідний синдром може включати зміну симптомів та розвиток нових симптомів із часом, і це слід враховувати. Якщо не встановлено жодного альтернативного діагнозу, пацієнта слід обстежити за допомогою шкали PCFS для визначення подальшого обсягу реабілітації. Слід

розрізнити наявні в пацієнта ХНІЗ та ускладнення, пов'язані з COVID-19.

2. *Пацієнти, що були госпіталізовані з COVID-19.* Лікаря первинної медичної допомоги (ПМД) має бути надана детальна інформація з рекомендаціями щодо подальшого лікування, догляду та реабілітації. Стан пацієнтів із резидуальними симптомами через 6 тижнів після виписки має бути оцінений лікарем із плануванням подальших оглядів або скерування до іншого фахівця, де це доречно. Оцінка та дослідження нових симптомів через 6 тижнів, на рівнях вторинної медичної допомоги (ВМД) або ПМД, повинні виключити альтернативний діагноз, а якщо не встановлено жодного альтернативного діагнозу, пацієнта слід обстежити за допомогою шкали PCFS для визначення подальшого обсягу реабілітації.

3. *Пацієнти з COVID-19, які лікувались у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВІТ).* Пацієнти з COVID-19, які лікувались у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВІТ), повинні пройти комплексну оцінку потреб у реабілітації на етапі переходу до інших стаціонарних закладів. Стаціонарна реабілітація з визначеними цілями повинна розпочатися негайно. Подальша оцінка поточних потреб у реабілітації повинна бути зроблена під час виписки з лікарні з відповідним скеруванням до лікаря загальної практики, якщо це необхідно. Лікаря ПМД має бути надана детальна інформація з рекомендаціями щодо подальшого лікування, догляду та реабілітації, а повторна оцінка ним проводиться через 4-6 тижнів після виписки. Оцінка та дослідження нових симптомів через 6 тижнів повинні виключити альтернативний діагноз, а якщо не встановлено жодного альтернативного діагнозу, пацієнта слід обстежити за допомогою шкали PCFS для визначення подальшого обсягу реабілітації.

Терміни проведення оцінки за шкалою PCFS визначаються категоріями пацієнтів, що підлягають реабілітації: (1) на першому прийомі в клініці після COVID-19; (2) через 4-8 тижнів після першого прийому в клініці; (3) через 6 місяців після першого прийому в клініці.

Поетапна психологічна реабілітація. Психологічними аспектами хвороби COVID-19 слід керувати як частиною загального процесу відновлення, але не розглядати їх як основну спрямованість лікування для всіх. Індивідуалізовані плани реабілітації мають вирішальне значення в процесі видужання, а не єдиний підхід для всіх пацієнтів.

Психологічна реабілітація передбачає використання:

1. Психологічні втручання низької інтенсивності щодо пацієнтів із COVID-19 та/або постковідним синдромом можуть бути здійснені лікарем ПМД із мінімальною підготовкою, а не тільки спеціалістом-психологом чи психотерапевтом.
2. Психологічні втручання високої інтенсивності є різновидами високоспеціалізованої психотерапії, що проводиться спеціально навченими, акредитованими для певного виду допомоги фахівцями: психологами, психотерапевтами та психіатрами. Враховуючи всіх пацієнтів із COVID-19, високоспеціалізованого психологічного втручання потребує понад 1/3 після гострого періоду COVID-19 [9].

Втручання повинно бути динамічним та адаптованим відповідно до різних стадій хвороби (ВІТ, терапевтичне відділення, амбулаторна допомога) та різних стадій пандемії (тобто під час та після спалаху). Тривалість психосоціальної реабілітації зазвичай становить дві-чотири години на тиждень.

Екстрене психологічне кризове втручання (етап 0). Психологічну реабілітацію госпіталізованих пацієнтів із COVID-19 потрібно починати з екстреного психологічного кризового втручання силами медичного персоналу ЗОЗ; обсяг втручання залежить від стадії лікування (табл. 1).

Психологічна реабілітація у ВІТ (етап 1). На першому етапі медичної реабілітації, у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВІТ), важливо організувати проведення ранніх загальних та психологічних реабілітаційних заходів, спрямованих

на зниження ймовірності розвитку делірію, а також тривоги й паніки (які посилюють задишку) та суїцидальної налаштованості [10]. Варто зауважити, що сильна задишка часто викликає занепокоєння, яка може ще більше посилитись. Під час допоміжного лікування заохочення техніки розслаблення та дихання може допомогти впоратися із задишкою (табл. 2) [10].

