

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА «ДО» И «ПОСЛЕ»

Быкова Татьяна Михайловна, tatianab.sm@yandex.ru, врач-психотерапевт Больницы медицинской реабилитации. Смоленск, Россия.

Аннотация. В статье анализируются тревожные расстройства, возникающие на фоне вирусной пневмонии, вызванной коронавирусом SARS-CoV-19. Прослежены частота проявлений, формы нарушений, особенности тревоги во время инфекционного процесса у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями. Отмечены изменения тревожных нарушений в процессе затягивания пандемии, свидетельствующие о снижении адаптационных способностей у людей с комбинированными соматическими нарушениями.

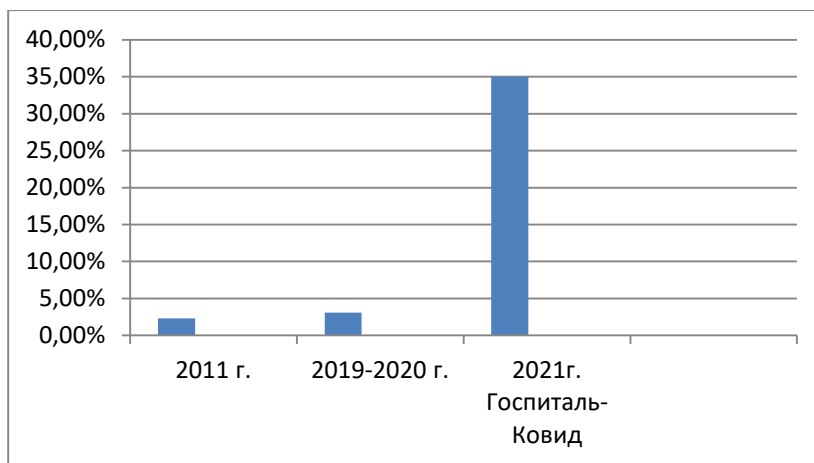
Ключевые слова: коронавирус SARS-Cov-19, тревожные нарушения, соматические заболевания.

В конце XX — начале XI века мы привыкли к тому, что «единственно постоянным в нашей жизни являются постоянные перемены», как пронциательно заметил на рубеже веков В.В. Макаров в книге «Психотерапия нового века», изданной еще в 2001 году. С наступлением 2020 года изменения жизни стали ещё определённое, заметнее и объективнее. Пандемия Новой коронавирусной инфекции узаконила и уже обоснованно включила иные правила жизни, труда, быта, общения. Психотерапевтам и психологам известно стрессогенное влияние даже позитивных перемен на здоровье человека. Немногие люди способны быстро адаптироваться к изменениям и с пользой для личности перерабатывать их, использовать для своего развития и совершенствования. Чаще нам — психологам и психотерапевтам — приходится видеть отрицание стресса как такого, неосознание его влияния на психику, неблагоприятное «зависание» людей в стрессе с активацией невротических и психосоматических расстройств. Порой мы можем отследить прямую связь стрессора и психологических, болезненных нарушений. В подавляющем большинстве случаев эта связь менее очевидна, ее поиск требует углубленного психотерапевтического исследования. Но все равно, у любого следствия есть начальная причина. Явная причина — пандемия, с ее изоляцией, ограничениями, ожиданиями неприятностей, реакциями избегания, изменениями социального уклада жизни общества, воздействием вируса на нервную систему — по мнению многих специалистов, способствовала росту числа нарушений в работе головного мозга, особенно росту тревожных, аффективных расстройств. В настоящее время международное медицинское сообщество рассматривает их как следствие прямого повреждения клеток головного мозга вирусом COVID-19 SARS, развитием ангиопатий, тромбоэмболий в подкорковых зонах перивентрикулярных пространств и базальных ганглиях, непосредственно отвечающих за работу автономной вегетативной нервной системы и развитие тревоги; с тотальным дефицитом холина в клетках коры головного мозга из-за повреждения митохондрий клеток, что ведет к снижению познавательных функций, снижению переносимости нагрузок, работоспособности, концентрации внимания, социальной адаптации, повышению утомляемости, нарушениям циркадных ритмов с ночной бессонницей и сильной сонливостью днём. Перенесенная интоксикация, запуск каскада общих воспалительных реакций способствуют активации обострений хронических заболеваний, снижению общего иммунитета, развитию аутоиммунных заболеваний. Мы наблюдали тревожные расстройства и до «пандемии» в Больнице медицинской реабилитации, где пациенты проходили третий этап реабилитации после тяжелых травм, операций на позвоночнике, суставах, в том числе операций эндопротезирования, других хронических заболеваний опорно-двигательной системы, позвоночника, периферической нервной системы. В периоды роста числа случаев Новой коронавирусной инфекции в Смоленской области больница дважды перепрофилировалась для долечивания пациентов с вирусной внебольничной пневмонией. В настоящей статье мы сравнили особенности и частоту тревожных расстройств до Пандемии в 2019–2020 годах у соматических пациентов Больницы медицинской реабилитации и за 6,5 месяцев (конец 2020 — середина 2021 года) функционирования больницы как инфекционного госпиталя для лечения Новой коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19.

