

Казанская государственная медицинская академия –
филиал Федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения дополнительного профессионального образования
Российской медицинской академии
непрерывного профессионального образования
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Министерство по делам молодежи Республики Татарстан

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ВЫНУЖДЕННОЙ САМОИЗОЛЯЦИИ

Учебно-методическое пособие

Казань – 2020

УДК 616.891:615.851:364.628
ББК 56.145.81+53.57
О-754

Печатается по рекомендации Методического Совета КГМА –
филиала ФБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Авторы:

А.М. Карпов, В.В. Герасимова, Р.Р. Набиуллина, В. Кирюхина,
Белоусова М.В., М.А. Шмакова, О.В. Башмакова

Рецензенты:

Гатин Ф.Ф. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы КГМА-ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Яхин К.К. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО КГМУ МЗ РФ

Карпов А.М., Герасимова В.В. и др.

Особенности адаптации в условиях вынужденной самоизоляции : Учебно-методическое пособие / А.М. Карпов, В.В. Герасимова и др. – Казань: ИД «МеДДоК», 2020. – 44 с.

В учебно-методическом пособии раскрывается и систематизируется разнообразие психологической травматизации населения информационным сопровождением мероприятий по противодействию пандемии COVID-19. Совокупность смысловых, целевых, содержательных, формальных, выразительных, временных, технических и других характеристик информационных воздействий, направленных на устранение угроз соматическому здоровью людей, создала угрозы их психологическому и психическому здоровью. Режим самоизоляции, резкое переформатирование образа жизни, его биологических, психологических, социальных и духовных составляющих, отношений между членами семей и коллективов, административных структур и граждан, стал причиной для развития расстройств адаптации у большинства населения страны. Эти расстройства с медицинских позиций квалифицируются как «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» – рубрика F43 в МКБ-10, к которой относятся психические и поведенческие расстройства. В создавшейся ситуации люди нуждаются в психологической и психотерапевтической поддержке, которую невозможно оказать ресурсами соответствующих государственных служб. Самоизоляция создала запрос на освоение населением приемами самозащиты психологического и психического здоровья.

Учебное пособие дает объяснение причинных связей между информационными, социальными, психологическими, психическими, поведенческими, биологическими и медицинскими составляющими жизни наших современников в условиях пандемии.

Пособие дополняет программу профессиональной подготовки врачей психиатров, наркологов, психотерапевтов, клинических психологов специалистов по социальной работе, отвечает запросам специалистов и граждан.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. Особенности спектра дезадаптирующих воздействий в условиях пандемии коронавируса а 2020 г.	5
2. Понятия стресс и расстройство адаптации.....	5
3. Характер психотравмирующих воздействий при пандемии	6
4. Когнитивный диссонанс – самый распространенный симптом стресса в ситуации пандемии.....	7
5. Психическая травматизация мер защиты от коронавируса.....	11
6. Стресс, как психофизиологическая основа для манипуляций	14
7. Острые стрессовые реакции, сопряженные с пандемией и рекомендации по оказанию помощи	16
8. Расстройство адаптации на начальном этапе пандемии.....	17
9. Анализ причин обращения граждан в службу экстренной психологической помощи	19
10. Реакции граждан на внешний контроль их местонахождения	21
11. Клинические проявления расстройства адаптации и их патофизиологические механизмы.....	22
12. Фармакотерапевтическая поддержка при расстройствах адаптации	24
13. Клинические варианты расстройств адаптации	34
14. Соматические проявления стресса и дезадаптации	36
15. Органическое расстройство личности	38
16. Последствия стрессов и направления их профилактики	39
17. Заключение	40
Основная литература	43

Введение

Самоизоляция, введенная как понятная, обоснованная мера профилактики распространения коронавирусной пандемии весной 2020 г. стала трудным испытанием для страны – народа и государства. Она вызвала резко изменение всех составляющих привычного образа жизни – биологических, психологических, социальных и духовных. Биологическая потребность быть живым и здоровым неожиданно стала приоритетной, подчинившей психологические и социальные потребности трудиться, зарабатывать на жизнь, учиться, общаться, развлекаться, отдыхать, заниматься физкультурой, распоряжаться своим временем и правом свободного передвижения по своему городу и стране. Проживание в режиме самоизоляции сопровождалось интенсивными информационными воздействиями на людей пугающего (предупредительного) содержания и социальными, в основном, ограничительными мерами. Людям было трудно выполнять обязательные требования безопасности, а государственным служащим контролировать их исполнение.

Первый этап пандемии преодолен ценой огромных усилий государства, здравоохранения, полиции, ГИБДД, СМИ, а также граждан. Получен новый положительный и отрицательный опыт адаптации людей к режиму вынужденной самоизоляции. Этот опыт необходимо анализировать для разработки научно обоснованных рекомендаций для организации режима самоизоляции при ожидаемых повторных волнах активизации пандемии.

В настоящем учебно-методическом пособии раскрыта сопряженность содержания переживаний людей обусловленных разнообразными угрозами коронавирусной инфекции, мотивации поступков и варианты поведения наших современников в условиях социальной дезадаптации. Даны рекомендации для их психотерапевтической и фармакологической коррекции.

1. Особенности спектра дезадаптирующих воздействий в условиях пандемии коронавируса а 2020 г.

Коронавирусная пандемия 2020 г. войдет в историю медицины, как новая по структуре угроза человечеству, в которой создалась очень сложная, масштабная и динамичная конфигурация угроз всех видов – биологических, медицинских, психологических, информационных, экономических, финансовых, социальных, политических, идеологических, духовных и других. Сложилась новая совокупность вызовов – неотложных, сложных и трудных для граждан, для всех министерств и ведомств, особенно, для организаторов и руководителей всех уровней. Потребовалась интеграция и мобилизация духовных, интеллектуальных, волевых, профессиональных, материальных, физических и других ресурсов каждого человека, особенно ответственного за других людей. В создавшейся ситуации возрос запрос на информацию: всем нужно знать, что происходит, как это определить, (назвать, квалифицировать), чего ждать, что делать?

В профессиональном пространстве медицины и здравоохранения ситуацию можно квалифицировать как – «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» – рубрика F43 в МКБ-10, к которой относятся психические и поведенческие расстройства. В этом сегменте трудятся психиатры, психотерапевты, наркологи, клинические психологи, которые должны поделиться своими знаниями.

2. Понятия стресс и расстройства адаптации

Начнем изложение специальных знаний с напоминания известных базовых понятий, актуализированных в условиях пандемии.

Стресс – адаптационный синдром или реакция напряжения – универсальная, неспецифическая реакция организма на повреждения и угрозы. Острая стрессовая реакция возникает в причинной связи с исключительными жизненными событиями или воздействиями, блокирующими нормативные способы удовлетворения биологических, психологических, социальных и духовных потребностей. Это физические или психические травмы, «ломающие» привычный образ жизни.

Острая реакция длится до 2-3 дней. Подробное описание дано дальше в разделах 3-6.

Расстройства адаптации развиваются у соматически и психически здоровых, социально нормативных людей, в условиях длительной социальной и психологической травматизации, блокирующих их социальное функционирование. Например, принудительное лишение возможности работать и зарабатывать на содержание семьи; оставаться ответственным, честным и полезным, выполнять свои обязанности перед семьей, коллективом, обществом; получать удовольствия от привычных, полезных занятий; вынужденная, бессмысленная пассивность, беспомощность, социальная и физическая депривация. Именно эти элементы присутствуют в режиме самоизоляции и способствуют формированию клинических проявлений расстройств адаптации, которые опишем далее.

3. Характер психотравмирующих воздействий при пандемии

В создавшейся «коронавирусной» ситуации имеются тысячи людей, получивших повреждения «материальные», биологические, то есть присутствие вируса в организме, вызвавшего нарушения структур и функций клеток и органов. Однако, у миллионов людей вируса в организме не было и нет. Они биологически здоровы, а стресс у них есть. Его причиной являются информационные, психологические, моральные и социальные травмирующие воздействия, которые распространяются как на инфицированных, так и на здоровых. У всех имеется когнитивный диссонанс – дефицит знаний об угрозе, о способах защиты, о последствиях, о том, что делать, чего не делать, кому верить и др.

В настоящее время в структуре угроз населению вирусная, медицинская составляющая значительно меньше, чем информационно-психологическая и социально-экономическая.

Здравоохранение традиционно ориентировано на «вещественные», биологические и медицинские причины и проявления болезней. На их устранение выделяются средства и кадры. Информационные, психологические, социальные составляющие здоровья людей, не имеющих соматических симптомов, находятся на периферии пространства ответственности здравоохранения. Эту анозогнозию убедительно выявила пандемия коронавирусной инфекции и создала мотивацию на усиление защиты психического здоровья населения. Эта проблема всегда была, многие авторы и мы, в том числе, о ней

писали, но руководители, принимавшие ответственные решения, ее упрощали, стремились сократить, ускорить и удешевить ее решение. Настал момент представить проблему защиты психологического и психического здоровья населения системно и полно. Она стала актуальной для каждого человека, общества и государства. Надо разработать теоретические и методические основы ответа на подобные вызовы.

4. Когнитивный диссонанс – самый распространенный симптом стресса в ситуации пандемии

Основным, самым распространенным симптомом стресса и дезадаптации у населения многих стран, стал **когнитивный диссонанс** – недоумение и растерянность, вызванные тем, что, имевшиеся конструкции знаний о мире, о безопасности, об условиях жизни, о законах, правовых, культурных и моральных нормах, правах, гарантиях, ресурсах, возможностях и т.п. – обрушились. Новых мировоззренческих, социальных, психологических, поведенческих конструкций не появилось. Что будет дальше с мутирующим вирусом, с медицинскими, социальными, экономическими, политическими, правовыми и другими последствиями – никому неизвестно.

В СМИ выдается много разных прогнозов от врачей, чиновников, политиков, журналистов, пророков, астрологов, футурологов, содержание которых варьирует от самых пессимистичных, до осторожно оптимистичных. Люди в этой информации пытаются разобраться, определить отношение к ней и стратегию поведения, но в итоге, преобладает неопределенность, пессимизм, взаимные претензии, деморализующий и дезорганизирующий хаос. Это создало дефицит достоверной информации, усугубляющий неизвестность, страх и стресс, соответствующий реакции населения на угрозы его значимым интересам, как от вируса, так и от управленческих решений и методов для устранения этих угроз.

