

УДК 616.89-036.22

СИНДРОМ ПРИОБРЕТЁННОГО МЕНТАЛЬНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА КАК ПОЛИМОРФНОЕ РАССТРОЙСТВО ИДЕНТИЧНОСТИ И ПРЕДИКТОР АДДИКТИВНЫХ ЭПИДЕМИЙ

© 2017 г. П. И. Сидоров

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Галопирующий рост в современном мире ментальных эпидемий аддиктивных расстройств требует совершенствования существующих моделей профилактики и защиты. В статье систематизированы характеристики и классификация аддикций. Показаны существенные расхождения официальной статистики и данных эпидемиологических исследований по распространенности аддикций, отражающие нереализованный потенциал ментальной превентологии. Обосновано выделение синдрома приобретенного ментального иммунодефицита (СПМИД) как полиморфного расстройства идентичности. Описана феноменология СПМИД в пропедевтике ментальной медицины (ММ).

Задачей первичной аддиктологической превенции является повышение уровня ментального иммунитета (МИ) как биопсихосоциодуховной матрицы идентичности и основы безопасности личности и общества. Ментальная безопасность (МБ) – это безопасное взаимодействие индивидуального и общественного сознания со средой обитания, она аккумулирует и фокусирует ресурсы МИ и регистры ментального резильянса, которые измеряются и прогнозируются, моделируются и управляются различными службами ментального здоровья (СМЗ) – синергетического ψ -кластера государства и общества, обеспечивающего МБ. Задачу прогнозирования и предупреждения угроз МБ выполняет системный мониторинг ментального здоровья, являющийся интерфейсом общественного сознания и инструментом СМЗ. Выделены группы показателей МБ как защищенности индивидуального и общественного сознания от внешних и внутренних угроз, включающие рискометрию деструктивности биогенеза и социогенеза, психогенеза и анимогенеза, а также системные дисфункции МИ.

Систематизированы нарушения функций МИ, составляющие клиническую феноменологию СПМИД в патогенезе аддиктивных расстройств. Обоснованы возможности технологической платформы ММ в системном подходе к профилактике аддикций, и выделены принципы структурно-функционального развития СМЗ. В современной кризисной реальности ММ становится одной из пилотных моделей нового ресурсного обеспечения системы здравоохранения России.

Ключевые слова: аддиктивные эпидемии, синдром приобретенного ментального иммунодефицита, ментальный иммунитет, ментальная безопасность, кризис идентичности, адаптивная трансформация идентичности, адаптивный «дрейф идентичности», аддиктологическая превентология, ментальная медицина

SYNDROME OF ACQUIRED MENTAL IMMUNODEFICIENCY AS A POLYMORPHIC IDENTITY DISORDER AND THE PREDICTOR OF ADDICTIVE EPIDEMICS

P. I. Sidorov

Northern State Medical University, Arkhangelsk

Galloping growth of addictive disorders in the modern world of mental epidemics requires the improvement of existing models of prevention and protection. The article systematizes the characteristics and classification of addictions. Substantial discrepancies between official statistics and epidemiological studies on prevalence of addictions are shown, reflecting the unrealized potential of mental preventology. The isolation of the acquired mental immunodeficiency syndrome (AMIDS) as a polymorphic identity disorder is justified. The phenomenology of AMIDS in propaedeutics of mental medicine (MM) is described.

The task of the primary addictological prevention is to increase the level of mental immunity (MI) as a biopsychosociospiritual identity matrix and the basis for the security of the individual and society. Mental security (MS) is the safe interaction of individual and social conscience with the environment. The MS accumulates and focuses MI resources and mental resilience registries that are measured and forecasted, modeled and managed by various mental health services (MHS). MHS is a synergetic ψ -cluster of the state and society that provides the MS. The task of forecasting and warning of threats to MS is performed by systemic monitoring of mental health, which is the interface of public conscience and the MHS tool. Groups of indicators of MS as protection of individual and public conscience from external and internal threats, including the risk assessment of the destructiveness of biogenesis and sociogenesis, psychogenesis and animogenesis, as well as systemic dysfunctions of MI are singled out.