Хочется отметить, что увеличение частоты и тяжести проявлений тревожных, вегетативных нарушений обращало на себя внимание в последние годы на фоне еще «привычного» течения жизни. Так в 2011 году тревожные расстройства с вегетативными дисфункциями наблюдались психотерапевтом у 10,3% психотерапевтических пациентов (у 2,3% всех госпитализированных в больницу соматических больных), в 2019–2020 гг. (за 22 месяца обычного реабилитационного функционирования больницы) — у 21% психотерапевтических пациентов (3,1% от всех реабилитируемых).

В условиях Госпиталя для долечивания больных новой Коронавирусной инфекцией диагноз тревожного расстройства имели 56%–71% психотерапевтических пациентов (35%–23% всех больных).

Частота тревожных расстройств у пациентов Больницы медицинской реабилитации.

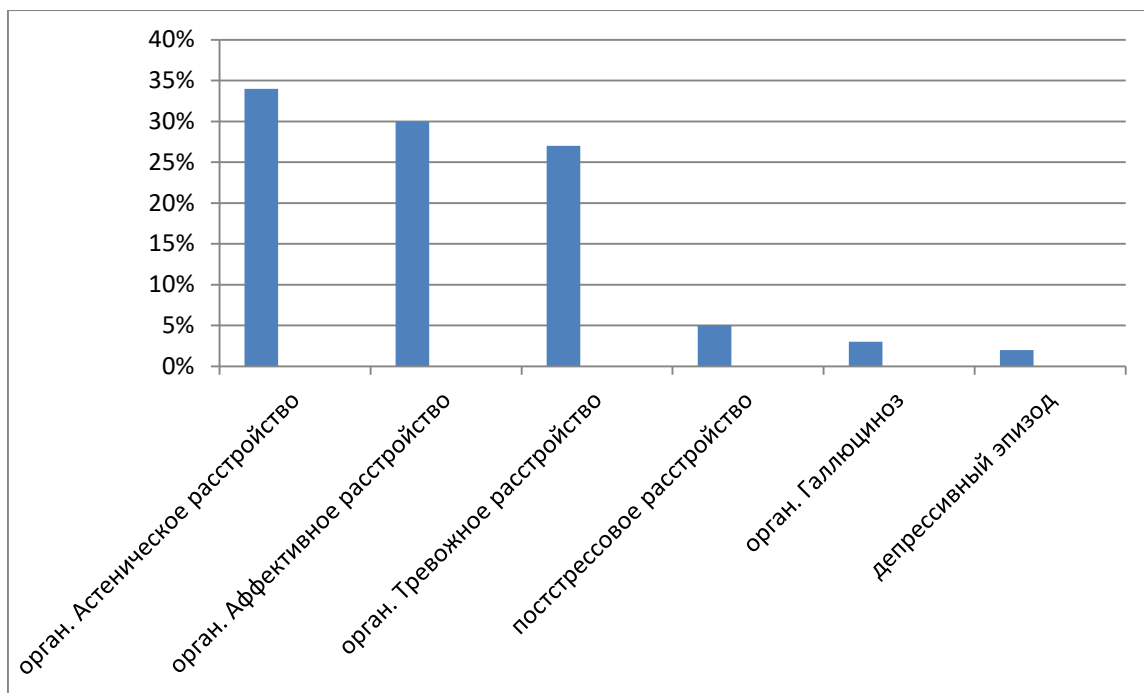


В подавляющем большинстве случаев расстройства были выражены и вынуждали людей обращаться за психотерапевтической помощью, несмотря на боязнь стигматизации обществом пациентов психиатрического профиля. За небольшим исключением, связь с неблагоприятными изменениями в жизни, работе, семье в течение предшествующих 2–3 лет пациенты проследить затруднялись. Невольно напрашивался вывод о каком-то скрытом, неявном воздействии, психологической эпидемии, или о тонком улавливании психикой многих людей грядущих глобальных перемен жизненного уклада.