Дополнительными факторами психической травматизации стали:

– **внезапность, неожиданность**, появления информации об угрозе и фиксация на ней в последние месяцы;

– **стрессующий характер информации** и способов ее подачи, обусловленный тем, что вирус – угроза жизни, то есть самым значимым интересам людей. Масштаб угрозы – самый большой – всемирный. Журналисты говорят, что переболеют все;

– **дополнительная драматизация и моральная травматизация** антигуманизмом, сообщениями о том, что вирус специально создан для сокращения населения земли, избавления от «бесполезных» контингентов престарелых, пенсионеров, бедных, больных и т.п. Эта «правда», усиливает стигматизацию пожилых людей, вызывает печальные чувства обиды, обреченности, страха, незащитности и др.;

– **пессимистичность информации** – сообщения об отсутствии эффективных и доступных способов профилактики и лечения; высокой смертности; способности вируса к мутациям, подрывающей эффективность вакцинации и доверие к ней. Один известный политолог сказал, что «живые будут завидовать умершим»;

– **беспрецедентная политизация.** В обсуждении и принятии решений медицинской проблемы в СМИ мощно и уверенно доминируют политики, оттесняя специалистов-вирусологов от информационных, административных и финансовых ресурсов. Коронавирус назван биологическим оружием, началом мировой бактериологической войны нового формата, с использованием биотерроризма, к которому не готовы население и армии. Муссируются эпатажные версии о том, что вирус – это прикрытие для других, более негативных событий и перспектив, смены конституции, законодательной замены очного образования дистанционным, принудительной вакцинации, сочетающейся с чипизацией и цифровизацией населения для внешнего компьютерного управления его психикой и поведением, созданием системы электронного рабства и т.п. Это тоже «правда», рождающая страхи и протестные мотивации у людей, но карантин исключает возможности их выражения в массовых акциях, в том числе митингах и демонстрациях. «Для этого и ввели карантин» – такие суждения тоже присутствуют и «работают» в медийном пространстве.

Систематически происходят вбросы информации, компрометирующей лидеров государств, значимых людей, способствующей подрыву доверия к власти, негативизму, расшатыванию системы управления, росту протестных настроений, призывам к неповиновению. В такой ситуации повышаются недоверчивость и

подозрительность людей к существующей власти, и соответственно, интерес к ее противникам, внушаемость к их толкованиям причин социально-политического кризиса и призывам к обрушению «антинародного» режима. Применяются техники манипуляций сознанием и поведением людей, использования их в качестве тарана в политической борьбе. В случае победы в которой, происходит передел власти и собственности, плоды «победы» достаются новым лидерам, «забывающим» свои обещания народу. В подобной обстановке гражданам трудно делать выбор стратегии поведения, в том числе и о поправках конституции. Война в информационном пространстве усугубляет когнитивный диссонанс, хаос, стресс, тревогу, способствует росту психических и поведенческих расстройств;

– **мифологизация информации.** Астрологи, футурологи, обладатели духовных и редких, «не научных», «не доказательных» знаний и технологий, говорят о том, что происходит перезагрузка Вселенной, смена магнитных полюсов, повышение частоты электромагнитных вибраций Вселенной и людей. Высокочастотные Силы Добра и Света побеждают низкочастотных приверженцев Тьмы и Зла. Людей, «правильно» выбравших Бога, призывают молиться, всем желать добра, наполнять пространство высокочастотными вибрациями. Предупреждают о недопустимости вживления в организм чипов, по которым будут выдаваться деньги. Поэтому для самосохранения себя и своего рода людям предстоит отказаться от вживления чипов, следовательно, придется научиться жить без денег, трудиться на земле, чтобы обеспечивать себя натуральными продуктами, одеждой, жильем и всем, необходимым для жизни. Пророчат очищение планеты в течение 15 лет с резкими изменениями климата, стихийными бедствиями, голодом, войнами, эпидемиями. После этой «чистки» на Земле будут жить духовные, добрые, справедливые люди. Климат станет теплым. Жизнь станет как в Раю...

Некоторые политологи привлекают внимание к символам. Карантин во многих странах ввели 13-го марта в пятницу, то есть в день совпадения двух негативных символов – числа 13 и дня недели – пятницы. У православных был пост, приближалась пора самых важных религиозных обрядов, массовых богослужений, которые запретили из-за карантина, что также увеличило число недовольных властью.

– **конфликтогенность информации.** Политологи сообщают о революционной перезагрузке мировой политики. Курс на глобализацию, открытость границ, объединение стран и народов резко

сменился на закрытость, изоляцию, разрыв технологических цепочек, сокращение сотрудничества, торговли, туризма, спортивных, культурных связей. Мир начал становится другим. Пошел процесс разобщения (распада) на уровне политических, экономических, культурных, спортивных связей между странами (Евросоюза), но компенсаторно стал нарастать запрос на усиление единства людей и стран на уровне человеческих биологических, душевных и духовных ценностей. Правительства многих стран стали ближе к людям, начали оказывать им финансовую и материальную помощь.

Правительство Российской Федерации простило миллиардные долги многим небедным странам и банкам, оказало гуманитарную помощь медицинским оборудованием даже недружественным и богатым странам США и Италии. Наверное, проявление доброты, отзывчивости, солидарности к другим странам способствует улучшению отношения мирового сообщества к нашей стране, но для многих наших соотечественников это стало очередной моральной травмой. Своим нуждающимся гражданам оказать финансовую поддержку, простить небольшие долги по кредитам малоимущим заемщикам, у государства средств нет...

В информационном потоке о короновирусной ситуации есть также «токсичная» информация о выгодополучателях пандемии, которые заинтересованы в ее продолжении и усложнении. Известно, что на каждого заболевшего бюджетом выделяется 200 000 рублей лечебным учреждениям. Это создает коммерческую заинтересованность у их руководителей в том, чтобы госпитализированных было больше. В соцсетях встречаются сообщения о том, что какие-то врачи за вознаграждение 30-40 000 рублей договариваются со здоровыми людьми сыграть роль больных, чтобы получить на них 200 000 рублей. В связи с этим острословы написали, что пандемия закончится, когда закончатся бюджетные деньги. Мы думаем, что это вредные слухи, не подтвержденные фактами, но немало людей в них верят и это увеличивает их психологическую травматизацию.

Жизненный опыт показывает, что коммерческая и коррупционная составляющие при капиталистическом строе вездесущи и всемогущи. Информация о том, что в ситуации пандемии эффективные менеджеры получают большие доходы, была в Интернете 27 мая 2020 года: «За прошедшие более чем два месяца состояние 25 лидеров мирового рейтинга списка Forbes выросло на \$255 млрд. Не остались в стороне и участники из России. За время пандемии со-

вокупное состояние российских долларовых миллиардеров увеличилось на \$62 млрд – с \$392 млрд до \$454 млрд, свидетельствуют данные счетчика Forbes Real Time, оценивающего изменение состояний богатейших людей мира в реальном времени». Эта информация также усугубляет моральную травматизацию обедневшего населения, когнитивный диссонанс и создает протестные мотивации на выступления за социальную справедливость.

Таким образом, психика наших современников проходит испытания на прочность. Ежедневно каждому человеку нужно определить свою позицию в потоке разнообразных угроз его жизненно важным интересам, как-то защититься и адаптироваться в ситуации «когда все разваливается», найти ресурсы для сохранения самообладания и обеспечения условий для жизни своей семьи. Продолжение такой ситуации будет повышать вероятность развития психических, поведенческих, психосоматических и декомпенсации соматических расстройств. Обнажаются и актуализируются экономические, социальные, идеологические и политические проблемы, распространяются протестные мотивации, потребность в смене существующего общественного устройства.

Ценность денег, власти, собственности, свободы, демократии, рынка, потребительства, оказалась сомнительной и ненадежной. От вируса умер даже американский миллиардер, друг президента США. То есть, деньги власть ничего не гарантируют. Каким станет мир после разрешения конфликта между малочисленными богатыми представителями сил прагматичного зла и многочисленными, бедными представителями сил добра? Какие ценности станут высшими?

5. Психическая травматизация мерами защиты от коронавируса

К описанным информационным угрозам на начальном этапе пандемии добавились:

– **Финансовые и социально-экономические** угрозы, обусловленные карантинным закрытием предприятий, ростом безработицы, потерей доходов, угрозой нищеты, голода и др. Как нарочно, произошло резкое снижение стоимости нефти и рубля, начался рост цен на товары, созданся ажиотажный спрос на ряд лекарств и продуктов, средства индивидуальной защиты, обусловивший рост цен на них и незапланированные расходы.

– **Социальная депривация.** Самоизоляция реализовалась ограничением свободы перемещения, прекращение личных встреч с сотрудниками, друзьями, знакомыми и незнакомыми людьми. Сократилось пространство, содержание, наполнение, оформление продолжительность человеческого общения, которое Антуаном де-Сент Эзюпери признано душевной ценностью и самой большой роскошью. Много необходимых, значимых для душевного комфорта представлений, ощущений, переживаний, вариантов деятельности, прекратилось.

Женщины высказывали сожаление о том, что в самоизоляции они перестали делать прически, «краситься» и «одеваться»... Общение мотивирует людей к раскрытию своих достоинств и ресурсов, активизирует воображение, фантазию, творчество, чувства, мышление, речь, голос, мимику, жесты, позы, походку. Общение дает много возможностей получать удовольствия от реализации своих внешних и личностных достоинств, а также от признания профессионализма, культуры труда и поведения, уважительного отношения, высокого, комфортного социального положения. У большинства людей имеется неосознаваемая сформированная зависимость от общения, как особо значимой, любимой формы деятельности. Она включена в классификацию зависимостей.

Самоизоляция вызвала синдром отмены, «абстиненцию» с неспецифическими эмоциональными, вегетативными и поведенческими расстройствами.

Физическая депривация с уменьшением двигательной активности, прекращением спортивных тренировок, пробежек, прогулок, количества шагов, скорости ходьбы, подъемов и спусков по ступенькам, значительно сократило мышечные и суставные нагрузки по длительности и интенсивности. Известно, что мышцы являются исполнительными органами для коры головного мозга. Все произвольные движения планируются в мозге и по нервным путям предаются к мышцам, от которых к мозгу также идут нервные импульсы для контроля результата действия. То есть, мышечная активность повышает активность мозга и психики. В условиях самоизоляции этот источник активации мозга существенно слабеет.

