

УДК 616.89-008

## СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ БИПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ МЕНТАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

© 2015 г. П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Соматоформные расстройства (СФР) отличаются растущей распространенностью и высокой латентностью, этиопатогенетической многофакторностью траекторий развития и клиникодинамической полимодальностью патопластики и патокинеза. Все это требует разработки новых подходов к концептуально-методологическому обеспечению системного противостояния соматоформной ментальной эпидемии. Предложена синергетическая биопсихосоциодуховная концепция СФР, выделяющая три донозологических фактала: предрасположения – соматоформной семьи, латентный – соматоформного диатеза, инициальный – первичных соматоформных реакций, и три нозологических: развернутой клинической картины, хронизации и исхода. Выделены новые ресурсы системного подхода к превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной работе ментальной медицины, миссия которой состоит в адаптивном инжиниринге и менеджменте сознания и здоровья. Она позволяет проектировать и реконструировать ментальный иммунитет как матрицу идентичности и основу безопасности.

**Ключевые слова:** соматоформные расстройства, синергетика, психогенез, соматогенез, социогенез, анимогенез, ментальная эпидемия, ментальный резильянс

## SYNERGETIC BIOPSYCHOSOCIOSPIRITUAL CONCEPTION OF MENTAL EPIDEMIC OF SOMATOFORM DISORDERS

P. I. Sidorov, E. P. Sovershaeva

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

Somatoform disorders (SFD) are notable for their growing prevalence and high latency, a variety of etiopathogenetic factors of developmental trajectories and clinical-dynamic polymodality of pathoplastics and pathokinesis. All this requires development of new approaches to conceptual-methodological support of system struggle against the somatoform mental epidemic. There has been proposed an SFD synergetic biopsychosociospiritual conception, including three prenosological fractals: predisposition - a neurosogenic family, latent – neurosogenic diathesis, initial - primary neurosis, and three nosological fractals: a full-scale clinical picture, chronization and an outcome. There have been specified new resources of the system approach to preventive-correctional and medical-rehabilitation work of mental medicine. Its mission consists in adaptive engineering and management of consciousness and health. Its enables to plan and reconstruct mental immunity as the matrix of identity and security base.

**Keywords:** somatoform disorders, synergetics, psychogenesis, somatogenesis, sociogenesis, animogenesis, mental epidemic, mental resilience

### Библиографическая ссылка:

Сидоров П. И., Совершаева Е. П. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция ментальной эпидемии соматоформных расстройств // Экология человека. 2015. № 11. С. 33–40.

Sidorov P. I., Sovershaeva E. P. Synergetic Biopsychosociospiritual Conception of Mental Epidemic of Somatoform Disorders. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2015, 11, pp. 33-40.

Соматоформные расстройства со времени выделения W. Cullen в 1776 году неврозов описывались в рамках психических нарушений, протекающих с вегетативными стигмами. Позднее стала выделяться группа неврозов, терминологическое обозначение которых было различным – вегетативные, висцеро-вегетативные, системные неврозы; нейроциркуляторная, вегетососудистая дистония. В МКБ-10 эти нарушения отнесены к классу «соматоформных расстройств» (СФР), диагностируемых по наличию стойких субъективных соматических симптомов при отсутствии объективно выявляемой патологии; при несоответствии тяжести и стойкости жалоб характеру установленного соматического заболевания; по наличию требований пациентов новых обследований, несмотря на их отрицательные результаты, при недо-

верии и пренебрежении мнением врачей об отсутствии физической основы для симптоматики.

В вышедшей в 2013 году американской DSM-5 категория СФР заменена понятием «расстройство, проявляющееся соматическими симптомами». Кроме того, в зарубежной литературе широко распространены и иные синонимы этих же понятий: «необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы» и «функциональные соматические симптомы» [15]. Многочисленные признания многофакторности и полимодальности СФР [21, 26] пока не позволяют построить приемлемые блочно-модульные модели этиопатогенеза, выделить механизмы патокинеза и патопластики, инструментарий оценки и прогноза траектории клинического и эпидемического развития.

Именно поэтому задачей статьи является концеп-

туально-методологическое обоснование синергетической биопсихосоциодуховной концепции ментальных эпидемий СФР, выделение механизмов развития и дизайна мультидисциплинарных программ лечебно-профилактической помощи.