Особенности проявлений тревожных расстройств у больных новой коронавирусной инфекцией в Больнице медицинской реабилитации.

За 5 месяцев (ноябрь 2020 — март 2021) функционирования инфекционного госпиталя в Больнице медицинской реабилитации было пролечено 502 пациента с Новой коронавирусной инфекцией. Это составило 1,8% от всех заболевших в Смоленской области, которых к концу марта 2021 г. насчитывалось 28166 человек. Пациенты нашего госпиталя поступали в состоянии средней степени тяжести. В 91% случаев инфекция имела осложнение вирусно-бактериальной пневмонией, в 9% случаев пациенты не имели признаков предшествующей респираторной инфекции, заболевание сразу проявлялось вирусной пневмонией. Пневмонии имели характерные признаки вирусной интерстициальной вирусной пневмонии с большой площадью поражения (20 – 91%) легочной ткани, часто отмечались плевриты, гидроторакс, ДН 1–2 степени. Пациенты поступали для второго этапа лечения тяжелых пневмоний после 5–20 дней лечения и обследования в инфекционных госпиталях, нередко после пребывания в отделении реанимации с ИВЛ (искусственной вентиляции легких). Все они к моменту перевода имели среднетяжелое состояние по основному заболеванию и комбинированную, сочетанную сопутствующую патологию, могли самостоятельно дышать, передвигаться. Хронические фоновые заболевания включали сердечно-сосудистые заболевания с нарушениями ритма сердца, с дестабилизированной артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью зачастую перенесшие несколько операций на сердце; сахарный диабет, ожирение, дисметаболический синдром; хронические заболевания легких; желудочно-кишечного тракта, в том числе хронические панкреатиты; хронические заболевания почек, хроническую почечную недостаточность; последствия перенесенных инфарктов, инсультов головного мозга, хроническую ишемию мозга и другие заболевания центральной и периферической нервной системы. На втором этапе лечения происходила активация каскада общей воспалительной реакции, приводящая к обострению и проявлению тяжелых хронических заболеваний или развитию тяжелых, иногда катастрофических патологий (ревматоидный артрит, подагра, некроз поджелудочной железы, флегмона брюшинного пространства, тромбоэмболии легочных сосудов, миотонии). Несмотря на состояние средней тяжести, в 1% случаев лечение пациентов закончилось летальным исходом, 99% пациентов были выписаны с улучшением. Подтвержденную коронавирусную инфекцию с обнаружением РНК SARS-CoV-2 (ПЦР тест) в мазке или положительными титрами антител — иммуноглобулинами М — имели 47% пациентов, а клинически диагностированную инфекцию, но не подтвержденную обнаружением COVID-вируса — имели 53% человек.

Среди госпитализированных количество женщин ненамного превышало количество мужчин: мужчин — 43% (216 человек), женщин — 57% (286 человек). Большинство пациентов — 72% — были люди старше 60 лет (60–70 лет — 41%, старше 70 лет — 31%), 28% составили люди младше 60 лет (40–59 лет — 27%, моложе 40 лет — 1%). Активно, предъявляя жалобы, за психотерапевтической помощью обращались 62% пациентов с острой коронавирусной инфекцией — 306 человек. Психические расстройства с теми или иными проявлениями тревоги были представлены несколькими видами нарушений. Диагнозы расстройств выставлялись по принятой в России классификации болезней — МКБ 10.



Как видно из таблицы, в структуре расстройств на первом месте выявлялись астенические расстройства — 34%, на втором месте — аффективные органические расстройства — 30% и только на третьем по частоте диагностирования были органическое тревожное расстройство — 27%. Органическое астеническое расстройство проявлялось трудно контролируемые, непостоянными и разнообразными эмоциями, головокружениями, алгиями в разных частях тела, повышенной утомляемостью, безрадостью. Органические аффективные расстройства расценивались по преобладающим проявлениям нарушений настроения, чаще это была легкая или средняя депрессия, иногда — гипертимия. В 3% случаев наблюдалось развитие депрессивного эпизода в рамках рекуррентного расстройства (эпизоды леченых ранее депрессий). У всех пациентов состояние ухудшалось на фоне остроты инфекционного процесса и улучшалось при облегчении соматического недомогания. Также у всех пациентов отмечались рассеянность, легкая забывчивость, некоторая замедленность мышления, снижение пассивной (понимание) и активной речи с затруднениями в подборе слов, использованием в речи простых предложений. Особенно заметны были нарушения праксиса (трудности в воспроизведении произвольных движений). Пациенты на время как бы забывали, как поднять в руку, сжать кулак во время ЛФК, как сделать первый шаг, как встать с постели. Осознание этой «немощи» всегда вызывало чувство беспокойства, тревогу.