Кроме того, при спортивных тренировках в мышцах и других органах образуются вещества, обладающие свойствами регуляторов дыхания, кровообращения, пульса, давления, чувствительности, эмоций, в том числе морфиноподобные, вызывающие эйфорию.

Физкультурникам знакомо чувство мышечной радости. У них сформирована зависимость от регулярных физических нагрузок, как от аналогов наркотиков. Она включена в классификацию зависимостей. В режиме самоизоляции этот вариант абстиненции также неизбежно появляется и проявляется нарушениями самочувствия, настроения и поведения.

Закрылись места отдыха, запланированные, оплаченные туристические поездки сорвались, возникли проблемы с возвратом денег

– **Переход на дистанционное управление и обучение** добавил количество стрессующих факторов – большинство преподавателей и обучающихся оказались психологически, методически, технически, профессионально не готовы к такой форме работы и учебы; возросли затраты труда, времени, сил, утомление, астения, неуверенность, тревога, депрессия.

Таким образом, **психика людей неожиданно оказалась мишенью** для одномоментного воздействия всеми способами ее травматизации в самых больших «дозах» и всемирных масштабах. Такой массовой, системной, высокотехнологичной «психической атаки» на население планеты еще не было. Угроза «Конца света» 2012 г., оказавшаяся коммерческим проектом, была проще – без карантинных мероприятий, самоизоляции, закрытия предприятий, снижения доходов и др. Может быть, это начало активной фазы современной гибридной войны с использованием не военных технологий, а эквивалентных им по результатам, информационных, психологических, медицинских, экономических, финансовых, социальных, образовательных и других инструментов? О ней мы читали, но на практике не испытывали, поэтому не узнали, а политики тоже ничего не сказали. Такие суждения тоже сеть в информационном пространстве и вносят вклад в психическую травматизацию населения.

Ущерб здоровью и благополучию людей от **психогенных вредностей**, которыми «нагрузили» коронавирусную инфекцию бдительные, социально ответственные, активные журналисты, политики и другие специалисты и общественные деятели, желающие добра людям, предупреждая их о смертельной опасности, несравнимо больше, чем от самого вируса.

Мы никого не осуждаем. Все честно выполняют свой гражданский, профессиональный долг, некоторые зарабатывают. Ситуация оказалась намного сложнее, чем ее представляли. Наша задача учиться и развиваться на этом уникальном личном, коллективном, национальном и международном опыте.

В любом случае, **сочетание множества серьезных угроз**, противоречивых суждений, рекомендаций и прогнозов, **превысили возможности людей** к синтезу информации и принятию логически обоснованных решений, обусловили дезинтеграцию в душе, распространяющуюся на поведение, на ситуацию в социуме, в стране и в мире, создали у большинства населения состояние растерянности, ощущение незащищенности, пессимизма, ожидания больших лишений, а вследствие этого, ответного возмущения и протеста, который, не понятно, на что или на кого направить.

В таком состоянии люди ищут правду и лидера, который им все объяснит, возглавит, организует и поведет за собой. Может появиться заранее подготовленный лидер, который пользуясь страхом, растерянностью и внушаемостью людей поведет массы на разрушительные действия или к ложным ценностям. Это обязательная часть сценария цветных революций, обрушения политического и социально-экономического режима и замена новым, передела сфер влияния. Часто новый режим для людей, боровшихся за него, оказывается хуже прежнего. В СМИ распространены и такие толкования мер защиты от коронавируса, как прикрытие программ принудительной вакцинации, чипизации, цифровизации, депопуляции, голосования по поправкам конституции и др. Такого рода толкования причин пандемии вливаются в общий поток психотравмирующей, деструктивной информации, усиливают эмоциональные, когнитивные и поведенческие расстройства у граждан.

6. Стресс, как психофизиологическая основа для манипуляций

Повторим принципиально важные связи между характеристиками психического состояния людей и задач, которые их вынуждают решать. При стрессе в структуре психических функций доминируют эмоции – тревога и страх, инстинкты самосохранения, мотивации к бегству от опасности или вступления в борьбу с ней, включая агрес-

сию. По психофизиологическим механизмам эти проявления относятся к подкорковым, некогнитивным.

Корковые, когнитивные функции – мышление, память, внимание, ориентация, планирование, контроль, психомоторная координация, – становятся субъективными и фрагментарными. Дефицит информации «компенсируется» усилением подозрительности, недоверчивости и внушаемости. Сознание искажается – сужается и расщепляется (фрагментируется).

То есть, **стресс позволяет осуществить древнейшую управленческую манипуляцию «разделяй и властвуй»** на уровне психофизиологии мозга. Кора отделяется от подкорки. Когнитивные функции резко слабеют. В таком состоянии люди не могут понять ситуацию и принять логичное решение. Если ссылаясь на внешние, объективные обстоятельства, нагнетать страх, ставить перед ними задачи принудительно быстро, не имея информации, необходимой для принятия решений, делать ответственный выбор долгосрочной стратегии поведения, требующий системности, конструктивности, целенаправленности, то они предсказуемо проголосуют «подкоркой», руководствуясь эмоциями, внушением и сиюминутными выгодами. Это управленческая технология манипуляций сознанием и поведением масс давно известна, хорошо узнаваема и применять ее для образованного населения не корректно.

Однако, она используется в настоящее время даже на уровне Всемирной Организации Здравоохранения. Запугивая угрозой скорого начала второй волны коронавирусной пандемии предлагается проводить вакцинацию людей вакциной, не прошедшей полной программы исследований на безопасность и эффективность. То есть, «обоснованно» навязывается необходимость нарушения обязательных международных стандартов для получения права (разрешения) на применения новых лекарственных препаратов для лечения людей. Оперируя страхом, руководители дорогостоящего проекта всеобщей вакцинации смогли собрать с граждан и общественных организаций несколько миллиардов долларов добровольных пожертвований на ускорение создания вакцины.

Системная, интенсивная, масштабная атака на психологическое и психическое здоровье людей – сильнейший вызов населению, здравоохранению и системе психологической, психиатрической и психотерапевтической помощи. Ответ на него должны дать лидеры

названных специальностей с поддержкой власти, СМИ, полиции, МЧС и других министерств и ведомств.

На все вызовы надо отвечать. Психиатры и психотерапевты могут поделиться профессиональными знаниями о причинах, клинических проявлениях и способах коррекции стресса и расстройств адаптации. Это имеет практический смысл. Зная конструктивные элементы и динамику стресса и дезадаптации, можно делать прогнозы о том, в чем они будут нуждаться, и своевременно обеспечить их тем, что им нужно, уменьшить разрушающее действие стресса и дезадаптации на здоровье и поведение.

7. Острые стрессовые реакции, сопряженные с пандемией и рекомендации по оказанию помощи

Острые стрессовые реакции, связанные с коронавирусом, могут возникнуть у людей в момент получения информации о подтвержденном заражении вирусом; при ощущении известных симптомов болезни, особенно угрожающих жизни; во время процедуры госпитализации, лечебных манипуляций, карантинных мероприятий и других неприятных моментов.

Клинические проявления стрессовой реакции не специфичны, то есть, они похожи при разных причинах стресса.

С первых минут появляются чувства страха и тревоги, удивление, недоумение, растерянность (когнитивный диссонанс), возмущение, сомнение, протест. Включаются бессознательные психологические защиты отрицания и вытеснения. Появляются суждения о том, что «этого не может быть», «наверное, произошла ошибка», «надо проверить». Появляются также сомнения, в реальности происходящего, «может быть, это дурной сон?». Человеку морально легче представить себя немножко, временно, «не в норме», чем принять реальность более масштабной опасности. Восприятие становится эмоциональным, избирательным и субъективным. Значимые детали хорошо воспринимаются и запоминаются («у страха глаза велики»). Субъективно незначимые, но важные, могут оказаться незамеченными. Сознание суживается границами пространства опасности.

При остром стрессе слабеют высшие корковые функции, многие люди в состоянии стресса становятся растерянными и «бестолковыми», не сразу понимают смысл вопросов и инструкций, путаются,

ошибаются, не выполняют рекомендаций, в том числе, по соблюдению самоизоляции и профилактике. Оказывать медицинскую помощь людям в состоянии стресса сложно. Возможны нарушения запретов и инструкций, негативизм и агрессия. Поэтому психологические и медицинские рекомендации стрессированным людям нужно обосновывать, разговаривать с ними, так как слова и речь адресуются к коре головного мозга и активизируют ее, в том числе, контроль над подкорковыми эмоциями и мотивациями. Заключительные рекомендации лучше написать и дать «документ» в руки пациенту, как вещественный «оберег», напоминающий участие врача, а также для уменьшения опасений забыть что-то.

В беседах нужно создавать у пациентов ощущение защищенности и состоятельности, обозначать наличие у них собственных интеллектуальных, волевых и других ресурсов, на которые можно опереться, а также на поддержку медиков, психологов, спасателей, представителей власти, финансовой и иной помощи. С первых бесед следует создавать у пациентов оптимистический настрой, установку на выздоровление и восстановление. По возможности, им нужно обеспечить связь с родственниками. При стрессе у людей главной потребностью, становится потребность в правдивой информации, удовлетворение которой уменьшает неизвестность и тревожность. Это объясняет пристрастие наших современников к просмотру сообщений в смартфонах и в интернете.

8. Расстройство адаптации на начальном этапе пандемии

При коронавирусной инфекции появилось много факторов для формирования расстройств адаптации у совершенно здоровых, не инфицированных людей, которым было предписано жить в режиме самоизоляции, находиться в своей квартире с семьей не определенное по длительности время. В первые дни это нравилось. Плюсы есть – объем нагрузок уменьшился, не надо тратить силы, время и деньги на проезд; вся семья дома, легче организовать питание и отдых и т.д. Но определились и «минусы». Дом и семья традиционно наделены специфической конфигурацией биопсихосоциодуховных потребностей.

Дом – это, прежде всего, пространство для удовлетворения биологических и психологических потребностей – общения с членами семьи, отдыха, приготовления и приема пищи, сна, пользования туа-

летом и ванной, бытовых дел, уединения, отделения от чужих людей. «Мой дом – моя крепость». Стиль поведения дома проще. Он более интимный, мягкий, комфортный. Дома требования к одежде, внешнему виду, к речи – подбору тем для разговоров, слов, интонаций, громкости и др. традиционно отличаются.