Таблиця 2. Методи, що допомагають впоратися із задишкою

Техніки контрольованого дихання включають позиціонування, стискання губ, дихальні вправи та скоординоване тренування дихання.
При диханні зі стиснутими губами пацієнти вдихають носом протягом декількох секунд із закритим ротом, а потім повільно видихають через стиснуті губи протягом 4-6 секунд. Це може допомогти полегшити сприйняття задишки під час фізичних вправ або коли є тривога.
Розслаблення й опускання плечей зменшує «згорблену» позу, яка з'являється із занепокоєнням.
Дихальні вправи мають на меті допомогти пацієнтові відновити почуття контролю та поліпшити силу дихальних м'язів.

Необхідно усунути оборотні причини тривоги, марення та збудження: вивчити проблеми і тривоги пацієнта; забезпечити ефективне спілкування та орієнтацію; забезпечити належне освітлення; пояснити тим, хто надає допомогу, як вони можуть допомогти [10].

Рекомендується негайне обстеження клініцистом для усунення будь-якої основної причини делірію або належного лікування [10].

Таблиця 1. Екстрене психологічне кризове втручання низької інтенсивності щодо госпіталізованих пацієнтів із COVID-19

Групи та прояви	Втручання
(1) На ранній стадії ізоляційного лікування <i>Психічний стан:</i> набінг, заперечення, гнів, страх, тривога, депресія, розчарування, скарги, безсоння	Принцип: підтримка та комфорт 1. Зрозумійте, що емоційна реакція пацієнта є нормальною реакцією на стрес. 2. Поясніть важливість і необхідність ізоляції та спонукайте пацієнтів до формування впевненості в одужанні. 3. Поясніть основні моменти сучасного лікування та ефективність втручання. 4. Стабілізуйте емоції пацієнтів та оцініть ризики самогубства й самопошкодження. 5. У разі потреби консультація психіатра.
(2) Період лікування в ізоляції <i>Психічний стан:</i> прояви стадії (1) + самотність/дискомфорт через страх перед хворобою, відмова від лікування або надмірний оптимізм щодо лікування	Принцип: активне повідомлення інформації, консультація психіатра в разі потреби 1. Якнайкраще об'єктивно та правдиво поясніть хворобу й зовнішню епідемічну ситуацію. 2. Допомогайте спілкуватися із родичами, що назовні, та передавати інформацію. 3. Активно заохочуйте пацієнтів до співпраці щодо всіх способів лікування. 4. Намагайтеся зробити обстановку зручнішою для пацієнта. 5. У разі потреби консультація психіатра.
(3) Пацієнти з респіраторним дистресом та сильним занепокоєнням <i>Психічний стан:</i> відчуття вмирання, паніка, відчай тощо	Принцип: заспокоєння, емоційне спілкування та підвищення впевненості в лікуванні 1. Заспокойте та дайте заспокійливі ліки. 2. Посиліть лікування основного захворювання та зменшуйте симптоми.

Рекомендується управління будь-якою основною причиною марення шляхом відстеження оксигенації, виправлення метаболічних або ендокринних відхилень, усунення супутніх інфекцій, зведення до мінімуму вживання ліків, які можуть спричинити або погіршити делірій, лікування відмови від ПАР, розуміння та мінімізація наслідків будь-яких шкідливих взаємодій ліків і підтримка нормальних циклів сну, наскільки це можливо [3].

У пацієнтів, які переживають збудження (визначається як виражений неспокій або надмірна рухова активність, часто супроводжується тривогою), необхідно використовувати заспокійливі стратегії спілкування та намагатися переорієнтувати людину. Гострий біль, спричинений фізичною хворобою або нестачею повітря, слід розглядати як поштовх для збудження, що потребує негайного втручання. Якщо людина продовжує хвилюватися, незважаючи на стратегії, описані вище, і переживає сильний дистрес, можливо, доведеться використовувати психотропні препарати [3].

Фахівці з когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), що мають досвід, можуть здійснювати психологічне втручання у вигляді клінічного інтерв'ю для проведення клінічної оцінки та підкреслення думок, емоцій і психологічних проблем пацієнтів, що дозволяє подолати реляційні бар'єри, тим самим посиливши використання паравербальної та невербальної комунікації (зокрема, тону голосу та жестів) як посередників емпатії.