Самой частой причиной обращения за психотерапевтической помощью являлось нарушение сна. Бессонница была особенно выражена в течение последних 2-3 недель. Отмечалось отсроченное на 2-5 часов засыпание, чуткий, неглубокий сон с многократными просыпаниями из-за чувства тревоги, беспокойства, позывов в туалет. Продолжительному сну мешали воспоминания о предшествующем лечении, страх возможного возвращения тяжелого физического недомогания, тягостные воспоминания о своем тяжелом состоянии, о лечении, о тяжелых больных — соседях по палате, отделению, столах, муках, переносимых коллегами по несчастью, за которыми круглосуточно ухаживали пациенты, способные вставать и ходить. У некоторых воспоминания были сознательными, у некоторых — в виде неприятных, необыкновенно ярких сновидений с прозоначными состояниями, затяжным возвращением в сознание и размытым разграничением реального мира с миром сна. Характер сновидений символически отражал беспомощность (связанность, опутанность какими-то нитями, сетями, паутиной, ограничением пространства) и невозможность освобождения из этих сковывающих пут. Некоторые пациенты не осознавали беспокойства и тревоги, объясняя нарушения некомфортными условиями сна в стационаре больниц, физическими недомоганиями, трудностями дыхания. У многих пациентов и на втором этапе лечения сохранялась низкая сатурация кислорода меньше 90% при нижней границе нормы в 95%, что как бы делало наличие трудностей дыхания обоснованными. Однако нарушения дыхания сопровождались чувством страха, тревоги и вегетативными нарушениями (субъективная затрудненность вдоха, шумное дыхание без одышки, потребность и невозможность полноценного вдоха) и повышением насыщения тканей кислородом и улучшением самочувствия и показателей сатурации после физической нагрузки, занятий ЛФК, после беседы. То есть улучшение наступало на фоне переключения внимания с неприятных переживаний на нейтральные ситуации.

Второй по частоте причиной обращения было чувство беспокойства. Оно не всегда связывалось с тревогой, а объяснялось пациентами физическими недомоганиями, имевшими место в объективных нарушениях (стойкие высокие цифры артериального давления выше 160-170/80-120 мм рт.ст.; мерцательные аритмии сердца; тяжелые легочные нарушения; воспалительные изменения с высокими показателями Ц-реактивного белка, превышающими его нормальное значение в 10-25 раз; высокие цифры содержания глюкозы в крови до 20-39 ммоль/л при норме гликемии 5,8 ммоль/л; нарушениями свертывания крови; присоединение тяжелых бактериальных осложнений; нарушениями функций желудочно-кишечного тракта с тошнотой, многократными поносами (более 10-20 раз за сутки) или запорами по 5 и более суток, болями в животе; обострения ревматологических заболеваний, анемиями и др.). Все же патологические нарушения отмечались у всех пациентов, но не все одинаково реагировали на них. Пациенты, обратившиеся к психотерапевту, катастрофизировали физические недомогания,

нарушения сна, воспоминания. Эмоциональная реакция у этой группы пациентов была выраженной, часто чрезмерной, продолжительной, сопровождалась слезами, раздражением, негативизмом, обидчивостью, ранимостью, колебаниями настроения. У всех пациентов было выражено чувство быстрой усталости, значительное снижение переносимости минимальных физических нагрузок, мышечная слабость, рассеянность, забывчивость, суетливость с апатией и снижение энергетического потенциала. Все больные, предоставленные сами себе, помногу часов просто лежали в постели.

Психологические нарушения в основном расценивались как органические расстройства вследствие тяжелого инфекционного процесса, поражающего холинэргические структуры и митохондрии клеток головного мозга и всего организма. Превалирование тех или иных симптомов позволило отнести нарушения к различным его вариантам, но чувство тревоги в различной степени присутствовало у всех.