Эти психологические атрибуты дома в режиме самоизоляции никто не отменял. Вся семья дома бывает только в выходные дни, в праздники, во время отпуска. Этот нормальный стереотип самочувствия и поведения дома всегда был противоположностью стереотипа самопредъявления и поведения на работе и на учебе.

Перевод большинства работающих и учащихся на выполнение производственных и учебных обязанностей в условиях дома, при наличии в нем семьи, создал конфликт интересов и потребностей. Стереотипы домашнего и производственного поведения столкнулись, как машины на встречной полосе, деформировались, частично разрушились, постепенно перемещались и переформатировались.

Работать и учиться дистанционно, многим оказалось намного сложнее, потребовалось дольше сидеть за компьютером, больше разговаривать по телефону, чаще звонить и отвечать на звонки. У большинства семей дома один компьютер, который стал нужен одновременно всем членам семьи. Между детьми и родителями возникла борьба за «рабочее» место и время с соответствующими высказываниями, эмоциями, упреками, претензиями, воспитательными и «организационными» мерами.

Резкое ограничение свободы передвижения до ближайшего магазина, аптеки, «мусорки»; закрытие фитнес-центров, бассейнов, бань, парков, рынков, через несколько дней стали ощущаться как социальная и двигательная депривация, принудительное нарушение привычных стереотипов бытового и трудового поведения, психического и физического самочувствия. Уменьшение количества впечатлений, физической активности, мышечных нагрузок стали ощущаться как физическая слабость, детренированность, усталость. Необходимость длительного пребывания в стенах квартиры всех членов семьи с ограничениями личного пространства, стали вызывать утомление и раздражение, возникновение конфликтов и ссор.

9. Анализ причин обращения граждан в службу экстренной психологической помощи

Количество и содержание обращений граждан в службу экстренной психологической помощи по телефону доверия отражают значимые характеристики психологического состояния людей, причины его ухудшения и запросы на способы его улучшения. Эта служба может вносить существенный вклад в стабилизацию психологического состояния населения в период самоизоляции. В Республике Татарстан в рамках формируемой системы психологической помощи населению экстренная психологическая помощь по телефону доверия оказывается преимущественно учреждениями сферы государственной молодежной политики для детей и молодежи в городах Казань, Набережные Челны, Альметьевск и Нижнекамск, а также одной организацией системы образования – МБУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Шанс» г. Елабуга.

Взрослое население в основном получает помощь в учреждении системы здравоохранения – антикризисный медицинский психологический центр «Сердэш 129» г. Казань и в Центре экстренной психологической помощи по телефону «Телефон Доверия», функционирующий на базе МБУ МП Центра психолого-педагогической помощи детям и молодежи «Доверие» г. Казани.

С 30 марта по 1 июля 2020 года (период самоизоляции и постепенного выхода из нее) Министерством по делам молодежи Республики Татарстан в еженедельном режиме был организован мониторинг обращений, поступающих на телефоны доверия. Всего за указанной период поступило 14 452 звонка, из них 7069 звонков на детский телефон доверия и 7383 звонков на взрослый телефон доверия. Количественный показатель обращаемости детей и взрослых практически совпадает, разница составляет 5%.

Наибольшие пики звонков от детей были отмечены во вторую неделю самоизоляции, у взрослых в первую и третью недели.

В тематике детских звонков значительную часть занимали вопросы, связанные с тем, чем занять себя в свободное время, а также с возникшими проблемами в учебе, которая была организована в дистанционной форме.

У взрослых был выражен запрос на информацию и психологическую помощь, обусловленную неопределенностью, тревогой,

физическим ограничением в пространстве, высвободившимся свободным временем, фиксированным взаимодействием с членами семьи. Звонки были эмоционально заряженные, имели панический характер. В них был выражен страх заразиться или быть носителем вируса. Преобладающее большинство среди обратившихся женщины в возрасте старше 50 лет. Мужской контингент абонентов был моложе – 40-50 лет.

В третью неделю самоизоляции у взрослых вырос показатель звонков по проблемам здоровья и сложностей обращения в медицинские учреждения. Увеличилось количество обращений по поводу взаимоотношений между супругами. Возраст обратившихся: женщины – 30-37; мужчины 40 лет. Чаще всего озвучивались 3 проблемы: «муж обесценивает мой труд по дому», «жена пилит по любому поводу», «хочу развод». Резко выросло количество обратившихся с вопросом «как быть в этот период», «чем заняться», «что ждет нас». Возраст обратившихся с этими вопросами – от 27 до 60 лет.

У детей и родителей произошли изменения в запросах, касающихся детско-родительских отношений. Их сложность сузилась до проблематики «не могу находиться дома – родители пилят»; «дети не слышат меня, скандал».

В период с 30 марта по 2 апреля были зафиксированы впервые звонки с информационным запросом по процессу осуществления режима самоизоляции и проблемы с работой в связи с невозможностью осуществления своей трудовой деятельности в период карантина. У людей, работающих в закрывшихся коммерческих организациях, возник дефицит денег и страх нищеты.

Общая динамика обращений на детский телефон доверия к 1 июля снизилась на 36%. В последнюю неделю на детский телефон доверия поступило 397 звонков. В основном, вопросы были связаны с отношениями со сверстниками и родителями.

У взрослого же населения в третью неделю июня снова был отмечен пик обращений – 659 звонков. Основная их часть была связана с проблемами ухудшения психического состояния и запросами на информацию.

Мониторинг обращений раскрывает этапы адаптации людей к условиям самоизоляции и отражает внутренние причинно-следственные связи между психологическими, психическими, социальными, биологическими и духовными составляющими жизни людей в стесненных условиях, определяет направления совершенствования профилактики расстройств психики и поведения.

10. Реакции граждан на внешний контроль их местонахождения

Внешний контроль за временем нахождения вне дома, штрафы за несоблюдение режима и др. стали вызывать страх, бредоподобные предположения о том, что дорожный патруль имеет цель личного обогащения, стремится как можно больше выписать штрафов; относится к каждому водителю, как к потенциальной добыче. Это этап формирования бреда преследования. Подобные представления рожают возмущение и протесты.

Мы знаем водителей пожилого возраста, не имеющих компьютеров, не владеющих перепиской с помощью «WhatsApp» и СМС, которые не смогли освоить процедуру дистанционного получения разрешения на выезд и все недели самоизоляции, не выходили из дома и не выезжали на дачу, чтобы их не «арестовали» и не оштрафовали. Это негативно отразилось на их психическом и соматическом здоровье и обнаружило новое направление **волонтерской помощи**.

Пожилым людям нужно помогать выполнять действия, требующие использования компьютеров, электронных, цифровых технологий.

Длительность режима самоизоляции имеет существенное значение. Руководителям и гражданам нужно знать о том, что затянувшиеся негативные переживания, обусловленные пребыванием людей в некомфортных, психотравмирующих условиях более 1 месяца, а также отсутствие четких перспектив для восстановления нормального образа жизни, работы, финансового положения, физической активности, могут «перерасти», переформатироваться в расстройство адаптации, соответствующее рубрике F 42.2. Эти расстройства, как и стрессовые, не специфичны, поэтому правомочно полагать, что клинические проявления расстройства адаптации, описанные при других ситуациях, будут наблюдаться в ситуации пандемии коронавирусной инфекции. Гражданам и госслужащим нужно своевременно подготовиться к возникновению новых задач, обусловленных не вирусом, а мерами профилактики заражения. Лечение и профилактика не должны быть хуже болезни.

11. Клинические проявления расстройства адаптации и их патофизиологические механизмы

Дезорганизация привычного уклада жизни, представлений о своем настоящем и будущем, отсутствие ответов на жизненно важные вопросы: Как дальше жить, как и где зарабатывать, чтобы содержать себя и семью, лечиться, учиться, отдыхать? Когда ситуация нормализуется? К чему готовиться?

Неопределенность ситуации, социальная незащищенность, бесконечность проблем и трудностей обычно порождают у людей постоянную тревогу, навязчивые опасения и страхи, пессимизм, снижение настроения и активности, неуверенность и несостоятельность. Эти переживания неприятны, вызывают раздражение, обиду, возмущение, но их выражение никому не интересно, оно только усугубляет ситуацию, поэтому людям приходится подавлять свои чувства, терпеть, сдерживаться, перенапрягать самоконтроль. Волевое торможение своих чувств и побуждений, борьба с самим собой, при понимании своей правоты, требуют большого напряжения тормозных, сдерживающих ГАМК-ергических систем мозга. ГАМК – гамма-аминомасляная кислота – является основным медиатором торможения. Кроме этого она участвует в процессах интеграции других нейромедиаторных систем и психических функций, а также в энергетическом обеспечении нервных клеток.

Истощение ГАМК-ергических механизмов является биологической основой для развития раздражительности и нетерпеливости; утомляемости, ослабления внимания и самоконтроля в учебной и трудовой деятельности, рассеянности, многочисленных ошибок, которые надо находить и исправлять, оправдываться, тратить на это время и силы. Учебная и трудовая деятельность становится непоследовательной и малопродуктивной. На выполнение привычной работы затрачивается больше времени и сил, но ее результаты снижаются по качественным и количественным показателям. Повышенный расход времени и энергии становится причиной развития истощаемости, утомляемости, слабости, недовольства, низкой самооценки.

Длительное проживание в таком режиме истощает и деформирует личность. Стабилизируются астенические, тревожные, фобические, депрессивные, вегетативные расстройства. Начинают формироваться психосоматические расстройства – гипертония, са-

харный диабет, язвенная болезнь и др. Это объясняет «усталость» народа.

Когда наступает долгожданный момент отмены социальных ограничений, у людей появляется возможность работать и зарабатывать, не все оказываются в состоянии осуществить свои мечты и планы. Им не хватает сил, настроения, тонуса, скорости и сноровки. Сформированные расстройства адаптации с психологическими, психопатологическими, поведенческими и соматическими проявлениями «по декрету» не могут исчезнуть. Государственным людям, принимающим ответственные решения о самоизоляции населения, нужно учитывать, что после ее отмены возникнет необходимость помогать какому-то количеству граждан преодолевать ее психологические и медицинские последствия – астению, апатию, депрессию, неуверенность, страхи, ипохондрию, обострение сердечно-сосудистых, эндокринных, нервных, желудочно-кишечных, инфекционных и других заболеваний. На это потребуются время, специалисты, учреждения, деньги, лекарства и другие ресурсы, наличие которых нужно заблаговременно обеспечить.