Abnormalities of MI functions that make up the clinical phenomenology of AMIDS in the pathogenesis of addictive disorders are systematized. The possibilities of the MI technological platform in the system approach to the prevention of addictions are substantiated, and the principles of the structural and functional development of the MHS are singled out. MM becomes one of the pilot models of the new resource support of the Russian public health system in the current crisis reality.

Keywords: addictive epidemics, syndrome of acquired mental immunodeficiency, mental immunity, mental security, identity crisis, adaptive identity transformation, adaptive “identity drift”, addictological preventology, mental medicine

Библиографическая ссылка:

Сидоров П. И. Синдром приобретенного ментального иммунодефицита как полиморфное расстройство идентичности и предиктор аддиктивных эпидемий // Экология человека. 2017. № 6. С. 14–18.

Sidorov P. I. Syndrome of Acquired Mental Immunodeficiency as a Polymorphic Identity Disorder and the Predictor of Addictive Epidemics. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2017, 6, pp. 14-18.

Любые кризисные периоды цивилизационного развития сопровождаются ростом аддиктивных эпидемий от алкоголизма и наркотизма до экстремизма и терроризма. Последней по времени наиболее драматичной иллюстрацией этого тренда является увеличение почти на 60 % частоты детских суицидов в России за 2016 год. Российская Федерация занимает первое в мире место по количеству совершенных детских и подростковых самоубийств: ежегодно 16 детей из каждых 100 тысяч убивают себя. Эта цифра почти в 3 раза выше среднемировых [1]. Запуск детской суицидальной эпидемии через «группы смерти» в социальных сетях обнаружил высокую уязвимость общественного сознания подрастающего поколения страны и инерционность постсоветских инфраструктурных моделей обеспечения ментальной безопасности нации. Все это ускорило принятие новой концепции «Доктрины информационной безопасности Российской Федерации» (06.12.2016).

Целью статьи является концептуально-методологическое обоснование синдрома приобретенного ментального иммунодефицита как полиморфного расстройства идентичности и предиктора аддиктивных эпидемий.

Предметом клинической психологии и психиатрии аддиктивные расстройства становятся при основных характеристиках:

- непреодолимой подчиненности чужим интересам;
- чрезмерной фиксации внимания на определенных видах деятельности или предметах;
- снижении способности выбирать и контролировать свое поведение;
- увеличении толерантности;
- утрате альтернативных интересов;
- пренебрежении осложнениями и вредными последствиями;
- появлении абстинентного синдрома [4, 5].

К аддиктивному поведению относят:

- 1) химические аддикции — от алкоголя до летучих растворителей;
- 2) пищевые аддикции — анорексия и булимия;
- 3) сексуальные девиации и перверсии (парафилии);
- 4) психостимулирующие нехимические аддикции — экстремизм (от спортивного до политического), гемблинг, клептомания, пиромания, серийная преступность, коррупция и др.;
- 5) викарные аддикции — накопительство, трудоголизм, светские развлечения, созависимость, «запойное чтение», фанатизм и др.;
- 6) электронные аддикции — кино и ТВ, интернет и компьютерные игры и др.;
- 7) суицидальные аддикции — навязчивые и компульсивные мысли, намерения и поступки [4, 5].

Расхождение официальной статистики и данных эпидемиологических исследований по всем видам аддикций бывает от 5-кратного при алкоголизме или ВИЧ-инфекциях до 10–30-кратного при наркоманиях и проституции как самых коррупционноёмких [5, 11].

Это отражает, по меньшей мере, нереализованный потенциал аддиктологической превентологии.

Необходимо отметить, что и суицидальность, и в целом аддиктивность подростков во многом являются проявлением возрастного кризиса идентичности, сопровождающегося чувством неполноценности и ненужности, субдепрессивным настроением и ипохондрическими переживаниями.

Причинными комплексами, запускающими подростковый кризис идентичности, чаще всего являются: переживание утраты статуса ребенка; несоответствие биологических возможностей социальным претензиям; неуверенность в своей компетенции; резкие биологические изменения во взрослеющем организме; экспериментирование с новыми социальными ролями и аддиктивными вызовами; социально-стрессовые ситуации и кризисы межличностных отношений; стремительность утраты и краха прежней «картины мира» и т. п. [3, 11]. Во время и после таких кризисов происходит реидентификация себя как личности, системно и этапно синтезирующей новое «взрослое Я».

