

УДК 616.89-097

НЕЙРОЭПИГЕНЕТИКА БИПОЛЯРНОГО ДИАТЕЗА: ОТ СИНДРОМА МЕНТАЛЬНОГО ИММУНОПРОФИЦИТА ДО СИНДРОМА МЕНТАЛЬНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА

© 2018 г. П. И. Сидоров

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Архангельск

Задачей статьи является концептуально-методологическое обоснование эпигенетических дисфункций ментального иммунитета в развитии биполярного диатеза, представленного донозологическими состояниями и синдромами ментального иммунопрофицита (СМИП) и дефицита (СМИД). В дебюте биполярного расстройства (БР) эти синдромы эволюционируют в маниакальную (МФ) и (или) депрессивную фазу (ДФ) заболевания. Выделенные синдромы транспоколенчески накапливают эпигенетические метки будущих возможных БР и других психических заболеваний. Их донозологическая функциональная диагностика позволяет проводить скрининг и раннюю превенцию ментальных расстройств. Эти синдромы являются начальным дисфункциональным звеном в развитии ментального эпидемиологического каскада: ментальных эпидемий – деструктивных ментальных эпидемий – пандемии ментального иммунодефицита. Пандемия ментального иммунодефицита проявляется увеличением распространенности всех психических и психосоматических расстройств, требуя смещения фокуса превентивно-коррекционных усилий на ранние донозологические фракталы развития заболеваний. На клинической модели БР показаны патопластика и патокинетика дисфункций ментального иммунитета в развитии заболевания. Ментальный иммунитет как интерфейс сознания и матрица идентичности предопределяет латеральную конституцию личности и ресурсы ее ментальной резильянса. Предложено рассматривать клинику смешанных форм БР как проявление амбидекстральной ментальной конституции. В развитии БР выделены три донозологических фрактала: 1) предрасположения – биполярной семьи; 2) латентный – биполярного диатеза (СМИП/СМИД); 3) инициальный – дебют БР; а также три нозологических: 4) развернутой клинической картины биполярного расстройства (МФ и/или ДФ); 5) хронизации – типы и формы течения; 6) исхода – соматопсихические и социально-нравственные осложнения.

Ключевые слова: биполярный диатез, синдром ментального иммунопрофицита, пандемия ментального иммунодефицита, латеральная ментальная конституция, дисфункции ментального иммунитета

NEUROEPIGENETICS OF BIPOLAR DIATHESIS: FROM THE SYNDROME OF MENTAL IMMUNE PROFICIENCY TO THE SYNDROME OF MENTAL IMMUNE DEFICIENCY

P. I. Sidorov

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

The aim of the article is the conceptual and methodological substantiation of epigenetic dysfunctions of mental immunity in the development of bipolar diathesis, represented by pre-nosological states and syndromes of mental immune proficiency (SMIP) and deficiency (SMID). In the onset of bipolar disorder (BD), these syndromes evolve into the manic phase (MPh) and/or depressive phase (DPh) of the disease. The allocated syndromes transgenerationally accumulate epigenetic labels of future possible BD and other mental diseases. Their pre-nosological functional diagnostics allows for screening and early prevention of mental disorders. These syndromes are the initial dysfunctional link in the development of the mental epidemiological cascade: mental epidemics - destructive mental epidemics - the pandemic of mental immune deficiency. Pandemic of mental immune deficiency is manifested by an increase in the prevalence of all mental and psychosomatic disorders, requiring a shift in the focus of preventive-corrective efforts to early pre-nosological fractals of the disease development. The clinical model of BD shows the pathoplastics and pathokinetics of mental immunity dysfunctions in the development of the disease. Mental immunity as an identity matrix predetermines the lateral mental constitution of the personality and the resources of its mental resilience. It is suggested to consider the clinic of mixed forms of BD as a manifestation of the ambidextral mental constitution. In the development of the BD, three pre-nosological fractals are distinguished: 1) predisposition - a bipolar family; 2) latent - bipolar diathesis (SMIP/SMID); 3) initial - the onset of the BD; and three nosological: 4) the full-scale clinical picture of BD (MPh and/or DPh); 5) chronization - the types and forms of the course; 6) outcome - somatopsychic and socio-moral complications.