Чаще всего отмечалось эмоционально лабильное расстройство (астеническое) — 170 человека (56% среди наблюдаемых психотерапевтом и 34% среди всех пациентов с новой коронавирусной инфекцией). У этих пациентов на первый план выступали признаки усталости, значительное ограничение общей физической активности, трудности в поддержании общения, неспособность какой-либо деятельности, в том числе чтения, легкой дыхательной гимнастики, рукоделия. Отмечались затруднения в подборе слов, построении сложных предложений. В речи использовались простые предложения, предпочтение отдавалось односложным ответам на вопросы. Инсомния сопровождалась смещением циркадных ритмов с дневной сонливостью и ночной бессонницей. Эмоциональные реакции были непостоянными, с быстрым раздражением, обидчивостью, ранимостью. Некоторых беспокоили условия стационара, особенности проводимого лечения, но, как правило, главным было желание «просто полежать». Всем пациентам такое состояние казалось чуждым, неестественным и вызывало тревогу и беспокойство. По мере улучшения состояния и повышения переносимости физических нагрузок пациенты стремились активно противодействовать недомоганию: интересовались причиной слабости, ее возможной продолжительностью, способами выздоровления, самостоятельно и с инструктором занимались лечебной физкультурой, ходили по палате. Расширение общей активности происходило после преодоления страха перед «нехваткой воздуха», перед возможным падением из-за слабости мышц ног. Легкая тревога и фобические реакции сохранялись в уменьшенном варианте и к моменту выписки.

У 150 человек (30% среди всех госпитализированных или у 49% психотерапевтических пациентов) на фоне описанных выше симптомов особенно были выражены снижение настроение, апатия, чувство вины перед родными. Интересен факт выраженной психологической защиты у 11 пациентов (2%). Во время их болезни и лечения в предыдущих стационарах погибали супруги этих людей, с которыми те совместно прожили более 20-30 лет или родители молодых пациентов. Похороны проходили без присутствия наших пациентов, но они оставались спокойными, рассказывали о случившемся, о совместной жизни отстраненно, с незначительной эмоциональной реакцией. Даже предстоящие изменения в жизни без родных людей, будущее одиночество, казалось, мало вызывали волнения. Эта отстраненная реакция на смерть близкого, родного человека усиливала ощущение некой «черты смерти», с которой люди сталкивались, оказываясь в непосредственной близости с небытием и от которой им самим удалось отойти, наполняясь облегчением, некоторым ощущением радости от того, что сами они смогли выжить.

Состояние таких пациентов расценивалось как органическое аффективное расстройство. Реже отмечалась легкая гипертимия с эйфорией, склонностью к шуткам-прибауткам, умеренным возбуждением и повышением моторной активности. Чаще превалировало снижение настроения, аппетита со значительной потерей массы тела (за 3-4 недели некоторые худели на 7-14 кг). Нарушения сна проявлялись преждевременным просыпанием в 2-4 часа ночи и невозможным повторным засыпанием. У этих пациентов так же присутствовала тревога и беспокойство. Но они носили характер опасений за родных, которым больные нанесли или могли нанести вред (заразили или могут заразить, не помогли), частыми проявлениями были неприятные воспоминания о негативных ситуациях в прошлом, ощущения слабости-беспомощности перед возвращением в обычную жизнь. Тревога у пациентов с аффективными расстройствами носила оттенок растерянности перед будущим и сохранялась до момента выписки.

У 114 человек (у 27% среди госпитализированных или 44% психотерапевтических пациентов) тревога превалировала среди всех нарушений. Она значительно мешала лечению, нарушала поведение, существование в быту, оказывала негативное влияние на соседей по палате, отделению. Тревога сопровождалась эмоциональной реакцией, комплексом вегетативных нарушений, фобических реакций. Пациенты не могли заснуть по 4-5 часов, прислушиваясь к возможным инцидентам в отделении, просыпались по 5-10 раз от незначительного шороха. Окраска тревоги и фобий носила характер опасений за свое состояние, свое здоровье, за возможное не восстановление. У этих пациентов, несмотря на слабость, отмечалась повышенная речевая и двигательная активность, было осознаваемое чувство беспокойства, внутреннее напряжение. Как правило, люди знали точную длительность этих нарушений — 3-4 недели и демонстрировали активное желание в преодолении этих нарушений, сотрудничая с медицинским персоналом и поддерживая комплаенс. В этих случаях расстройство расценивалось как органическое тревожное расстройство. Только отдельные люди среди этой группы с трудом вспоминали о наличии тревожно-вегетативных нарушений в предшествующие ковиду годы. Именно среди них тревожные расстройства были сильнее, сохранялись дольше. Но характерно, что у всех пациентов тревога, беспокойство регрессировали на первой неделе медикаментозной терапии, сон восстанавливался через несколько дней.