Можно выделить следующие варианты исхода кризиса идентичности [3, 10, 11]:

- системное усиление идентичности и мобилизация;
- позитивная трансформация идентичности и новые стратегии поведения;
- сохранение идентичности и социального ролевого набора;
- негативная трансформация идентичности и дезорганизация деятельности с полиаддиктивной реализацией, проявляющиеся формированием синдрома приобретённого ментального иммунодефицита (СПМИД);
- деформация идентичности и иммобилизация — экзистенциальную безысходность или вакуум по В. Франклу [6], приводящие к СПМИД.

Кризисы идентичности могут быть возрастными (подростковый, зрелого возраста, пенсионеров и т. п.) и гендерными (осознание половой идентичности и т. п.), кратко- и долговременными, позитивными и негативными, конструктивными и деструктивными, осознанными и неосознанными, профессиональными и социальными, межличностными и экзистенциальными, этническими и религиозными и т. д.

Оценивать качество кризиса идентичности В. Франкл [6] предлагал прежде всего по близости человека к постижению смысла жизни и степени его духовности по трем типам человеческих ценностей:

- 1) *созидательным ценностям*, реализуемым в творчестве;
- 2) *ценностям переживания*, проявляющимся в чувствах по отношению к явлениям окружающего мира;
- 3) *ценностям осознания*, выпавшим на долю человека испытаниям и страданиям.

В методологии ментальной медицины (ММ) это представлено качественными ступенями анимогенеза — онтогенетического духовно-нравственного разви-

тия личности: от нравственных чувств и облика до нравственной позиции и поведения.

Затянувшиеся и перманентные тяжелые и драматические кризисы идентичности приводят к формированию СПМИД, проявляющегося полиморфными нарушениями функций ментального иммунитета (МИ) и феноменологически представленного деструктивностью био- и психо-, социо- и анимогенеза. Выделение научной категории МИ создает функциональный подход к оценке холистической структурной биопсихосоциодуховной модели (4-мерной и 4-ядерной) «синергетического человека». Такая структурно-функциональная модель в существенной мере интегрирует исторически более ранние психодинамические и социально-психологические, транскультуральные и психоаналитические подходы.

Одним из исходов кризиса идентичности является СПМИД с аддиктивным расстройством личности. Первичным является нарушение идентичности, а вторичными — зависимые расстройства, модальность которых может многократно меняться в течение жизни зависимой личности. Синергетический (медико-психосоциодуховный) функциональный диагноз СПМИД в пропедевтике ММ позволяет системно оценивать ресурсы личности и конструировать блочно-модульную программу мультидисциплинарной бригадной помощи при любых состояниях (заболеваниях) и эпидемиях.

Если при аутизме СПМИД представлен дефицитностью функций МИ, приводящих к несформированной идентичности, то при аддикциях он отличается деструкцией функций МИ, разрушающих прежнюю идентичность.

В динамике развития аддиктивных расстройств выделены: 1) *донозологические фракталы*: а) *предиспозиции* — аддиктогенной семьи, отличающейся низким уровнем МИ; б) *латентный* — аддиктогенного диатеза как первичного кризиса идентичности, отражающего уязвимый функциональный уровень МИ; в) *инициальный* — функциональные расстройства МИ с формированием СПМИД; 2) *нозологические фракталы*: а) *развернутой клинической картины* — ментальной (социальной, асоциальной) эпидемии; б) *хронизации* — деструктивной ментальной (социальной, асоциальной) эпидемии; в) *исхода* — соматоневрологических осложнений (пандемии).

Мишенью первичной аддиктологической превенции является уровень МИ как биопсихосоциодуховной матрицы идентичности и основы безопасности личности и общества. *Ментальная безопасность* (МБ) — это безопасное взаимодействие индивидуального и общественного сознания со средой обитания. Онтогенетически формирование МБ происходит к 5–6-му году жизни, когда появляется чувство идентичности в пакете способностей к самовосприятию и самоуправлению, коммуникации и связям, восприятию объектов и защите [3, 9]. Ментальная безопасность аккумулирует и фокусирует ресурсы МИ и регистры *ментального резильянса* (МР), которые измеряются и прогнозируются, моделируются

и управляются различными службами *ментального здоровья* (СМЗ).