Key words: bipolar diathesis, syndrome of mental immune proficiency, pandemic of mental immune deficiency, lateral mental constitution, dysfunctions of mental immunity

Библиографическая ссылка:

Сидоров П. И. Нейроэпигенетика биполярного диатеза: от синдрома ментального иммунопрофицита до синдрома ментального иммунодефицита // Экология человека. 2018. № 9. С. 52–54.

Sidorov P. I. Neuroepigenetics of Bipolar Diathesis: from the Syndrome of Mental Immune Proficiency to the Syndrome of Mental Immune Deficiency. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2018, 9, pp. 52-54.

Изучение смешанных состояний в клинике биполярных расстройств позволило существенно расширить представления о возможных нейроэпигенетических маркерах заболевания и хронобиологических механизмах функционирования систем зеркальных нейронов, расширяя гносеологические границы «психиатрического зазеркалья» [1, 2, 3, 5].

Задачей статьи является концептуально-методологическое обоснование эпигенетических дисфункций ментального иммунитета (МИ) в развитии биполярного диатеза.

Синергетическая модель развития биполярного расстройства (БР) представлена тремя донозологическими фракталами: 1) предрасположения – биполяр-

Таблица 1

Фрактальная динамика развития биполярного расстройства

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: биполярная семья	Латентный: биполярный диатез	Инициальный: дебют	Развернутая клиническая картина/ментальная эпидемия	Хронизация: типы и формы течения/деструктивная ментальная эпидемия	Исход: соматопсихические и социально-нравственные осложнения БР/пандемия ментального иммунодефицита
Соматогенез	Наследственная генетическая и эпигенетическая отягощенность	Темпо-ритмологические нарушения нейропроцессов	Соматоформные расстройства	Депрессивная/маниакальная (смешанная) фаза	Формы и типы течения депрессивного/маниакального (смешанного) расстройства	Соматопсихические нарушения
Психогенез	Аффективно дисгармоничная семья	СМИП/СМИД и/или смешанная форма	Астено-депрессивная и/или гипертимно-истероидная невротизация личности	Личностная декомпенсация: идеи величия и/или самоуничужения	Аффектогенное расстройство личности	Личностный дефект
Социогенез	Эмоционально-открытые и/или закрытые семейные отношения	Аффектогенный диатез социализации личности	Нарушения значимых социальных отношений	Преходящая социальная дисфункция	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация
Анимогенез	Духовно-нравственная дефицитарность и/или интолерантность семьи	Эмоциогенная дисгармония формирования нравственных чувств	Деформация нравственного облика	Деструкция духовно-нравственной позиции	Вероятность аморальных поступков	Возможность противоправного и/или суицидального поведения

ной семьи; 2) латентным — биполярным диатезом; 3) инициальным — дебютом БР; и тремя нозологическими: 4) развернутой клинической картины БР; 5) хронизации — типами и формами течения; 6) исходом — соматопсихическими и социально-нравственными осложнениями (табл. 1).

Фрактал *биполярной семьи* является начальным при формировании биполярного расстройства. В такой семье несколько поколений генетически и эпигенетически накапливают признаки и метки биполярного расстройства, которые совсем не обязательно клинически проявляются развернутыми маниакальными фазами (МФ) и/или депрессивными фазами (ДФ). Чаще всего отмечаются стертые смешанные признаки. Эти семьи отличаются пессимистическим и/или поверхностно-оптимистическим восприятием мира, утратой способности искренне радоваться и испытывать удовольствие как во взаимодействии с окружающим миром, так и во внутрисемейных отношениях. У одного или у обоих родителей отмечаются отдельные симптомы как синдрома ментального иммунодефицита (СМИД), так и синдрома ментального иммунопрофицита (СМИП), которые не обязательно достигают развернутой маниакальной и/или депрессивной фазы (табл. 2). Формирующиеся у ребенка в такой семье социальные модели поведения и реагирования утрачивают глубинную аффективную и моральную аранжировку. Ранние и стойкие эмоциональная депривация и/или эмоциональная интолерантность закладывают основы ангедонического ядра формирующейся личности.