У детей в структуре расстройств адаптации также бывают снижение настроения и активности. Они не проявляют привычных интересов и инициативы, не могут справиться с обычными заданиями, снижается внимание и мотивация к полезному труду, снижается продуктивность. Нередко жалуются на усталость. Возрастная специфика состоит в том, что у детей появляются признаки регресса (обратного развития), склонность играть в игры для детей более младшего возраста, не требующие интеллектуальных и волевых усилий. Иногда возобновляется ночное недержание мочи, сосание пальцев, детские манеры речи с употреблением слов и интонаций, гримас, характерных для младшего возраста. Они «забывают» то, что знали и умели – читать и писать, становятся несамостоятельными, нуждающимися в поддержке и помощи мамы или няни.

12. Фармакотерапевтическая поддержка при расстройствах адаптации

Фармакотерапевтическая поддержка людей в состоянии стресса и при расстройстве адаптации клинически и патогенетически разработана и обоснована. Сразу отметим, что основные направления помощи – психологическое, психотерапевтическое и социальное. Людям нужно обеспечивать безопасность, условия для жизни – жилье, воду, еду, тепло, свет, туалет..., объяснять происходящее, предлагать адаптивную стратегию поведения. Бывает, что перепуганные, опечаленные, тревожные, раздраженные, подозрительные, растерянные, утомленные люди плохо понимают ситуацию и инструкции, и отказываются от предлагаемой помощи, считают ее ненужной или даже опасной для себя. В этих случаях возникают основания применять психотропные препараты, чтобы создать «биологическую базу» для конструктивного контакта и взаимодействия с пострадавшими. Людям в ситуации стресса нужно быть способными к интеллектуальным и физическим усилиям, к социальным взаимодействиям.

Возвращаясь к психофизиологии мозга, скажем, что нужно восстановить единство разделенных и искаженных стрессом функций коры и подкорки, нормативный контроль разума над чувствами и инстинктами. Поэтому следует рекомендовать пострадавшим психотропные препараты, не имеющие побочных эффектов, поведенческой «токсичности», а также оказывающие положительное влияние на обмен веществ и энергии в мозге и организме, на работоспособность и выносливость, а также на когнитивные функции, необходимые для преодоления стрессовой ситуации. Этим запросам соответствуют **дневные анксиолитики** (транквилизаторы) –

Мебикар (тетраметилтетраазабициклооктандион) отличается от всех анксиолитиков «экологичным» механизмом действия и широким спектром клинической активности.

Мебикар, будучи производным мочевины, влияет на структуру воды – улучшает ее самоорганизацию. В организме вода составляет около 70%, а в мозге – 85% массы. Вода есть во всех клетках и органах и участвует во всех физиологических функциях, поэтому спектр фармакологической и клинической активности мебикара, реализующийся через улучшение свойств воды, имеющейся в организме, уникален по всем параметрам. Он обладает свойствами дневных

транквилизаторов, ноотропов, антидепрессантов при психогенных депрессиях, анальгетиков, адаптогенов, антиоксидантов, антигипоксантов, церебропротекторов, нормотимиков, иммуномодуляторов, корректоров побочных эффектов бензодиазепинов, антидепрессантов и нейролептиков и др.

Эти эффекты объясняются тем, что мебикар концентрируется в мозге и воздействует на нейроны гипоталамуса, лимбической системы, коры больших полушарий и влияет в большей степени на ее лобный отдел, ответственный за функциональный тонус коры, состояние бодрствования, понимание речи, задач, замыслов, намерений, программирование сложного поведения, принятие решений, планирование, анализ полученных результатов, а так же волевое (адекватное) поведение. Улучшение этих функций подтверждается 40 летним опытом применения этого препарата.

Спектр психофармакологической активности мебикара распространяется на 6 основных нейромедиаторных систем мозга. ГАМК-позитивное типично для транквилизаторов и ноотропов. Центральное серотонинпозитивное действие характерно для антидепрессантов. Центральное адренолитическое – для антистрессорных и гипотензивных средств. Центральное дофаминпозитивное – для активизирующих и антиастенических препаратов. Центральное холиномиметическое – для «антидементных» препаратов – реминила, аксамона, экселона. Антиглутаматное – снижающее эксайтотоксичность, присущее церебропротекторам – акатинолу (мемантину).

Установлено, что лечение мебикаром больных, перенесших черепномозговые травмы, повышает концентрацию в крови нейротрофического фактора мозга (BDNF), благодаря чему, улучшается восстановление структур и функций мозга у людей, перенесших органические поражения – травмы, гипоксию, интоксикации и др.

Такое множество эффектов невозможно объяснить взаимодействием одной молекулы с 6 разными рецепторами. Л.Громов и Е. Дудко объяснили это фузиогенным действием мебикара, имеющегося у мочевины, – способностью усиливать слияние пресинаптических везикул с пресинаптической мембраной и вызывать высвобождение медиаторов из пресинаптических депо в синапс. Усиливается высвобождение как тормозных, так и активизирующих медиаторов, благодаря которому оптимизируются и гармонизируются процессы возбуждения и торможения в ЦНС. Под воздействием мебикара в мозге экспериментальных животных повышается сбалансированность

медиаторных систем, способствующая гармонизации и интеграции психических функций, нормализации эмоционального состояния и регуляции сна. Академик А.В. Вальдман, директор института фармакологии АМН СССР в 70-е годы XX века, называл мебикар оптимизатором психических функций.

Социально важной фармакотерапевтической характеристикой мебикара является то, что его можно принимать во время работы, учебы, спортивных занятий. Он повышает психическую устойчивость, физическую выносливость и результативность учебной и трудовой деятельности. Интересно и значимо то, что снижается влечение к алкоголю и никотину.

После приема внутрь мебикар хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта (77-80%). Эффект ощущается через 15-20 минут. Максимальная концентрация препарата в плазме крови достигается через 0.5 часа и остается высокой в течение 3-4 часов, затем постепенно снижается. Побочные эффекты бывают редко и опасности не представляют: зуд, диспептические явления, незначительное понижение температуры тела и повышенного артериального давления. Период полувыведения мебикара – $T_{1/2}$ составляет 18 часов. Препарат не метаболизируется в печени, поэтому никаких угроз для нее не создает, выводится из организма в неизменном виде, на 70% – с мочой в течение суток. Остальная часть выводится на следующие сутки. Он совместим со всеми психотропными и соматотропными препаратами в комплексной терапии, повышает их лечебные эффекты и уменьшает побочные действия. Физической зависимости от мебикара и синдрома отмены не развивается.

Мибикар показан людям:

– с тревогой, страхом, повышенной истощаемостью, раздражительностью, неуверенностью, сниженным настроением, навязчивыми страхами. Эти симптомы чаще всего бывают в структуре ситуационных, стрессовых, невротических, психосоматических, предменструальных, климактерических, органических и гериатрических расстройств. Прием мебикара способствует ослаблению и устранению перечисленных симптомов. При его применении в комплексе с другими препаратами, он повышает общий терапевтический эффект и улучшает переносимость антидепрессантов, нейролептиков, противоэпилептических препаратов и бензодиазепиновых транквилизаторов.

– с зависимостями от алкоголя, табака и наркотиков. Установлено, что после приема мебикара в организме у пациентов, зависимых от алкоголя, повышается синтез эндогенного алкоголя до нормального уровня, в результате чего исчезает патологическое влечение к нему, без опьянения и эйфории. На мозговой «центр удовольствий» мебикар не действует, поэтому эйфоризирующего эффекта и, соответственно, рисков развития пристрастия и зависимости от него нет.

– с болями в области сердца (кардиалгиями) при ишемической болезни сердца, в реабилитационном периоде после инфаркта миокарда.

– с атеросклерозом с повышенным содержанием холестерина в крови.

– с психосоматическими и соматическими заболеваниями, резистентными к клинически обоснованной фармакотерапии соматотропными средствами.

Выпускается мебикар в таблетках по 300 и 500 мг Казанским АО «Татхимфармпрепараты». Имеются синонимы адаптол и мебикс, выпускающиеся в тех же дозах. Принимается внутрь независимо от еды. Разовые дозы от 300 мг до 1500 мг. Рекомендуется принимать минимальные дозы, достаточные для получения эффекта. Доза 300 мг активизирует и повышает работоспособность, доза 500 мг и выше – устраняет тревогу, успокаивает, но не тормозит и не расслабляет. Максимальная суточная может быть – до 10 граммов, разделенная на 3-4 приема. Возможен однократный прием в стрессовой ситуации и курсовой – от нескольких дней до нескольких недель или месяцев, при наличии показаний. Физической зависимости от препарата не возникает. Его прием можно прекратить в любой момент.

Тофизопам (грандаксин) – дневной транквилизатор – атипичное производное бензодиазепина, оказывает противотревожное, успокаивающее действие без седации, угнетения, торможения, мышечного расслабления. Устранение страха и тревоги способствует уменьшению сопряженных с этими чувствами нарушений вегетативной регуляции – сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной, эндокринной систем. Освобождение людей от тревоги и страха повышает их целесообразную активность и способствует восстановлению корковых функций – самоконтроля, способности к анализу ситуации, выбору наиболее обоснованных, рациональных решений, стратегий поведения, их реа-

лизации. Тофизопам в терапевтических дозах практически не вызывает развития физической, психической зависимости и синдрома отмены. Тофизопам показан при стрессовых, посттравматических стрессовых, реактивных депрессивных и климактерических расстройствах. Выпускается препарат в таблетках по 50 мг. Назначается до 3 раз в день по 1-2 таблетки, до 300 мг в сутки.

Фабоматизол (афобазол) – дневной небензодиазепиновый транквилизатор. Он связывается с сигма-1-рецепторами в нервных клетках головного мозга, стабилизирует ГАМК/бензодиазепиновые рецепторы и восстанавливает их чувствительность к эндогенным медиаторам торможения, благодаря чему уменьшается чувство тревоги, страха, раздражительность, напряженность, пугливость, плаксивость, пониженное настроение, бессонница. Афобазол не вызывает мышечной слабости, сонливости и не обладает негативным влиянием на концентрацию внимания и память.