Ментальный резильянс — это гибкость и пластичность индивидуального и общественного сознания, а СМЗ — синергетический ψ -кластер общества и государства, обеспечивающий МБ при инжиниринге и менеджменте общественного здоровья и сознания. Задачу прогнозирования и предупреждения угроз МБ выполняет *системный мониторинг ментального здоровья*, являющийся интерфейсом общественного сознания и инструментом СМЗ.

Основными показателями МБ как защищенности индивидуального и общественного сознания и здоровья от внешних и внутренних угроз являются [2, 5]:

1) *биогенетические*:

- распространенность психических и поведенческих расстройств, ментальных и инфекционных эпидемий;
- степень защищенности больных и инвалидов;
- качество общественного здоровья и общественного сознания;
- динамика демографического развития (тип воспроизводства, показатели рождаемости и смертности, брачности и разводимости и др.);

2) *социогенетические*:

- уровни преступности и насилия в обществе (регистрируемые и латентные);
- уровни бедности и безработицы, социального расслоения и справедливости;
- равные стартовые возможности и отсутствие дискриминации в экологии судьбы;
- уровень общественной консолидации и доверия институтам власти;
- степень полимодальной поляризации общества;
- характер и уровень социальной мобильности и миграции;
- уровни социальных и асоциальных эпидемий;

3) *психогенетические*:

- распространенность и выраженность аномии и перmissивности;
- уверенность в будущем и чувство защищенности, реализованность и удовлетворенность;
- стрессоустойчивость и надежность канализации психоэмоционального напряжения;
- позитивность и конструктивность восприятия мира и себя в нем;

4) *анимогенетические*:

- баланс общечеловеческих и национальных духовно-нравственных ценностей и приоритетов;
- сформированность и устойчивость, активность и реализованность нравственных чувств и облика, позиции и поведения;
- адаптивность профессиогенеза и непрерывность образования, эффективность воспитания подрастающего поколения и самоменеджмента;
- уровень патриотизма и гражданско-политической активности;
- уровни благополучия и счастья населения в целом и отдельных субпопуляций;

5) *системно-динамические*:

– синхронность и симметричность, зеркальность и интерактивность в динамике и ритмике траектории и экологии судьбы (личности и семьи, коллектива и региона, общества и страны и т. д.);

– гармоничный баланс в интерфейсе индивидуального и общественного сознания ресурсов и возможностей, прав и обязанностей, свободы и ответственности, компетентности и амбициозности, притязаний и самооценки и др.;

– целостность восприятия личности и общества во всем этнокультурном и социально-психологическом, духовно-нравственном и биомедицинском разнообразии;

– сбалансированность механизмов саморазвития и самоактуализации, запускающих ментальные и социальные эпидемические процессы;

– эффективность скрининга и прогнозирования, превенции и коррекции, медиации и автомедиации в критические периоды онтогенетического развития и формирования гражданского общества;

– полимодальное единство стиля и качества, здорового образа и нравственного смысла жизни;

– качество резонансно-когерентного взаимодействия в системе «личность – семья – трудовой (учебный) коллектив – общество – государство».

Клиническая панорама дефицитарности функций МИ, приводящих к аддиктивной трансформации идентичности при СПМИД, приведена в таблице.

Дифференцированная оценка дисфункций МИ как патогенетических механизмов нарушения идентичности и развития аддиктивных симптомокомплексов позволяет сфокусированно выстроить персонифици-

рованные программы мультидисциплинарной помощи и превенции.

Необходимо отметить, что в отечественной психологии и психиатрии клиническое значение феномена идентичности первым убедительно доказал профессор Ц. П. Короленко (3), призывавший дополнить традиционную биомедицинскую парадигму здравоохранения социопсихологическими измерениями.