Биполярная семья отличается дисгармонией и асимметрией межличностных отношений, низким взаимным и самоуважением, явным или скрытым эмоциональным отвержением, склонностью к зависимым расстройствам, легкостью приобретения детьми отрицательных ценностей и асоциальных установок.

Следующим является фрактал *биполярного диатеза*. Диатезом (греч. diathesis — расположение) называют конституциональное предрасположение организма к тем или иным болезням вследствие врожденных особенностей обмена, физиологических реакций и т. п.

Биполярный диатез проявляется эпигенетическими СМИП и/или СМИД, которые клинически не достигают диагностических уровней маниакальной и/или депрессивной фазы (см. табл. 2). К такому диатезу предрасположены лица со слабой и неуравновешенной нервной системой, высоким уровнем напряжения и тревожности, психастенической и астенодепрессивной акцентуациями характера.

Биполярный диатез формируется при дисгармонии развития основных нравственных чувств, что в дальнейшем может проявляться нарушениями моральной социализации и дефицитарностью адаптационного потенциала.

Следующий *инициальный фрактал* характеризуется дебютом депрессивной и/или маниакальной фазы БР. Растущая тенденция увеличения частоты смешанных форм БР, возможно, связана с амбидекстральной ментальной конституцией. Смешанные формы отличаются диссоциацией расстройств по основным векторам патогенеза: сомато- и психо-, социо- и анимогенеза. Именно этим объясняется обнаружение при депрессии как угнетения, так и активации биологического иммунитета [3, 6].

Клинические проявления БР, обозначенные множеством диагностических дефиниций в DSM и МКБ, представляется важным увязать с нарушениями функций ментального иммунитета, зеркально проявляющимися в маниакальной и депрессивной фазах, составляя единый «коморбидный пакет» [3]. Впрочем, некоморбидных расстройств в клинической медицине практически нет.

Таблица 2

Клинические проявления дисфункций ментального иммунитета при биполярном расстройстве

Нормативная функция МИ	СМИП/МФ	СМИД/ДФ
<i>Регулятивная</i> – системное ресурсное управление МИ	Самоуверенность, переоценка возможностей и способностей	Снижение самооценки и уверенности в себе
<i>Интегративная</i> – объединение всех видов и ресурсов МИ	Повышение активности и увеличение энергии	Усталость и истощение, отсутствие энергии
<i>Когерентная</i> – гармоничная целостность и динамическая пластичность МИ	Повышение ментального резильенса, снижение потребности в сне	Снижение ментального резильенса, нарушение засыпания и продолжительности сна
<i>Таргетная</i> – актуальная фокусировка и алгоритмизация МИ	Самоактуализация и отвлекаемость, расточительность и мотовство	Трудности сосредоточения и принятия решения
<i>Адаптивная</i> – приспособление к изменяющимся условиям среды	Нарушения внимания и быстрая отвлекаемость, спонтанные перемены в распорядке дня	Биопсихосоциодуховное истощение, несоблюдение обязанностей и режима дня
<i>Резонансная</i> – темпо-ритмологическая настройка МИ под динамику вызовов	Повышение желаний и расширение интересов	Снижение желаний и сужение интересов
<i>Интерактивная</i> – коррекция ресурсного дизайна идентичности и мультимодального интерфейса сознания относительно эффективности взаимодействия	Речевой напор и снижение чувства дистанции	Социальная депривация и самоизоляция
<i>Зеркальная</i> – аккумуляция опыта в ментальной репрезентации	Идеи величия и реформаторства	Идеи преследования и самоуничтожения, чувство вины и бесполезности
<i>Симметричная</i> – соответствие мобилизуемых ресурсов МИ многообразию вызовов	Повышение творческой активности и сексуальности	Снижение творческой активности и сексуальности
<i>Кумулятивная</i> – «взрывная» мобилизация МИ	Раздражительность и возбудимость, конфликтность и агрессивность	Суицидальные мысли и поступки
<i>Прогностическая</i> – опережающая угрозу мобилизация МИ	Обострение интуиции и восприятия будущего	Страхи и немотивированные опасения
<i>Интерииоризационная</i> – формирование новых внутренних паттернов МИ через усвоение внешних алгоритмов	Напряжение и беспокорность, повышенное употребление алкоголя и ПАВ	Экзистенциальная безысходность, повышенное употребление алкоголя и ПАВ

Фракталы развернутой клинической картины, хронизации и исхода рассмотрены нами ранее [4, 7] и широко представлены в психиатрической литературе.