При приеме фабоматизола редуцируются также соматические проявления тревоги (мышечные, нервные, сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечные симптомы), вегетативные нарушения (сухость во рту, потливость, головокружение), когнитивные расстройства (трудности при концентрации внимания, ослабленная память), в т.ч. возникающие при стрессорных расстройствах и расстройства адаптации.

Фабоматизол также повышает биоэнергетический потенциал нейронов и оказывает нейропротекторное действие, восстанавливает и защищает нервные клетки.

Действие препарата реализуется преимущественно в виде сочетания противотревожного и легкого стимулирующего (активирующего) эффектов.

Особенно показано применение препарата у лиц с преимущественно астеническими личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости и эмоциональной лабильности, склонности к эмоционально-стрессовым реакциям.

Эффект препарата развивается на 5-7 день лечения, достигает максимума к концу 4 недели лечения и сохраняется после окончания лечения в среднем 1-2 недели. При применении фабоматизола не формируется привыкание, лекарственная зависимость и не развивается синдром отмены.

Препарат применяют внутрь, после еды. Оптимальные разовые дозы – 10 мг; суточные – 30 мг, распределенные на 3 приема в течение дня. Длительность курсового применения препарата составляет – 2-4 недели. При необходимости, по рекомендации врача, суточная доза препарата может быть увеличена до 60 мг, а длительность лечения до 3 месяцев.

Тифоксим (стрезам) – этифоксина гидрохлорид – принадлежит к производным бензоксазина. Анксиолитическая активность препарата обусловлена двойным механизмом его действия (прямого и опосредованного) на ГАМК-А рецепторы, улучшающим ГАМК-ергическую передачу импульсов в синапсах. Этифоксин связывается преимущественно с субъединицами $\beta 2$ или $\beta 3$ рецептора, т.е. на участках, отличных от места связывания бензодиазепинов. Непрямое действие обеспечивается посредством увеличения синтеза нейростероидов, в частности, аллопрегнанолона, являющегося модулятором ГАМК-А рецепторов.

Препарат позволяет устранять тревогу, страх, раздражительность, напряженность, пониженное настроение, слабость, истощаемость, неуверенность, расстройства сна, вегетативные нарушения в структуре стрессов, неврозов, расстройств личности, соматоформных и соматических заболеваний, не угнетает психическую и умственную деятельность. Его можно принимать во время работы. Привыкания не вызывает

Препарат выпускается в капсулах по 50 мг, принимается внутрь, 2-3 раза в день. Быстро всасывается. Максимальная концентрации в крови создается через 1-3 часа, период полувыведения – около 6 часов. Метаболизируется с образованием активных метаболитов.

Пипофезин (азафен) – трициклический антидепрессант, входящий в перечень жизненно необходимых лекарств.

Препарат блокирует обратный нейрональный захват серотонина и норадреналина пресинаптическими мембранами, увеличивает содержание этих медиаторов в синаптической щели, что способствует купированию симптомов депрессии. Антидепрессивное действие препарата сочетается с седативным и противотревожным: снижается раздражительность, повышенная возбудимость, апатия, улучшается засыпание и продолжительность сна

Пипофезин показан при депрессивных расстройствах разного генеза – психогенных (невротических, реактивных, в структуре стресса и расстройств адаптации), соматогенных (сосудистых, климактерических), алкогольных, нейролептических, экзогенных и эндогенных. Препарат наиболее эффективен при депрессиях легкой и средней тяжести, с астеническими и тревожными проявлениями. В отличие от других трициклических антидепрессантов, он не обладает холиноблокирующими свойствами, не влияет на активность фермента моноаминоксидазы, не оказывает кардиотоксического действия.

Пипофезин выпускается в таблетках по 25 мг. Начальная доза для взрослых – 25-50 мг, в 2 приема (утром и в обед). При хорошей переносимости и клинической обоснованности дозу постепенно увеличивают до 150-200 мг/сут (в 3-4 приема, последний приём перед сном), а в некоторых случаях – до 400 мг/сут. Оптимальная суточная доза – 150-200 мг, максимальная – 400-500 мг. При достижении желаемого эффекта переходят на поддерживающие дозы: 25-75 мг/сут. Курс лечения – до 1 года (не менее 1-1,5 мес.). При длительном применении не вызывает привыкания.

Пипофезин быстро и полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта. Биодоступность – около 80%. Максимальная концентрация в крови создается через 2 часа. Период полувыведения составляет 4,3 часа. Выводится из организма преимущественно почками.

Для фармакотерапевтической поддержки людей в состоянии дезадаптации рекомендовано сотни средств, применение которых патогенетически обосновано и достаточно безопасно, отпускающихся без рецепта. К ним можно отнести адаптогены, аминокислоты, антиоксиданты, витамины, в комплексе с солями, микроэлементами, ферментами, биодобавки. Информация о них общедоступна. В формате пособия ограничимся их классификационными характеристиками.

Ноотропные средства, содержащие в своей структуре ГАМК – фенибут, пантогам, пикамилон, не вызывающие гиперстимуляции, возбуждения, бессонницы, так как эти эффекты могут усилить дезадаптацию и нежелательны для пациентов. Нейропептидные ноотропы – селанк, семакс, ноопепт, церебрамин, кортексин, церебролизин и др.

Аминокислоты – глицин, глютаминовая, янтарная, аспарагиновая и др. обладают свойствами медиаторов и являются строительным материалом для синтеза белков

Витаминные комплексы – супрадин, цитофлавин, дуовит, квадевит, алфавит, глютамевит и др. Водорастворимые витамины включаются в состав ферментов, их активной части. Жирорастворимые витамины участвуют в строении и функционировании барьеров, мембран клеток и регуляции обмена кальция и фосфора.

Адаптогены – препараты из растений – женьшеня, лимонника, элеутерококка, левзеи, аралии, астрагала, стеркулии, облепихи, имбиря, золототысячника; препараты животного происхождения – пантокрин, апилак; минерального происхождения – мумие и др. Это натуральные продукты сложного состава, включающего полисахариды, гликозиды, флавоноиды, гликопепептиды, алкалоиды, витамины, микроэлементы, гормоноподобные вещества, кислоты и др.

Интересно обоснование их применения. Биологическая организация человека, животных и растений очень похожа, включает много общих составляющих. Все они – живые многоклеточные организмы, живущие в общих для всех условиях космоса, энергии солнца, суточных и годовых ритмов; имеют ДНК с общими для растений, животных и человека нуклеотидами и генами, состоят из одних и тех же веществ – воды, солей, белков, жиров и углеводов; «решают» одни и те же задачи – родиться, вырасти, дать потомство и т.д.; имеют общие угрозы для жизни – отсутствие воды, света, низкие и высокие температуры, пожары, экологические вредности. При многих равных условиях жизнь у животных и растений намного труднее, чем у человека. У них нет многих человеческих способностей и удобств – денег, магазинов, больниц, аптек, домов с отоплением, водоснабжением, освещением и т.д. Потребности адаптации к условиям жизни у них намного выше, чем у людей, поэтому растения и животные сами синтезируют требующиеся им адаптогены, гормоны, витамины, ферменты, антибиотики, алкалоиды, фитонциды и тысячи других веществ, которые люди не могут синтезировать в своем организме, но могут воспользоваться теми веществами, которые производят растения и животные в аналогичных, стрессовых условиях. Адаптогены показаны в стрессовых ситуациях, когда людям необходимо повысить эффективность и скорость адаптации.

Анаболики – карнитин, милдронат (мельдоний) и др. повышают синтез структурных и ферментных белков; массу клеток и органов, активность, продуктивность и выносливость организма.

Антиоксиданты – мексидол, цитиколин, витамины С, Е, А (каротиноиды), РР К; биофлавоноиды – кверцетин, рутин; микроэлементы – селен, цинк, медь железо сера; аминокислоты – аргинин, цистин, пролин, метионин, цистеин, глутамин, таурин и другие средства различного состава, поступающие в организм с растительной пищей. Пищевые источники антиоксидантов – морские водоросли, орехи, семена, бобы, специи и пряности, сухофрукты, свежие фрукты, овощи, корнеплоды, ягоды и др.

Энергия, необходимая для жизни и деятельности организма образуется в результате окисления кислородом органических веществ, поступающих с пищей. В результате этого процесса образуются атомы и молекулы, содержащие один электрон, тогда как в стабильных атомах и молекулах на их внешних орбиталях находятся 2 электрона, образующих пару. Атомы или молекулы, содержащие неспаренные электроны, называют свободными радикалами. Они стремятся заполучить себе пару, то есть отнять электрон у других атомов или молекул, превращая их в свободные радикалы. Этот процесс происходит как цепная реакция. Молекула, превращаемая в свободный радикал, меняет свой заряд, что приводит к её неспособности выполнять свою биологическую функцию. Цепные реакции свободных радикалов могут приводить к образованию поперечных сшивок между молекулами, в том числе между нуклеотидными цепями в молекулах ДНК. Это считается базовым механизмом старения, образования морщин, многих хронических заболеваний, включая рак, и др.

Образование свободных радикалов вызывают различные облучения – рентгеновское, ультрафиолетовое в процессе загара, от антенн сотовой связи, микроволновых печей, от смартфонов, телевизоров; от строительных материалов – гранита, бетона, асфальта, асбеста, шлакоблоков.

При стрессах людям приходится для выживания совершать интенсивные нагрузки. Поэтому процессы образования свободных радикалов, вызывающих перекисное окисление молекул липидов, входящих в состав мембран клеток, приводят к их повреждению, вплоть до распада клеток. Антиоксиданты обладают способностью отдавать электроны без образования свободного радикала. Это спо-

способствует уменьшению и предотвращению повреждений, наносимых свободными радикалами.

Алкоголь в нашей стране традиционно считается универсальным адаптогеном. Во время самоизоляции в информационном хаосе были сообщения о том, что коронавирус «боится алкоголя». Его предлагали вдыхать, полоскать рот, протирать кожу и предметы. Была информация о росте продаж алкоголя и, естественно, потребления.

Эту позицию обязательно нужно уточнить, опираясь на результаты научных исследований, которые проведены доктором медицинских наук, профессором Т.В.Чернобровкиной.