Так, была показана прямая взаимосвязь между склонностью к аддиктивному поведению и уровнем сформированности идентичности старших школьников [8]. Склонные к аддикциям старшеклассники имели низкий уровень дифференцированной идентичности и рефлексии, дефицитарность выбора целей и ценностей, отсутствие четких представлений о собственном «Я» и принятии этого образа, несформированность половой идентичности, преобладание статуса диффузии идентичности (отсутствие состояния поиска и выбора) и статуса моратория (поиск есть, но выбора нет) при прохождении возрастного кризиса идентичности.

При аддиктивном поведении у женщин также описана деформация структуры и социальной идентичности с дезинтеграцией и разбалансированностью, неадекватностью по формальным признакам и непредставленностью социальных ролей, неудовлетворенностью жизненными сферами [7].

Именно поэтому в методологии ММ функциональное укрепление МИ, приводящее к адаптивной трансформации идентичности, является целеполаганием превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной работы с зависимым контингентом. С помощью разнообразных молекулярно-генетических и биомедицинских, духовно-нравственных и социопси-

Клинические проявления дисфункций ментального иммунитета при аддикциях

№	Нормативная функция МИ	Дисфункция МИ при аддикциях
1	<i>Регулятивная</i> – управление всеми ресурсами защиты идентичности	Непреодолимая подчиненность чужим интересам; недифференцированность восприятия личных и чужих интересов
2	<i>Интегративная</i> – объединение всех видов защиты идентичности	Снижение способности выбирать и контролировать свое поведение
3	<i>Когерентная</i> – гармоничная целостность и динамическая пластичность идентичности	Аддиктивная стереотипизация поведения
4	<i>Интерфейсная</i> – системность и полимодальность фокуса защиты идентичности	Чрезмерная фиксация внимания на аддиктивных видах деятельности или предметах
5	<i>Адаптивная</i> – приспособление к изменяющимся условиям среды	Противодействие социальной среды
6	<i>Резонансная</i> – темпоритмологическая настройка идентичности под динамику вызовов	Утрата защитных механизмов; утрата значения противодействия среды
7	<i>Интерактивная</i> – коррекция дизайна идентичности относительно эффективности взаимодействия	Снижение и утрата альтернативных интересов
8	<i>Зеркальная</i> – аккумуляция опыта в ментальной репрезентации	Полиморфное повышение толерантности
9	<i>Симметричная</i> – соответствие ресурсов защиты идентичности многообразию вызовов	Изменение частоты и формы злоупотреблений и деликтов
10	<i>Кумулятивная</i> – «взрывная» мобилизация защиты идентичности	Компульсивное влечение и поведение, аномия и абстиненция
11	<i>Прогностическая</i> – опережающая угрозу мобилизация ресурсов защиты идентичности	Пренебрежение осложнениями и вредными последствиями
12	<i>Интерриоризационная</i> – формирование внутренних паттернов идентичности через усвоение внешних алгоритмов	Аддиктивное своеобразие любознательности и избирательной активности

хометрических методов измеряются и прогнозируются функциональные параметры МИ, складывающиеся в 4-мерном пространстве онтогенеза в адаптивную или дезадаптивную идентичность. При спонтанных ремиссиях может возникать «дрейф идентичности» (по В. А. Тишкову), позволяющий даже аддиктивно-измененной личности на новом онтогенетическом витке развития обрести удовлетворяющее качество жизни и ее доступный нравственный смысл.

Принципиально важно отметить, что технологическая платформа ММ позволяет реализовывать миссию инжиниринга и менеджмента сознания и здоровья за счет целенаправленной коррекции функциональных ресурсов МИ и регистров МР, интегрально проявляющихся адаптивным профилем идентичности. Задачу адаптивного инжиниринга идентичности выполняет саногенетическая терапия [5, 11]. Таким образом, ММ становится одной из пилотных моделей нового ресурсного обеспечения системы здравоохранения России в современной кризисной реальности.