Самыми тяжелыми психическими нарушениями был органический галлюциноз, сопровождающийся сильным чувством страха, тревоги без выраженных проявлений возбуждения или агитации. Он отмечался у 15 пациентов (3% от всех пациентов, 4% психотерапевтических пациентов). Наличие и характер зрительных галлюцинаций осознавались по выходу из расстройства, и не всеми описывался в реальных терминах. Многие предпочитали делиться пережитым поверхностно, вскользь, сохраняя тревогу и эмоциональное беспокойство за психическое здоровье до конца пребывания в стационаре. Однако облегчение наступало на второй неделе лечения нейролептиками, сопровождалось чувством радостного подъема от избавления от страшных, тягостных видений.

У 20 пациентов (8% психотерапевтических и 5% всех пациентов) тревожные воспоминания о пережитом лечении и тяжелом состоянии имели выраженный, стойкий характер, сопровождалась еженочными сновидениями, повторяющимися пережитые болезненные нарушения, умирающих соседей по палате. Постоянство и стойкость осознаваемых воспоминаний позволили

расценивать нарушения в данном случае как постстрессовое расстройство — острая реакция на стресс с формированием посттравматического стрессового расстройства. Его проявления купировались, но чаще только уменьшались к 10-20 дню медикаментозного лечения.

Таким образом, психологические нарушения отмечались у более чем 60% пациентов, они всегда сопровождались осознаваемой тревогой в различных проявлениях и имели тенденцию к быстрому регрессу. Наверное, можно говорить скорее об острой реакции, чем заболевании. Для более точных выводов необходимо наблюдение в динамике. В условиях стационарной помощи, ограниченной сроками госпитализации это затруднительно. Наши наблюдения похожи на исследования многих ученых Европы, Австралии и других стран.