Таким образом, дисфункции ментального иммунитета как интерфейса сознания и матрицы идентичности зеркально проявляются в клинике маниакальной и

депрессивной фазы БР, требуя смещения фокуса терапевтических усилий с клинических проявлений на патогенетические ритмо-циклические нейроэпигенетические механизмы патопластики и патокинетики заболевания. Синергетическая методология ментальной медицины позволяет комплексно выстраивать индивидуальные и интерактивные превентивно-коррекционные и лечебно-реабилитационные маршруты в рамках блочно-модульных мультидисциплинарных программ.

Список литературы

1. Аведисова А. С., Воробьев Р. В. Эволюция концепции смешанных состояний в клинике биполярного аффективного расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2013. Т. 113, № 6-1. С. 4–10.
2. Лебедева Н. Н., Майорова Л. А., Самотаева И. С. Функциональный коннектом: сети покоя (resting state networks) при некоторых неврологических и непсихиатрических состояниях // Успехи физиологических наук. 2017. Т. 48, № 3. С. 29–44.
3. Незнанов Н. Г., Мазо Г. Э., Рукавишников Г. В., Кибитов А. О. Депрессия как предиктор соматических заболеваний: патофизиологические предпосылки и генетический риск // Успехи физиологических наук. 2017. Т. 48, № 4. С. 29–39.
4. Сидоров П. И. Ментальная медицина: адаптивное управление сознанием и здоровьем: руководство. 4-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 736 с.
5. Miller C. A. Stressed and depressed? Check your GDNF for epigenetic repression // Neuron. 2011. Vol. 69 (2). P. 188–190.
6. Pike J. L., Irwin M. R. Dissociation of inflammatory markers and natural killer cell activity in major depressive disorder // Brain Behav. Immun. 2006. Vol. 20. P. 169–174.
7. Sidorov P. I. Mental epidemics: from mobbing to Terrorism. N.Y.: NOVA Science Publishers, 2016. 498 p.

References

1. Avedisova A. S., Vorobyev R. V. Evolution of the concept of mixed states in bipolar disorder. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S. S. Korsakova*. 2013, 113 (6-1), pp. 4-10. [In Russian]
2. Lebedeva N. N., Mayorova L. A., Samotaeva I. S. Functional Connectom: Resting State Networks in Diverse Neurological and Psychiatric Disorders. *Uspekhi Fiziologicheskikh Nauk*. 2017, 48 (3), pp. 29-44. [In Russian]
3. Neznanov N. G., Mazo G. E., Rukavishnikov G. V., Kibitov A. O. Depression as a predictor of somatic disorders: pathological premises and genetic risks. *Uspekhi Fiziologicheskikh Nauk*. 2017, 48 (4), pp. 29-39. [In Russian]
4. Sidorov P. I. *Mental'naya meditsina: adaptivnoe upravlenie soznaniem i zdorov'em. Rukovodstvo* [Mental medicine: adaptive management of consciousness and health. Guide]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2017, 736 p.
5. Miller C. A. Stressed and depressed? Check your GDNF for epigenetic repression. *Neuron*. 2011, 69 (2), pp. 188-190.
6. Pike J. L., Irwin M. R. Dissociation of inflammatory markers and natural killer cell activity in major depressive disorder. *Brain Behav. Immun.* 2006, 20, pp. 169-174.
7. Sidorov P. I. *Mental epidemics: from mobbing to Terrorism*. N. Y., NOVA Science Publishers, 2016, 498 p.

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович – академик РАН, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
 Адрес: 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
 E-mail: pavelsidorov13@gmail.com