Наша коллега Е.В.Сигитова предлагает список рекомендаций, которые помогают улучшить адаптацию в условиях самоизоляции:

1. Ритмичная нагрузка (спорт в котором есть ритм) ходьба на месте, по комнате, приседания. Регулярность важнее интенсивности.
2. Медитации.
3. Релаксация.
4. Растяжки.
5. Телесные процедуры.
6. Поддерживающая социальная сеть, чтобы был кто-то с кем можно было общаться, обмениваться информацией, а также обсуждать другие темы.
7. Психотерапия.
8. Выделение специального времени для чтения новостей.
9. Отвлечение: фильм, музыка, уборка, разбор вещей, разговор.
10. Пить достаточно воды, чтоб выводить гормоны, которые организм вырабатывает при тревоге (каждые 20 минут – полстакана).
11. Ритуалы, привычные рутинные действия.
12. Творчество активизирует участок мозга, отвечающий за придумывание вариантов. Антистресс-рукоделие, что-то несложное, что можете делать по 30-40 минут в день.
13. Детоксикация от социальных сетей.
14. Улучшение навыков внутреннего диалога.
15. Овладение навыками самопомощи.
16. Бездействие.
17. Улучшение питания: убрать стимуляторы (кофе, чай, энергетические напитки). Нежелательны: алкоголь, сладкое (еда и напитки), постоянное чтение новостей, избегание, так как оно подкрепляет тревогу.

13. Клинические варианты расстройств адаптации

Если режимы самоизоляции или карантина длятся долго, то расстройства адаптации могут усложняться. Они, как и стрессовые расстройства, не специфичны и клинически оформляются по 3 вариантам: аномическому, диссоциальному и мажоритарному (Б.С. Положий).

Аномия – состояние общества, в котором происходит распад системы привычных ценностей и норм, в результате чего духовные, моральные, культурные, социальные ценности и нормы граждан не соответствуют новым сформулированным и принятым государством идеалам (Дюркгейм). Это похоже на современную ситуацию с коронавирусом.

Причина аномии – идеологический конфликт между народом и государственным аппаратом. К этому приводят: деидеологизация, плюрализм, многопартийность, двойные стандарты, либеральная демократия, толерантность, противоречивая информация, управляемый хаос, коррупция.

Аномический вариант социальной дезадаптации проявляется ощущением беспомощности и невозможности изменить ситуацию, отсутствием смысла, идей, воли, сил, ресурсов, обреченностью, депрессией, капитуляцией. Часть граждан проявляют этот вариант расстройства адаптации во время пандемии коронавируса.

Диссоциальный вариант расстройства адаптации – проявляется возмущением, протестами, «обоснованной» отменой социального, правового, культурного контроля за словами, мыслями и действиями, «разрешением» самим себе проявлять «справедливую» агрессивность, импульсивность, присоединяться к бунтовщикам, активно участвовать в уличных беспорядках. Это квалифицируется как радикализация и экстремизм (Б.С. Положий). Примеров такого варианта дезадаптации было довольно много в информационном пространстве, в социальных сетях, в Интернете, телепрограммах.

Этот вариант расстройства адаптации мы наблюдаем в здравоохранении. В результате его оптимизации создались устойчивые дефициты количества врачей, доступности современных лекарств и методов обследования в государственных учреждениях здравоохранения. Недовольство своим социальным и финансовым положением

пациенты могут выразить только врачам, которые всем должны, обязаны, во всем виноваты и беззащитны. СМИ привлекают внимание общества к негативным фактам о врачах, и направляют на них недовольство пациентов всей социально-экономической политикой. Увеличивается количество жалоб на врачей, а также случаев словесной и физической агрессии. За авторов управленческих ошибок наказывают врачей. Они стали заложниками своего гуманизма.

Во время пандемии коронавируса появилось много примеров экстремально жертвенного, подвижнического выполнения врачами и медсестрами своего профессионального долга. Они работали напряженно, непрерывно, в начале эпидемии без средств самозащиты, преодолевали страх высокого риска заражения, без нормального отдыха, сна и питания. Свое здоровье, жизнь, свои семьи, они приносили в жертву высшим духовным ценностям – спасению жизней других людей. Отношение к ним не всегда было достойным. Были примеры ненадлежащей организации работы врачей, которые вынуждали их к протестным действиям, увольнению и суицидам.

Магифренический вариант дезадаптации от слов магия (колдовство) и френ (душа) проявляется в том, что люди, разочаровавшиеся в научном мировоззрении, в том числе в научной медицине, принимают идеи и практики колдунов, магов, целителей и др. объясняющих причины болезней порчей, сглазом, наговором и т.п., и соответствующие способы лечения у экстрасенсов, знахарей, специалистов по снятию порчи, коррекции кармы, очищению и т.п. В тяжелых случаях они уходят из семей, становятся членами сект, попадают в полную зависимость от своих наставников, подвергаются эксплуатации и насилию. В современной истории пандемии коронавируса такие примеры нам не известны.

14. Соматические проявления стресса и дезадаптации

Коронавирусная пандемия и начавшаяся в связи с ней психическая травматизация людей продолжается более 3 месяцев. За это время у части населения успели сформироваться расстройства адаптации. Что будет с людьми, если стрессирующие, дезаптирующие условия жизни будут сохраняться несколько лет? На этот вопрос можно ответить, так как в научной литературе описаны медицинские последствия длительного, многолетнего интенсивного стресса.

Необходимость адаптироваться к жизни в любых условиях требует больших затрат энергетических, пластических, информационных, социальных, духовных и других ресурсов. В ситуации экономической бедности, социальной и духовной разобщенности этих ресурсов нет. Дефицит денег, и вытекающие из него дефициты продуктов, одежды, обуви, бытовых удобств, общения, лекарств и др., могут компенсироваться лишь за счет собственных ресурсов организма. Для этого белки, жиры, углеводы и соли – структурные элементы клеток и органов – начинают извлекаться из них и использоваться как «топливо для сжигания» в процессах дающих энергию, необходимую всем клеткам и органам для функционирования, в том числе, мышления, ходьбы, труда по самообслуживанию. Люди в таких условиях сначала избавляются от жировых запасов, худеют, а затем у них начинаются процессы истощения и «демонтажа» клеток на отдельные молекулы, вплоть до исчезновения клеток.

Патофизиологические механизмы стресса, направленные на обеспечение работающих клеток энергоресурсами – кислородом, глюкозой, электролитами, водой и другими веществами, сложны и многообразны. Они включают повышение артериального давления за счет сужения сосудов; повышение уровня сахара в крови; повышение синтеза гормонов коры надпочечников – кортизола, который активизирует процесс глюконеогенеза – повышение образования глюкозы из белков. Белки, входящие в структуру лимфоидных клеток, синтезирующих антитела, обеспечивающие иммунитет, начинают превращаться в глюкозу. Но это способствует гипергликемии и диабету, а также иммунодефициту, активизации патогенных микробов, вирусов и грибов, заболеваемости инфекциями. Для увеличения количества субстратов (веществ) окисления повышается уровень

жирных кислот и холестерина в крови, что способствует развитию атеросклероза.

Энергообеспечение организма реализуется также в направлении торможения кортизолом (глюкокортикостероидами) энергоемких процессов – синтеза белков, деления клеток, роста. Этот механизм адаптации приводит к возникновению язв, задержке роста, иммунодефициту.

Для увеличения объема кровотока активируется процесс задержки воды в организме: повышается уровень альдостерона, задерживающего в организме воду и натрий, в обмен на калий и кальций. Этот механизм адаптации оборачивается остеопорозом – хрупкостью костей, переломами, потерей зубов, образованием камней в почках.

Возрастание продукции гипофизом гормона роста вносит вклад в адаптацию – для энергообеспечения повышается содержание глюкозы в крови, увеличивается синтез белков, деление клеток, восстановление их структур и увеличение количества.

Для ускорения передачи нервных импульсов – скорости движения и мышления, необходимых при стрессе, повышается чувствительность рецепторов к медиаторам, а также возбудимость и раздражительность, появляется бессонница. Эти эффекты возникают при высоких концентрациях гормонов коры надпочечников и щитовидной железы, повышающих запрос организма на кислород, возбудимость и истощаемость.

Таким образом, жизнь в условиях стресса разрушает не только психическое, но и соматическое здоровье. Из механизмов адаптации, как их продолжение, постепенно формируются психосоматические и соматические болезни: гипертония, диабет, атеросклероз, язва 12 перстной кишки, бронхиальная астма, остеопороз, ломкость костей, разрывы связок, камни в почках, обострение инфекций, в т.ч. герпеса, туберкулеза, грибков; провокация припадков и психозов, депрессии.

Хронический стресс способствует развитию депрессии, потери смысла жить и «запуску» онкологических заболеваний. Известный афоризм «Все болезни от нервов» можно уточнить: «Все болезни от стрессов»

15. Органическое расстройство личности

Описанные процессы «жертвоприношения» биологических составляющих здоровья в социальное функционирование в условиях стресса, закономерно приводят к ослаблению, дегенерации (обратному развитию, уменьшению, упрощению), а затем и к гибели клеток во всех органах, в том числе и нервной системы. Масса головного мозга уменьшается. В лобной части коры обнаруживаются уменьшение объема и плотности нейронов и нейроглии. Напомним, что глиальные клетки служат опорным аппаратом ЦНС, обеспечивают продвижение межклеточной жидкости, снабжение нейронов кислородом и питательными веществами, поглощают избыток нейромедиаторов и продукты их распада.

В структуре стресса происходит сужение сосудов, снижение мозгового кровотока и обмена веществ мозга, и соответственно, всех его функций. Таким образом, происходит постепенная трансформация социальных угроз в гибель нейронов. Постепенно развивается «Органическое расстройство личности», которое шифруется в МКБ-10:F07.

Его основным проявлением считается психоорганический синдром. Он включает:

- когнитивные расстройства – снижение интеллекта, ослабление памяти, внимания, замедление мышления, обстоятельность, вязкость, ригидность, упрощение, примитивность суждений, снижение продуктивности, ориентировки, понимания;

- недержание аффекта – эмоциональная возбудимость, снижение контроля над эмоциями, раздражительность, агрессивность, грубость, бестактность, обидчивость, слезливость, приступы дисфорий, с быстрым истощением эмоциональных проявлений;

- расстройство вегетативной регуляции – головные боли, головокружения, нарушения координации движений, походки, появление судорог;

- снижение переносимости жары, духоты, транспорта, бани, нестабильность артериального давления, пульса, температуры, метеочувствительность;

- личностную, профессиональную, социальную деградацию, слабоумие, и в результате – инвалидизацию.