Психологічна реабілітація в терапевтичному відділенні (етап 2). В умовах терапевтичного відділення психологічні реабілітаційні втручання можуть зосередитися на вирішенні основних завдань, таких як: базова підтримка психічного здоров'я (подолання стресу, неспокою або депресії; корекція порушення сну; корекція когнітивних проблем) [15, 16]; психосоціальна підтримка (визначення потреб та проблем пацієнта; їх вирішення); підтримка самостійності в повсякденному житті та діяльності [15, 16].

Основні навички психосоціальної підтримки є надзвичайно важливими для ведення всіх пацієнтів, і вони є невід'ємною частиною допомоги, що надається різним групам, включаючи дітей, людей похилого віку, вагітних жінок та інших, які постраждали від COVID-19.

Потрібно запитувати людей про їхні потреби та занепокоєння щодо діагностики, прогнозу та інших соціальних, сімейних чи робочих питань. Уважно слухати, намагатися зрозуміти, що для людини найважливіше в цей момент, допомагати їм визначити їхні пріоритети і пов'язати їх із відповідними ресурсами та послугами.

Варто надавати точну інформацію про стан людини та плани лікування зрозумілою та

нетехнічною мовою, оскільки відсутність інформації може бути основним джерелом стресу. Допомогати людям у вирішенні нагальних потреб, занепокоєнь та в прийнятті рішень, якщо це необхідно.

Для вчасного виявлення емоційних порушень психічного здоров'я рекомендовано проводити оцінку інтенсивності тривоги й депресії за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) та оцінку якості життя за результатами опитувальників якості життя [14].

Для пацієнтів, які відчувають симптоми тривоги, слід розглянути такі стратегії психосоціальної підтримки, як психологічна перша допомога, управління стресом та короткі психологічні втручання, засновані на принципах когнітивно-поведінкової терапії [3].

Для пацієнтів, які відчувають симптоми депресії, можуть бути розглянуті короткі психологічні втручання, засновані на принципах когнітивно-поведінкової терапії, терапія вирішення проблем та вправи з релаксації [17].

Якщо симптоми тривоги або депресії зберігаються і після одужання від COVID-19 та/або виписки з лікарні, можна запідозрити тривожний або депресивний розлад та проконсультуватися з фахівцем у галузі психічного здоров'я для подальшого належного лікування.

Насамперед важливо запитати про думки або акти самоушкодження, особливо під час COVID-19, через фактори ризику самопошкодження та самогубства, такі як почуття ізоляції, втрата коханої людини, робота чи фінансові втрати та безвихідь. Варто запобігти можливим способам заподіяння собі шкоди, активувати психосоціальну підтримку, у разі потреби звернутися до спеціаліста з психічного здоров'я.

Для пацієнтів, госпіталізованих із приводу COVID-19, додатковими причинами безсоння можуть бути фактори навколишнього середовища, тривожність, марення, збудження, біль або нестача повітря. Ми рекомендуємо стратегії психосоціальної підтримки як першочергові заходи для управління проблемами сну в умовах гострого стресу.

Ефективними втручаннями для усунення розладів сну є консультування пацієнта з питань гігієни сну (включаючи відмову від використання психостимуляторів, таких як кофеїн, нікотин або алкоголь) і управління стресом. Також можуть застосовуватись втручання, засновані на принципах КПТ.

На цьому етапі психологічне втручання може проводитись очно або онлайн. Перевага віддається дистанційним методам втручання за умови забезпечення пацієнта безперешкодним постійним доступом до інтернету [11-13].

Для пацієнтів зміст психологічних інтервенцій on-line включає:

1. Знання про методи профілактики, діагностики, терапії та реабілітації COVID-19.
2. Знання про навички психологічної самоадаптації: підтримка емоційної стабільності (метод релаксації, черевне дихання); поради фахівців (як протистояти тривозі та страху, спричиненими COVID-19); аудіо *mildfulness* (зосереджена уважність) для зменшення стресу.
3. Телефони гарячої лінії, інтернет-консультування.
4. Оцінка в інтернеті (7/24 год): ТРИВОГИ – Генералізований тривожний розлад 7 (General anxiety disorder-7, GAD-7); ДЕПРЕСІЇ – Опитувальник здоров'я пацієнта 9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9); СНУ – Пітсбурзький опитувальник якості сну (Pittsburgh sleep quality index, PSQI).