Список литературы

1. Число самоубийств в России в 2016 г. выросло почти на 60 % // *Завтра*. 20.03.2017. URL: zavtra.ru/events/chislo_suitcidov_v_rossii_v_2016_godu_viroslo_pochti_na_60 (дата обращения 21.03.2017)
2. *Кокосин А. А.* Методологические проблемы прогнозирования в интересах национальной безопасности России. М.: Институт востоковедения РАН, 2014. 98 с.
3. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., Загоруйко Е. Н.* Идентичность: развитие, перенасыщенность, бегство. Новосибирск: НГПУ, 2007. 468 с.
4. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Аддиктология: настольная книга. М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. 536 с.
5. *Сидоров П. И.* Ментальная медицина: адаптивное управление сознанием и здоровьем: руководство: 4-е изд., перераб и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 736 с.
6. *Франкл В.* Основы логотерапии. Психотерапия и религия. СПб.: Речь, 2000. 286 с.
7. *Чернышева А. В.* Взаимосвязь социальной идентичности и социально-психологической адаптации при аддиктивном поведении у женщин: автореф. дис. ... канд. псих. наук. Ярославль, 2015. 20 с.
8. *Ярышева А. А.* Несформированность идентичности как детерминанта склонности к аддиктивному поведению старших школьников: автореф. дис. ... канд. псих. наук. Кемерово, 2012. 20 с.
9. *Huber H.* Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Manual und Handbuch. Verlag, Bern, 1996, 145 p.
10. *Mullen M. K.* Earliest recollections of childhood // *A demographic analysis Cognition*. 1994. Vol. 52. P. 55–79.
11. *Sidorov P. I.* *Mental Epidemics: From Mobbing to Terrorism*. Handbook. NY: NOVA Science Publishers, 2016, 498 p.

References

1. The number of suicides in Russia, 2016 increased by almost 60 %. *Zavtra* [Tomorrow]. 20.03.2017. Available at: zavtra.ru/events/chislo_suitcidov_v_rossii_v_2016_godu_viroslo_pochti_na_60 (accessed 21.03.2017).
2. *Kokoshin A. A.* *Metodologicheskie problemy prognozirovaniya v interesakh natsional'noi bezopasnosti Rossii* [Methodological problems of forecasting in the interests of national security of Russia]. Moscow, Institut vostokovedeniya RAN, 2014, 98 p.
3. *Korolenko C. P., Dmitrieva N. V., Zagorujko E. N.* *Identichnost': razvitie, perenasyshchennost', begstvo* [Identity: development, oversaturation, flight]. Novosibirsk, 2007, 468 p.
4. *Korolenko C. P., Dmitrieva N. V.* *Addiktologiya: nastol'naya kniga* [Addictology. Handbook]. Moscow, 2012, 536 p.
5. *Sidorov P. I.* *Mental'naya meditsina: adaptivnoe upravlenie soznaniem i zdorov'em. Rukovodstvo* [Mental medicine: adaptive management of mind and health. Handbook]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2017, 736 p.
6. *Frankl V.* *Osnovy logoterapii. Psikhoterapiya i religiya* [The basics of logotherapy. Psychotherapy and religion]. Saint Petersburg, Rech Publ., 2000, 286 p.
7. *Chernysheva A. V.* *Vzaimosvyaz' sotsial'noi identichnosti i sotsial'no-psikhologicheskoi adaptatsii pri addiktivnom povedenii u zhenshchin (avtoref. kand. diss.)* [The relationship of social identity and socio-psychological adaptation with addictive behavior in women]. Yaroslavl, 2015, 20 p.
8. *Yarysheva A. A.* *Nesformirovannost' identichnosti kak determinanta sklonnosti k addiktivnomu povedeniyu starshikh shkol'nikov (avtoref. kand. diss.)* [Unformed identity as a determinant of propensity to addictive behavior of older students. Author's Abstract of Cand. Diss.]. Kemerovo, 2012, 20 p.
9. *Huber H.* Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Manual und Handbuch. Verlag, Bern, 1996, 145 p.
10. *Mullen M. K.* Earliest recollections of childhood. *A demographic analysis Cognition*. 1994, 52, pp. 55-79.
11. *Sidorov P. I.* *Mental Epidemics: From Mobbing to Terrorism*. Handbook. NY, NOVA Science Publishers, 2016, 498 p.

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович – академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
 Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
 E-mail: pavelsidorov13@gmail.com