#### Распространенность соматоформных расстройств

Распространенность СФР в популяции колеблется от 0,8 до 6 % [17, 27]. Риск заболевания в течение жизни достигает 20 % [18, 19]. По данным зарубежных исследователей [21, 23, 24], частота СФР среди пациентов первичной медицинской сети составляет 15–40 %, что соответствует данным отечественных авторов [1, 3, 13].

Соматоформные расстройства выявляются довольно часто среди различных контингентов здоровых и больных. Соматизированные симптомы выявляются у 10–80 % физически здоровых лиц, вызывая у них некоторое беспокойство и тревожность в отношении собственного здоровья, 40 % случаев нетрудоспособности составляют пациенты с субъективными жалобами на здоровье, которые не соответствуют объективным находкам. Однако лишь четверть подобных пациентов обращается за медицинской помощью [25], что делает ментальную эпидемию неконтролируемой.

По данным Национальной амбулаторной медицинской службы США, из 90 тыс. визитов к врачам общего профиля 72 % больных с психиатрическим диагнозом имели один-два соматических симптома, являющихся основной их жалобой. Среди 4 тыс. пациентов, обследованных в общемедицинской сети, у 30 % соматические расстройства были выявлены в рамках психической патологии в виде тревожно-депрессивных нарушений. В целом у 30 % больных, обращающихся за медицинской помощью, выявляются психические расстройства, и в половине случаев отмечаются соматические симптомы [16].

Многочисленные дополнительные лечебно-диагностические мероприятия приводят к значительным экономическим затратам. Стоимость бесконечных клинических и параклинических исследований, неэффективной терапии настолько велика, что несвоевременная диагностика соматизированных нарушений рассматривается как социально-экономическая проблема для любого общества. На каждого из этих больных тратится в несколько раз больше времени, чем на истинных соматических больных. Значительные финансовые издержки связаны с тем, что помощь больным СФР часто оказывают врачи, не имеющие достаточной компетенции именно в этой области [6, 12].

Все это требует внедрения эпидемиологического подхода к оценке распространенности СФР с обоснованием критериев и характеристик эпидемического порога и новых форм мультидисциплинарной организации интегративной помощи.

#### Этиопатогенез соматоформных расстройств

Основное этиологическое значение в развитии СФР

имеют три группы факторов [3, 12, 13, 26]:

— **наследственно-конституциональные:** конституционально-типологические особенности ЦНС и личностно-акцентуационные особенности;

— **психоэмоциональные,** или психогенные, факторы: острые и хронические факторы внешнего воздействия, опосредованные через психическую сферу, имеющие как когнитивную, так и эмоциональную значимость и в силу этого играющие роль психогении;

— **органические факторы:** различного рода преморбидная органическая (травматическая, инфекционная, токсическая, гипоксическая и др.) скомпрометированность интегративных церебральных систем надсегментарного уровня, прежде всего — лимбико-ретикулярного комплекса.

При помощи функциональной магниторезонансной томографии японскими исследователями I. Kataki et al. [20] был оценён нейрональный ответ на болевые электрические стимулы, а также ответ на предупредительные знаки, индуцировавшие высокий или низкий уровень тревоги. Полученные результаты свидетельствовали об участии тревоги в нарушении работы нейрональных связей, включающих гиппокамп. Взаимосвязь тревожных расстройств с процессами модуляции болевых ощущений лежит, по мнению авторов, в основе манифестации СФР.

Эту гипотезу подтверждает психопатологическая модель СФР, согласно которой нарушения, имитирующие телесную патологию, представляют собой парные психопатологические образования, соответствующие поражению двух уровней организации психической деятельности: ауто- и соматопсихического [13].

#### Синергетика соматоформных расстройств

Синергетическая модель формирования СФР представлена в табл. 1. Динамика СФР включает фракталы: predisposition — соматоформная семья, латентный — соматоформный диатез, инициальный — первичные СФР, развернутая клиническая картина — СФР, хронизация — формы и типы течения СФР, исход — соматопсихические осложнения.

Фрактал *соматоформной семьи* является начальным при формировании СФР, так как социализация у человека происходит преимущественно в семье. Вследствие этого нарушения семейных взаимоотношений могут способствовать формированию данной патологии.