Було підтверджено позитивний досвід впровадження телемедицини для надання допомоги майже 90% пацієнтів із психічними розладами під час пандемії COVID-19 в Італії, Франції та США.

Психологічна реабілітація в умовах амбулаторно-поліклінічної служби (етап 3). Психологічна реабілітація та подальші спостереження повинні продовжуватися після виписки пацієнтів із лікарні, щоб переконатися, що симптоми не погіршуються, і пацієнти продовжують добре функціонувати. Це може бути забезпечено за допомогою телемедицини, де це можливо та доцільно.

При тривалому COVID-19 акцент робиться на мультидисциплінарній реабілітації з використанням працетерапії, фізіотерапії, психокорекції, психотерапії, психофармакотерапії щодо таких нейропсихіатричних симптомів, як стомлюваність, когнітивні порушення, інсомнія, тривога, депресія.

При курації пацієнтів із триваючим симптоматичним COVID-19 або пост-COVID-19 синдромом особливу увагу слід звертати на комунікативну складову курації: дати повну, у тому числі в письмовій формі, інформацію про можливий перебіг захворювання та техніки самоконтролю; використовувати спільне прийняття рішень у рамках терапевтичного альянсу; забезпечити динамічний моніторинг із кроком 6 тижнів переважно в режимі телемедицини.

Необхідно дотримуватись правил проведення дистанційних втручань:

Залучення пацієнта та спілкування. Практикуючому лікарю варто описати потенційні варіанти спілкування, включаючи соціальні медіа, для пацієнтів та їхніх родин та запитати їх, чому вони віддають перевагу. Дати зрозуміти, що ви не просите їх взяти на себе зобов'язання використовувати певний додаток чи інструмент, з'ясуйте, які їхні уподобання, якщо це буде використовуватися в подальшій психологічній реабілітації. Надайте пацієнтам чітку, обґрунтовану скориговану інформацію про лікування, що здійснюється дистанційно.

Робота з тими, хто може мати порушення комунікації. Визначення будь-яких альтернативних або допоміжних засобів спілкування, які допомагають пацієнту зрозуміти чи висловитись. Для цього може знадобитися додаткова підготовка з пацієнтом або його сім'єю/опікунами, щоб визначити найкращі засоби спілкування та забезпечити взаємний доступ. Варто продумати, як терапевтичну мову чи конкретний словниковий запас можна спростити, перефразувати або представити символами чи малюнками, щоб найкраще підтримати людей, які розуміють та реагують.

Повинно бути облаштовано відповідне місце, якщо спеціаліст працює вдома. Якщо використовується відеоконсультація, зображення не повинно містити конфіденційної інформації, а освітлення повинно давати чітке зображення. Використання гарнітури дозволяє максимізувати якість звуку. Слід уточнити в пацієнтів, чи є в них безпечний і надійний простір для лікування, де сеанси будуть конфіденційними та вільними від відволікання.

При використанні тільки аудіо розуміти невербальні репліки може бути складно. Потрібно уважно стежити за тембром голосу (якщо це можливо), темпом, інтонацією та використанням тиші / тривалих пауз. На початку лікування погоджувати з пацієнтом, як діятимете, якщо технологія вийде з ладу.

Орієнтація на негайні почуття пацієнта щодо конкретного режиму терапії (аудіо/відео) може зменшити/прибрати будь-які занепокоєння чи побоювання та регулярно отримувати відгуки протягом перших кількох сеансів. Має бути наявне пояснення пацієнту, що сеанси завжди будуть заплановані, щоб він/вона не хвилювались, коли буде наступний контакт. Важливо підкреслити, що це зустріч, і попросити пацієнта підготуватися заздалегідь (тобто запитання, відгуки, готові щоденники тощо). Використання письмових матеріалів та щоденників і надання прикладів електронною поштою сприяє покращенню стану та рівня комплаєнсу. Обов'язково має бути погоджено кодове слово для використання, коли пацієнт не зможе говорити.

Оцінка пацієнтів із новими або триваючими симптомами після гострого COVID-19 передбачає пацієнт-центрований психосоматичний підхід із відповідною клінічною верифікацією соматичних і психічних симптомів за шкалами та МКХ-10, а також визначення когнітивного дефіциту, рівня функціонування та якості життя. Ми рекомендуємо оперативно виявляти та оцінювати симптоми тривоги, депресії, ОКР, ПТСР тощо в контексті COVID-19 та ініціювати стратегії психосоціальної підтримки й втручання першої лінії для лікування нових симптомів [18].