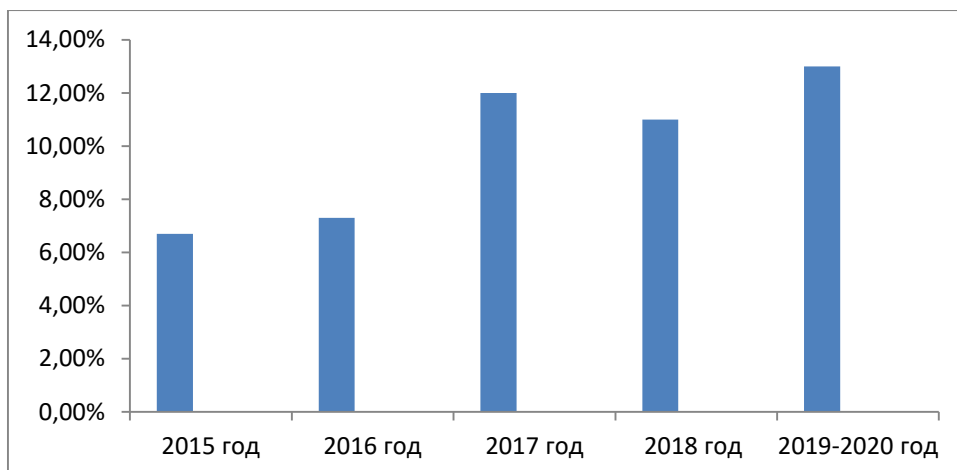
Структура и клинические проявления психических расстройств несколько изменились спустя 3 месяца, когда больница на 1,5 месяца была вновь перепрофилирована в ковид-госпиталь. Приведем (тезисно) изменения, наблюдаемые за 1,5 месяца повторного преобразования Больницы медицинской реабилитации в ковидный госпиталь. Домыслы о целесообразности этих реконструкций оставим, что называется, за кадром. Итак, за эти 1,5 месяца в больнице прошли лечение 74 инфекционных пациента. В 100% случаев у них лабораторно была подтверждена Новая коронавирусная инфекция методом ПЦР мазка из носоглотки. Все они переносили тяжелые вирусные пневмонии с большим поражением легочной ткани (до 85-92% повреждения легких), все уже проходили предшествующее длительное лечение в инфекционных госпиталях на протяжении 20-90 дней. Психотерапевтическую помощь по направлениям лечащих врачей получили 24 пациента (32% от всех госпитализированных). Трое из них активно заявляли психотерапевту о прохождении полной предшествующей вакцинации за 2-3 месяца до развития данного заболевания. Все больные имели тяжелые фоновые хронические заболевания. 12,5% находились в продолжающемся хроническом болевом расстройстве с нейропатическим компонентом боли и высокими оценками боли по визуально-аналоговым шкалам боли (7-10 баллов). Часто расценивали боль как «невыносимую». Болевой синдром носил генерализованный характер с нечеткими локализациями в области позвоночника, крупных суставов. Только 23% пациентов (7 человек) не имели диагностически значимых проявлений тревоги. У 71% — 17 пациентов тревожно-фобические нарушения были главной причиной обращения. То есть процент тревожных нарушений отчетливо стал выше. Эти нарушения, по-прежнему, расценивались как органические на фоне COVID-инфекции. Но только у 17% пациентов они были проявлены мононарушениями. В 62% случаев они сочетались с органическими аффективными, эмоционально-лабильными, астеническими, постгаллюцинаторными нарушениями. У 21% пациентов явно прослеживалось генерализованное тревожное расстройство, с которым 5 человек существовали более 3-5 лет. Тревога, страхи, чувство беспокойства, выраженные нарушения сна сохранялись продолжительно, были выражены сильнее, чем весной 2021 г. Это потребовало назначения более сильных анксиолитических (противотревожных) препаратов, в более высоких дозах, чем ранее. Медикаментозная стабилизация, восстановления сна наступали позже — на 7-12 день терапии. Длительно сохранялись беспокойные сновидения, которые всегда субъективно пациентами расценивались как тягостные и неприятные. Поэтому они активно стремились к их обсуждению. Анализ сновидений демонстрировал подсознательное стремление к жизни, вернее выраженное инстинктивное возвращение к жизни. Сновидения иногда носили сексуальную окраску, символическое освобождение из каких-либо пут, возрождение-продолжение жизненного роста. Эти яркие запоминающиеся сновидения подтверждают самоисцеляющие механизмы психики, души, физического тела, которые заложены в человеке Природой, Абсолютом, Всевышним. О том насколько это сопротивление характерно для россиян или для всех наций в условиях жесткого прессинга «постоянных» неблагоприятных изменений хотелось бы подумать, понаблюдать в дальнейшем.

Другой особенностью психических нарушений является «омоложение» пациентов. 26% пациентов были люди до 50 лет, 21% — 50-60 лет и только 42% — старше 60 лет.

Таким образом, подтверждаются высказываемые ещё в конце весны 2021 года западными учеными, предположения об омоложении ковидной инфекции и о росте тревожных расстройств при ней, о появлении LONGCOVID.

Заключение

1. Тревожные расстройства у наблюдаемых нами пациентов проявлялись чаще в сочетании с другими органическими нарушениями головного мозга, носили, как правило, переходящий характер, уменьшались и сглаживались по мере улучшения общего состояния пациентов.
2. Они отмечались во всех возрастных группах, но чаще у женщин старше 50-60 лет.
3. Тревожные нарушения сопровождались эмоциональной реакцией и выраженным желанием избавиться от них.
4. У всех больных отмечались вегетативные нарушения, которые еще больше нарушали жизнедеятельность и процесс выздоровления. Так ощущение тошноты ограничивало способность принимать пищу, головокружение и предобморочные состояния служили причиной отказа ходить и заниматься ЛФК.
5. Большинство нарушений достаточно быстро купировались медикаментозной терапией.
6. Наиболее выраженные проявления тревожно-вегетативных нарушений отмечались у пациентов, страдающих нелечеными неврозами на протяжении нескольких последних лет. В этих случаях нарушения были более выраженными, стойкими, а пациенты демонстрировали психологическую защиту и сопротивление.
7. В процессе затягивания пандемии наблюдается «омоложение» заболеваемости ковидом и психических нарушений при нем и утяжеление этих расстройств.