Современные представления об этиопатогенезе СФР определяющую роль отводят нарушениям значимых отношений личности. Неблагоприятная семейная среда, действующая с детских лет, может декомпенсировать даже здорового индивидуума. Соматоформные расстройства — это своеобразный клинико-психологический феномен, формирующийся на протяжении одного — трех поколений: прадедушек, родителей и детей. Семья оказывается непосредственным источником психического здоровья или нездоровья ее членов. Имеется взаимосвязь между неудовлетворенностью, напряженностью в семье,

Таблица 1

Фрактальная динамика развития ментальной эпидемии соматоформных расстройств

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: соматоформная семья	Латентный: соматоформный диатез	Инициальный: первичные соматоформные реакции	Развернутая клиническая картина СФР/ментальная эпидемия	Хронизация: типы и формы течения СФР/деструктивная ментальная эпидемия	Исход: соматопсихические осложнения/пандемия
Соматогенез	Наследственная отягощенность	Нарушения нейрорпроцессов	Психосоматические реакции	Соматоформное расстройство	Формы и типы течения СФР	Соматопсихические нарушения
Психогенез	Соматоформная семья	Преморбидные личностные особенности	Дисфункциональность личности	Личностная декомпенсация	Стойкие личностные нарушения	Личностный дефект
Социогенез	Дисгармония семейных отношений	Дисгармония социализации личности	Нарушения значимых социальных отношений	Преходящая социальная дисфункция	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация
Анимогенез	Духовно-нравственная дефицитарность или амбивалентность семьи	Дисгармония формирования нравственных чувств	Деформация нравственного облика	Деструкция духовно-нравственной позиции	Вероятность аморальных поступков	Возможность противоправного поведения

наличием конфликта с одной стороны и различными нервно-психическими расстройствами у детей — с другой. Как психогенные заболевания формирующейся личности, СФР в аффективно-заостренной форме отражают многие проблемы человеческих отношений, прежде всего понимания и общения между людьми, поиска своего «Я», оптимальных путей самовыражения, самоутверждения, признания и любви [4].

Если ребенок с детства воспитывается в семье, которую можно определить как «соматоформную», характеризующуюся наличием конфликтов и эмоциональной напряженности в отношениях между ее членами, он лишается возможности приобрести адекватные навыки общения, его способность к корригированию собственных эмоциональных реакций на основе опыта блокируется и тем самым ограничиваются его возможности реализации своих эмоциональных и познавательных потенциалов.

Соматоформная семья характеризуется дисгармоничным духовно-нравственным семейным воспитанием вследствие невротизма родителей.

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

И. В. Давыдовский [2] диатез рассматривал как особое состояние организма, когда обмен веществ и сопряженные с ним функции организма длительно находятся в неустойчивом равновесии вследствие унаследованных, врожденных или приобретенных свойств, которые предрасполагают к неадекватным ответам на обычные воздействия, к развитию патологических реакций на внешние вредности и определяют более тяжелое течение имеющихся заболеваний. Он одновременно подчеркивал, что в патогенезе болезни экзогенные факторы внешней среды рано или поздно утрачивают свое значение, трансформируясь во «внутреннюю причину» патологических состояний

и процессов и действуя уже по стереотипу общепсихологических закономерностей.

Диатезы — это изменение функционального состояния нервно-регуляторных механизмов, неустойчивость показателей биохимической индивидуальности, из-за чего изменяется способность адаптации организма к окружающей среде [5]. Диатез сам по себе — не болезнь, а нарушение адаптации организма к внешней среде в виде готовности к гиперергическим, а иногда и аллергическим индивидуальным ответам. Диатез расценивается как пограничное состояние, которое может трансформироваться в болезнь под влиянием экзогенных (инфекции, травмы, психосоциальные воздействия) и эндогенных (общее снижение иммунологической защиты вследствие генетически обусловленных аномалий и неблагоприятного внутриутробного развития — токсикоз, плохое питание, воздействие вредных факторов /веществ и т. п.) факторов.

Термином «психический диатез» называют совокупность признаков, характеризующих предрасположение к психической патологии. Соматоформный диатез проявляется многофакторной наследственно-конституциональной предрасположенностью как к психическим (преимущественно аффективным), так и функциональным соматовегетативным расстройствам, причем регуляторные расстройства, связанные с эмоциональной сферой, возможно, сочетаются с конституциональными (врожденными) органами аномалиями. К соматоформному диатезу предрасположены лица со слабой и неуравновешенной нервной системой, высоким уровнем тревожности, психастенической, астеноневротической, истерической акцентуациями характера.

Соматоформный диатез проявляется дисгармонией формирования и развития основных нравственных чувств, что может в дальнейшем предопределять нарушения моральной социализации и развития личности, имеющей низкий адаптационный потенциал.