16. Последствия стрессов и направления их профилактики

Обобщая последствия длительного проживания в стрессовых условиях, можно сделать выводы о том, что:

Стресс перемалывает все ресурсы человека и общества.

- Является причиной большинства болезней
- Снижает продолжительность и качество жизни
- Является интегративным показателем качества управления государством, социально-экономической, идеологической, информационной политики.

Здравоохранение не может справиться с системным разрушением психического и соматического здоровья населения, обусловленного ненадлежащим качеством управления. Вкладывать деньги в оптимизацию здравоохранения, строительство новых больниц, оснащение их современной диагностической и лечебной аппаратурой и новыми, более эффективными лекарственными препаратами нужно, но эти меры не устранят последствия сокращения количества врачей, койко-мест, стрессов и дезадаптации, в которых выживает большинство населения. Политикам и чиновникам этими знаниями, связывающими их деятельность с состоянием здоровья нации, надо обладать и руководствоваться ими в своей деятельности.

Директива Президента – увеличить к 2030 году продолжительность жизни населения России до 80 лет проблематична для выполнения.

Стратегически важная проблема профилактики стрессов должна решаться на 3 уровнях:

- Личном – предупредительность, выполнение своих обязательств перед людьми, обществом (выборы) и Богом.
- Управленческом – выполнение депутатами, госслужащими и гражданами своих обязательств, законов, культурных и нравственных норм.
- Государственном – обеспечение мира, оборона, самодостаточность, продовольственная, хозяйственная, политическая, культурная независимость.

17. Заключение

Коронавирусная пандемия стала новым, труднейшим испытанием человечества на разумность, духовность, ответственность, солидарность, выносливость, а также на профессионализм руководства в организации защиты здоровья и жизни граждан от смертельной опасности.

Многие обстоятельства возникли впервые. Информации о вирусе, симптомах болезни, методах лечения и профилактики в начале пандемии не было, или ее было очень мало для принятия обоснованных решений. Руководить организацией множества мероприятий в условиях дефицита знаний, времени, специалистов, средств, сознательности и дисциплинированности граждан, было крайне сложно. Через 3 месяца жертвенного, героического служения медиков, напряженного труда руководителей, терзания и терпения граждан, улучшение достигнуто. Приобретенный новый опыт, как положительный, так и отрицательный, анализируется и превращается в научно обоснованные рекомендации, которые помогут спасти людей в аналогичных ситуациях.

Согласно афоризму «Человек видит то, что знает», наш профессиональный ресурс психиатров и психотерапевтов помог нам увидеть психологические и психопатологические составляющие в реагировании населения как на угрозы коронавируса, так и на мероприятия для защиты от него.

Угрозы соматическому здоровью, обусловленные собственно вирусом, вышли за профессиональные границы инфекционистов и эпидемиологов. Профилактические меры, направленные на исключение физического контакта людей с вирусом, вынужденно расширились в сферу их социального функционирования с нарушением основных стереотипов поведения и важнейших элементов образа жизни – работы, учебы, отдыха, общения, личной жизни. Социальная изоляция здоровых, не инфицированных людей, была необходима, но к ней никто не был готов. Некоторые характеристики самоизоляции стали стрессом и причиной для возникновения соответствующих психических и поведенческих расстройств.

Это обстоятельство показывает необходимость разработки методических рекомендаций для научно обоснованных вариантов самоизоляции с дифференцированным подходом к каждому человеку,

позволяющим сохранить ее полезность и минимизировать дезадаптирующие элементы.

В пособии мы раскрыли причины и содержание негативных переживаний и реакций людей на самоизоляцию. Зная их, при следующей необходимости введения такого режима, можно предотвратить или уменьшить его психологическую и социальную травматичность.

Непрерывное информирование людей о симптомах болезни, о числе заболевших и умерших, об отсутствии надежных способов лечения было нужным. Для людей в стрессовой ситуации очень актуальна потребность в информации об опасности для поиска способов защиты от нее. Опыт весны 2020 года обнаружил позитивные и негативные характеристики информационного сопровождения пандемии. Появились термины «коронобесие», «пандемия психоза», отражавшие избыточность психотравмирующих составляющих в отражении пандемии в СМИ. Информации было очень много, она была очень разнообразной и противоречивой. Вместо системности и логичности, однозначных, понятных, убедительных рекомендаций, у большей части людей, наоборот, увеличивался когнитивный диссонанс, недоумение, растерянность, недоверчивость к властям и появлялись протестные мотивации делать все наоборот.

Информационное сопровождение защиты от угрозы заражения вирусом превысило формат гигиенических рекомендаций, способствовало развитию у соматически и психически здоровых людей симптомов стресса – страха, тревоги, растерянности, навязчивостей, депрессии, астении, ипохондрии, бессонницы, а также расстройств поведения – бегства от трудностей в разные варианты компенсации стресса – «заедание», алкоголизацию, протесты, конфликты, насилие, агрессивность и др.

Опыт проживания первого этапа пандемии большинства населения, не заразившегося вирусом, то есть соматически здорового, показал, что его психическому здоровью причинялся большой ущерб от использования определенных информационных, психологических, социальных, экономических, финансовых, политических, идеологических технологий.

Их совокупность, интенсивность, непрерывность, наступательность, поспешность, направленность на создание системы полного контроля за перепиской и поведением людей через обязательную

вакцинацию, хитро совмещенную с введением чипов, многими политологами трактовались как гибридная война с использованием невоенных технологий для принудительного, дистанционного управления людьми. Эти идеи распространились по всему миру и вызвали протесты против системы тотального контроля, а точнее, против социально-политической составляющей вакцинации, но «власти», толкуя эти протесты как отказ от «чисто медицинской» процедуры, необходимой для профилактики заразной болезни. Отказывающиеся от вакцинации получают ярлык социально опасных личностей, сознательных распространителей «смерти», «биотеррористов», «достойных» жесткого режима пожизненной изоляции от общества с лишением прав переступать порог торговых, производственных, образовательных, культурных, медицинских учреждений, пересекать границы Евросоюза и других стран. Заботой о сохранении биологического здоровья граждан обосновывается их лишение социальных, политических и других свобод и прав.

Совмещение в информационном пространстве и общественном сознании вакцинации с чипированием крайне неудачно. Людей принуждают делать выбор между приоритетами биологических, психологических, социальных и духовных потребностей: либо быть биологически живыми, но социально и духовно управляемыми «роботами», либо быть психологически и духовно свободными, но социально и биологически «обнуленным». Аморальный, устаревший и надоевший человечеству, принцип несправедливого управления «разделяй и властвуй», продолжает использоваться правящей элитой – разрушать, расщеплять на части естественное, божественное, гармоничное единство тела, души и Духа. Современное человечество этого не принимает. Протестные реакции на создание системы тотального контроля над людьми путем вакцинации-чипирования будут развиваться и выходить за границы медицинских проблем, перерастать в требования социальных, политических и идеологических преобразований, восстанавливающих справедливость и человечность.

Таким образом, пандемия стала аналогом «шоковой терапии» для человечества, способствовала активизации ума и воли. Критически возросла актуальность разработки ответов на идеологические, политические, социальные, экономические вызовы цивилизации и на защиту психического здоровья населения. Развитие ситуации коронавирусной пандемии создает новые вызовы человечеству, отвечая на которые оно будет объединяться, освобождаться от несправедливости, эксплуатации, ложных потребительских ценностей.

Основная литература

1. Карпов А.М. Самозащита от стресса: Методическое пособие. – 3-е изд. /А.М.Карпов. – Казань: ЗАО «Новое знание», 2003. – 48 с.
2. Карпов А.М., Семенихин Д.Г., Зимаков А.Ю., Максимов М.Л., Шмакова М.А. Нанотехнологичное объяснений широты спектра фармакотерапевтических эффектов и безопасности клинического применения мебикара. Сборник научных статей Всероссийская науч-практ. конф «Безопасность фармако-терапии: Nolinocere». / отв. ред. М.Л.Максимов. – Казань ИД «МеДДоК», 2018. – С. 68–79
3. Китаев-Смык Л.А.Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти.- Учебное пособие, Издательство «Смысл», 2019. – 570 с.
4. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования// Эмоциональный стресс.- Л.Медицина, 1970. – С. 178-208.
5. Положий Б.С. Социальное состояние общества и психическое здоровье /Б.С.Положий// Руководство по социальной психиатрии./Под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М.:Медицина, 2001. – С. 36–50.
6. Положий Б.С. Стрессы социальных изменений и расстройства психического здоровья // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 1996. – № 1–2.
7. Психиатрия: Национальное руководство/ Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Н.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000с.
8. Селье Г. Стресс без дистресса. Пер с англ. – М.: Прогресс, 1979. – 124 с.
9. Социальный стресс и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевской, А.И. Воложина. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 248 с.
10. Чернобровкина Т.В., Киршенгольц Б.М., Артемчук А.Ф., Синергетическая медицина: Теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. Изд–е 2-е, дополн. /Предисловие проф. Карпова А.М.- Харьков: Из-во «Плеяда», 2007.-240 с.

Сведения об авторах:

А.М. Карпов – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психотерапии и наркологии КГМА-ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

В.В. Герасимова – к.псх.н, начальник отдела психологического сопровождения Министерства по делам молодежи Республики Татарстан

Р.Р. Набиуллина – д.м.н., профессор кафедры психотерапии и наркологии, КГМА-ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

В. Кирюхина – к.м.н., доцент кафедры психотерапии и наркологии КГМА-ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Белоусова М.В. к.м.н., доцент кафедры психотерапии и наркологии КГМА-ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

М.А. Шмакова – к.м.н., доцент кафедры психотерапии и наркологии КГМА-ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

О.В. Башмакова – к.м.н., доцент кафедры психотерапии и наркологии, КГМА-ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ВЫНУЖДЕННОЙ САМОИЗОЛЯЦИИ

Научно-методическое пособие

ISBN 978-5-6044831-9-0



Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленного электронного оригинал-макета

Подписано в печать 21.07.2020 г.
Формат 60х84¹/₁₆. Печатных листов 2,75.
Бумага офсетная, тираж 500. Заказ А-70.

Отпечатано в



г. Казань, ул. Муштары, 11, тел. 259-56-48.
E-mail: meddok2005@mail.ru