Литература

1. Временные руководящие принципы "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 8.3 (01.10.2020) (утверждена Министерством здравоохранения России)
2. Временные руководящие принципы "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID19). Версия 11 (07.05.2021)
3. Голубев В.Л. Болевые синдромы в неврологической практике - 3-е изд., переиздание. и доп. - М.: МЕДпресс-информ., 2010. - 336 с.
4. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. - М.: "АММ Пресс", 2016. - 636 с.
5. Макаров В.В. Психотерапия нового века. М. Академический проект.2001. - 496 с. - ("Б-ка психология, психоанализ и психотерапия").
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10). Класс В. психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс VI. Заболевания нервной системы (G00-G99).
7. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - Санкт-Петербург: ООО Издательский дом "Речь", 20-2. - 402 с.

Материалы онлайн-конференций

1. Корешкина М.И. Головная боль во время и после COVID-19// Онлайн-конференции "Боль и COVID-19". 15 июня 2021 года онлайн (Webinar.ru)
2. Данилов А.Б. Болел COVID-19, но у него болели ноги, руки, спина...// Онлайн-конференции "Боль и COVID-19" 15 июня 2021 г. (Webinar.ru)
3. Данилов Ал.Б., Данилов А.Б., В Захаров.В. Обсуждение: боль, эмоциональные и когнитивные расстройства при COVID-19: как лечить? // Онлайн-конференция "Боль и COVID-19" 15 июня 2021 года (Webinar.ru).
4. Данилов А.Б. Ковид-дальнобойщики: что они везут и куда едут// Онлайн-конференция "Нейроковид 2021" 23 июня 2021 года онлайн (Webinar.ru).
5. Данилов Ал.Б., В Захаров.В. Сон и COVID 19: что происходит?// Онлайн-конференции "Нейроковид 2021" 23 июня 2021 г. онлайн (Webinar.ru).

ANXIETY DISORDERS IN SOMATIC HOSPITAL PATIENTS "BEFORE" AND "AFTER"

Bykova T.M., tatianab.sm@yandex.ru, psychotherapist of the Hospital of medical rehabilitation. Smolensk, Russia.

Annotation. The article analyzes anxiety disorders that occur against the background of viral pneumonia caused by the SARS-CoV-19 coronavirus. The frequency of manifestations, forms of disorders, features of anxiety during the infectious process in patients with severe somatic diseases were traced. Changes in anxiety disorders in the process of delaying the pandemic were noted, indicating a decrease in adaptive abilities in people with combined somatic disorders.

Keywords: SARS-Cov-19 coronavirus, anxiety disorders, somatic diseases.

References

1. Temporary guidelines " Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19). Version 8.3 (01.10.2020) (approved Ministry of Health of Russia)
2. Temporary guidelines " Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID19). Version 11 (07.05.2021)
3. Golubev V.L. Pain syndromes in neurological practice - 3rd ed., reprint. and additional - M. : MEDpress-inform., 2010. - 336 p.
4. Danilov A.B., Danilov Al.B. Pain management. Biopsychosocial approach. - M.: "АММ Пресс", 2016. - 636 p.
5. Makarov V.V. Psychotherapy of the new century. M. Academic project. 2001. - 496 p. - ("B-ka psychology, psychoanalysis and psychotherapy).

6. International Statistical Classification of Diseases and health-related problems. Tenth revision (ICD-10). Class V. mental disorders and behavioral disorders (F00-F99). Class VI. Diseases of the nervous system (G00-G99).
7. Popov Yu.V., Vid V. D. Modern clinical psychiatry. - St. Petersburg: LLC Publishing House "Speech", 20-2. - 402 p.

Materials of online conferences

1. Koreshkina M.I. Headache during and after COVID-19 // On-line conferences "Pain and COVID-19". June 15, 2021 online (Webinar.ru).
2. Danilov A.B. Was ill with COVID-19, but his legs, arms, back hurt...// On-line conferences "Pain and COVID-19" June 15, 2021 (Webinar.ru).
3. Danilov A.I., Danilov A. B., Zakharov V.V. Discussion: pain, emotional and cognitive disorders in COVID-19: how to treat? // On-line conference "Pain and COVID-19" June 15, 2021 (Webinar.ru).
4. Danilov A.B. Kovid-truckers: what they are carrying and where they are going" // On-line conference "Neurocovid 2021" June 23, 2021 online (Webinar.ru).
5. Danilov A.I., Zakharov V.V. Sleep and COVID 19: what's going on?// On-line conferences "Neurocovid 2021" June 23, 2021 online (Webinar.ru).