У человека, имеющего такой диатез, при воздействии стрессогенных факторов развиваются *первич-*

Таблица 2

**Программа медико-психосоциодуховной помощи больным соматоформными расстройствами**

Блок	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: соматоформная семья	Латентный: соматоформный диатез	Инициальный: первичные соматоформные реакции	Развернутая клиническая картина СФР/ментальная эпидемия	Хронизация: формы и типы течения СФР/деструктивная ментальная эпидемия	Исход: соматопсихические осложнения/пандемия
Медицинский	Включение лиц с наследственной предрасположенностью к неврозам в группу риска и раннее их профилактическое обследование	Выявление лиц со слабым и неуравновешенным типами нервной системы	Диагностика невроза; медикаментозные и немедикаментозные воздействия	Постановка клинического диагноза, назначение медикаментозной терапии, профилактика осложнений	Контроль за соматическим состоянием; адекватная медикаментозная терапия	Лечение соматических и психических осложнений СФР
Психологический	Выявление лиц, воспитывающихся в условиях неврозогенной семьи и включение их в группу риска	Коррекция преморбидных личностных особенностей, повышение стрессоустойчивости	Коррекция психосоматических реакций, психотерапия	Коррекция соматоформных нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Коррекция психосоматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Психологическая реабилитация
Социальный	Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений	Коррекция семейных отношений и гармонизация социализации личности	Гармонизация значимых социальных отношений	Адаптация к заболеванию, коррекция межличностных проблем	Профессиональная и семейная адаптация	Социальная реабилитация
Духовно-нравственный	Скрининг и коррекция «морального климата» семьи	Коррекция формирования и развития нравственных чувств	Коррекция формирования нравственного облика	Реконструкция нравственной позиции	Реконструкция нравственного поведения	Духовно-нравственная реабилитация

**ные соматоформные реакции (инициальный фрактал)**, которые проявляются психосоматическими жалобами на единичные симптомы со стороны соматического состояния (учащение пульса, повышение артериального давления, изменение частоты и глубины дыхания, внезапная мышечная слабость, кратковременное нарушение стула и др.), с длительностью расстройства от нескольких минут до нескольких дней и не нарушающих функции органа. Данные реакции нестойкие и носят кратковременный характер. В этом фрактале появляется дисфункциональность личности, которая может проявляться неспецифической астенической и тревожной симптоматикой.

В анимогенезе первичные СФР проявляются многовариантной и личностно-зависимой деформацией нравственного облика, закладывая основу для будущего развития синдрома деморализации и деструктивного профессиогенеза, клиническая картина которых в каждом конкретном случае формируется и дополняется коморбидными и ассоциированными расстройствами в сомато-, психо- и социогенезе [7, 9].

При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация психосоматических реакций в **СФР (фрактал развернутой клинической картины)**. Данные нарушения уже не являются функциональными, продолжаются более длительно (более 6 месяцев) и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами. В данном фрактале возможна личностная декомпенсация в виде тревожной, фобической,

депрессивной симптоматики. Анимогенез СФР выражается деструкцией духовно-нравственной позиции личности, что проявляется развитием синдрома деморализации.

Во фрактале **хронизации** необходимо рассмотреть формы и типы течения соматоформного расстройства. Оно наиболее часто может проявляться соматизированным расстройством, недифференцированным СФР, соматоформным болевым расстройством [25]. В данном фрактале возможны стойкие личностные нарушения, социальная и духовно-нравственная декомпенсация, проявляющаяся в т. ч. и риском аморального поведения.

В дальнейшем возможен переход в **соматопсихические осложнения** СФР, которые носят хронический и необратимый характер и приводят к нарушению трудоспособности больных. В анимогенезе нарастают проявления синдрома деморализации.

Таким образом, синергетическая методология ментальной медицины позволяет системно учитывать все внутренние и внешние факторы патопластики и патокинетики СФР, комплексно в блочно-модульном режиме выстраивая индивидуальные превентивно-коррекционные и лечебно-реабилитационные маршруты в рамках мультидисциплинарной программы.

**Медико-психосоциодуховная помощь больным соматоформными расстройствами**

На основе синергетической методологии ментальной медицины [12, 22] нами разработана программа, включающая четыре блока: медицинский и психо-

логический, социальный и духовно-нравственный (табл. 2). Превентивно-коррекционные маршруты реализуются в первых трех донозологических фракталах, а лечебно-реабилитационные — в трех следующих нозологических, составляя единый мультидисциплинарный протокол, реализуемый бригадой в составе психиатра, психотерапевта, клинического психолога, специалистов по социальной работе и биоэтике.