Варто розглядати симптоми в контексті індивідуальної ситуації пацієнта, включаючи попередній стан психічного здоров'я, соціальну підтримку, домашнє середовище та подальший доступ до реабілітації. Особливу увагу слід приділити людям похилого віку, інвалідам та особам із супутніми захворюваннями, які можуть мати більш складні потреби в реабілітації [3].

При виявленні важких психіатричних симптомів або ризику самоушкодження/самогубства необхідна термінова консультація психіатра [19]. Слід також залучати психіатра (краще в складі мультидисциплінарної бригади) для курації психічних розладів середньоважкого ступеня або складних психосоматичних розладів. Симптоми легкої тривоги і/або легкої депресії припускають подальшу психологічну інтервенцію фахівців: психолог, лікар загальної практики і т. д., без обов'язкового залучення психіатра.

Таблиця 3. Рекомендації з психологічної реабілітації: рівень доказовості, цит. за [20]

Вид втручання	Рівень доказовості
У гострій фазі COVID-19 можуть допомогти ефективне спілкування, соціальний контакт (хоча і віддалено) та інформаційний лист для пацієнтів.	Рівень 5
Пацієнти повинні повторно оглядатись на етапі одужання для виявлення несприятливих психологічних наслідків COVID-19. Цей огляд повинен зосередитись на настрої та самопочутті. Медичних працівників, які перенесли COVID-19, слід вважати групою високого ризику.	Рівень 5
Слід проводити активний моніторинг (постійний огляд) тих пацієнтів, хто має підпорогові психологічні симптоми.	Рівень 1a
Звернення до психологічних служб та застосування травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ), терапії когнітивної обробки (СРТ) або десенсибілізації та репроцесуалізації за допомогою руху очей (EMDR) доцільно для пацієнтів із ПТСР помірного/важкого ступеня тяжкості.	Рівень 1a

Психологічні втручання низької інтенсивності (психоосвіта, релаксація, дихальні вправи, заземлення) та психологічні втручання високої інтенсивності (КПТ) слід використовувати залежно від психічного стану та потреб пацієнта, а також навичок медичного персоналу із застосування окремих технік психологічної реабілітації.

Станом на сьогодні існує обмежена доказова база щодо ефективності психологічної реабілітації пацієнтів із COVID-19 на різних етапах надання медичної допомоги [20]. Рекомендації щодо психологічної реабілітації пацієнтів із COVID-19 на основі консенсусу, заснованого на фактичних даних, мають такий рівень доказовості (табл. 3).

Висновки

На сьогодні залишаються невирішеними багато питань щодо ефективності курації COVID-19, у тому числі оптимальні кількість і якість медичних та психосоціальних втручань, біопсихосоціальні предиктори і превентори перебігу й прогнозу пост-COVID-19 синдрому, прицільна діагностика (включаючи фізичні, психологічні та психіатричні аспекти) та курація надто уразливих категорій населення.

Вивченням цих питань прицільно займається багатопрфільний науковий консорціум для збору й оцінки короткотривалих та довгострокових наслідків SARS-CoV-2 для ЦНС, що працює при технічному керівництві ВООЗ та об'єднує наукових лідерів понад 30 країн.

В Україні силами робочої мультидисциплінарної групи МОЗ у складі імунологів, кардіологів, неврологів, психіатрів та експертів за деякими іншими спеціальностями був створений Протокол надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам, затверджений наказом МОЗ № 771 від 20.04.2021. Представлено розроблені програми реабілітації в різних галузях медицини, результатом впровадження яких у реальну клінічну практику очікується покращення психосоматичного здоров'я населення України.

Список використаної літератури

1. *Rehabilitation in health systems: guide for action. Information sheet WHO/NMH/NVI/19.9.* <https://www.who.int/publications/i/item/rehabilitation-in-health-systems-guide-for-action-information-sheet>
2. *Rehabilitation: a framework for continuity and recovery 2020 to 2021. A framework to help organisations plan rehabilitation services following the coronavirus pandemic.* 29 May 2020 <https://gov.wales/rehabilitation-framework-continuity-and-recovery-2020-2021.html>
3. *Clinical management of COVID-19 WHO 2020.* <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>
4. *Gorna R. et al. Long COVID guidelines need to reflect lived experience // The Lancet.* — 2021. — Vol. 397, № 10273. — P. 455-457. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32705-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32705-7)

5. *Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment*. 2020. <https://covid-19.alibabacloud.com>
6. Helms J., Kremer S., Merdji H., Clere-Jehl R., Schenck M., Kummerlen C., et al. *Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection* // *N. Engl. J. Med.* — 2020. Epub 2020/04/16.
7. Mao L., Jin H., Wang M., Hu Y., Chen S., He Q., et al. *Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China* // *JAMA Neurol.* — 2020. Epub 2020/04/11.
8. Yamamoto V., Bolanos J.F., Fiallos J., Strand S.E., Morris K., Shahrokhinia S., Cushing T.R., Hopp L., Tiwari A., Hariri R., Sokolov R. *COVID-19: review of a 21st century pandemic from etiology to neuro-psychiatric implications* // *Journal of Alzheimer's Disease.* — 2020 Jan 1 (Preprint). — P. 1-45. <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad200831>
9. Rossi Ferrario S., Panzeri A., Cerutti P., Sacco D. *The Psychological Experience and Intervention in Post-Acute COVID-19 Inpatients* // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* — 2021. — Vol. 17. — P. 413-422. <https://doi.org/10.2147/NDT.S283558>
10. *COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community*. NICE guideline [NG163]. Published date: 03 April 2020 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/chapter/7-Managing-anxiety-delirium-and-agitation>
11. Fagiolini A., Cuomo A., Frank E. *COVID-19 Diary From a Psychiatry Department in Italy* // *J. Clin. Psychiatry.* — 2020. — Vol. 81 (3):20com13357.
12. Corrruble E. *A Viewpoint From Paris on the COVID-19 Pandemic: A Necessary Turn to Telepsychiatry* // *J. Clin. Psychiatry.* — 2020. — Vol. 81 (3):20com13361.
13. Freeman M.P. *COVID-19 From a Psychiatry Perspective: Meeting the Challenges* // *J. Clin. Psychiatry.* — 2020. — Vol. 81 (2):20ed13358.
14. *Практична психосоматика: діагностичні шкали [Текст]: [навч. посіб.] / О.С. Чабан [та ін.]. — 2-ге вид., випр. і допов. — К.: Медкнига, 2019. — 111 с.: іл. — (Бібліотека практикуючого лікаря). — Бібліогр.: с. 106-108. — ISBN978-966-1597-65-4/*
15. *Post-COVID-19 Rehabilitation and long COVID — Evidence and Resources.* <https://www.pat.nhs.uk/education-and-research/covid-resources-rehabilitation.htm>
16. *Coronavirus (COVID-19): evidence relevant to clinical rehabilitation.* <https://www.cochranelibrary.com/collections/doi/SC000047/full?contentLanguage=en>
17. *WHO mhGAP [website]. Evidence-based recommendations for management of depression in non-specialized health settings.* Geneva: World Health Organization; 2012. https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/en/
18. Чабан О.С., Хаустова О.О. *Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів): реальності та перспективи* // *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія.* — 2020. — Т. 3 (114). — P. 26-36.
19. Хаустова О.О., Чабан О.С., *Фармакотерапія психических расстройств, ассоциированных с COVID-19* // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.* — 2021. — Т. 12, № 1. — С. 112-133.
20. Хаустова О.О. *Реабілітація пацієнтів з коронавірусною інфекцією: місце натуропатичної терапії в відновленні психічного здоров'я* // *Здоров'я України. Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія».* — 2021. — № 1 (56). — С. 30-32.

GENERAL PRINCIPLES OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION ORGANIZATION OF PATIENTS WITH CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19)

O.O. Khaustova, O.S. Chaban, A.O. Burdeinyi

Abstract

With the development of the COVID-19 epidemic situation, the number of confirmed and suspected patients continues to increase, which contributes to the increasing burden on health workers to fight the epidemic. At the same time, the need for psychological rehabilitation is increasing, as patients have persistent mental and cognitive impairments, both in inpatient / outpatient treatment and post-COVID-19 syndrome, which may persist for a long time. Which necessitated the creation of a rehabilitation program for patients with coronavirus disease (COVID-19) and convalescents. This protocol discusses step-by-step strategies for effective psychological rehabilitation and provides practical recommendations.

Keywords: COVID-19, post-COVID-19 syndrome, rehabilitation, organization of psychological assistance.