**Медицинский блок** в рамках соматогенеза включает оказание помощи специалистами общей практики, врачами-терапевтами. **Психологический блок** помощи в рамках психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров. **Социальная помощь** оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов социальных служб (специалистов по социальной работе, социальных работников). **Духовно-нравственный блок** в векторе анимогенеза реализуется с участием экспертов и консультантов по биоэтике, клинических психологов и специалистов по социальной работе, врачей общей практики, знающих особенности морального климата семьи пациента. Используются образовательные и психотерапевтические, тренинговые методики и коучинг, купирующие синдром деморализации и деструктивный профессиогенез. При конфликтных ситуациях проводится медиация. Поощряется участие пациентов в различных программах общественных организаций, закрепляющих адаптивные стратегии в этике делового общения. Эти же задачи выполняет вовлечение пациентов в волонтерские и социальные движения, этико-культуральные мероприятия профсоюзных и ветеранских организаций. Воцерковленным пациентам могут помочь религиозные реабилитационные программы под руководством духовных наставников из официальных конфессий.

Первичные профилактические мероприятия должны проводиться еще во **фрактале предиспозиции**, где они могут быть направлены на выявление наследственной, психофизиологической предрасположенности и этико-психологическую гармонизацию семейных отношений.

В **латентном фрактале** мероприятия направлены на выявление лиц, склонных к развитию СФР (со слабой и неуравновешенной нервной системой, высоким уровнем тревожности, психастенической, астеноневротической, истерической акцентуацией характера), на коррекцию моральной социализации личности, преморбидных особенностей.

В **инициальном фрактале** предполагаются медикаментозные и немедикаментозные воздействия, препятствующие развитию СФР.

Во **фрактале развернутой клинической картины** СФР требуется ранняя квалифицированная медицинская и психологическая, социальная и духовно-нравственная помощь.

Своевременное выявление и адекватная диагностика СФР имеет решающее значение для успешной

терапии и благоприятного прогноза заболевания задолго до **фракталов хронизации и исхода**.

В связи с этим представляется целесообразной дальнейшая интеграция системы психотерапевтической помощи в общесоматические лечебно-профилактические структуры, открытие психосоматических отделений в многопрофильных больницах, организационное оформление мультидисциплинарной службы ментального здоровья.

**Медицинский блок программы.** Фармакотерапия СФР предполагает использование широкого спектра психотропных средств — антидепрессантов и анксиолитиков, ноотропов и нейролептиков. Однако применение психотропных средств в клинике СФР имеет свои особенности. При назначении психотропных средств целесообразно ограничиваться монотерапией с использованием удобных в употреблении лекарственных препаратов. С учетом возможности повышенной чувствительности, а также возможности побочных эффектов психотропные средства назначаются в малых (в сравнении с используемыми в «большой» психиатрии) дозах. К требованиям терапии относятся также минимальное влияние на соматические функции, вес тела, минимальная поведенческая токсичность и тератогенный эффект препаратов, возможность их применения в период лактации, низкая вероятность их взаимодействия с соматотропными препаратами.

Лечение СФР должно строиться строго индивидуально, так как они крайне трудны для терапии, и какой-либо единой хорошо отработанной стратегии не существует. Необходимо с осторожностью назначать таким пациентам психотропные средства [13].

В настоящее время наиболее убедительно продемонстрирован эффект антидепрессантов и антипсихотиков в терапии СФР. В группе антиконвульсантов показана эффективность лечения только соматоформных болевых синдромов [6].

**Психологический блок программы.** Терапия соматоформных расстройств включает в себя широкий круг лечебных и профилактических мероприятий, требующих участия не только врача общесоматической практики, но также психиатра и психотерапевта.

Огромное практическое значение имеет тот факт, что соответствующие психические расстройства могут не осознаваться самим больным либо диссимулироваться им. Больные обычно противятся попыткам обсуждения возможности психологической обусловленности симптомов, даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных проявлений. Вследствие этого базисным направлением в лечении больных СФР в настоящее время является психотерапия. Используется практически весь спектр современных форм и методов психотерапии. Широко применяется рациональная терапия, аутогенная тренировка, гипнотерапия, аналитическая, поведенческая, позитивная, клиент-центрированная терапия и др. Несмотря на приоритетность психотерапевтической коррекции,

превалирование в клинической картине соматовегетативных компонентов не дает возможности обойтись без медикаментозной терапии. В инициальном периоде даже жёстко директивные методики не позволяют получить быстрый желаемый результат, что в конечном итоге компрометирует психотерапию как метод [12, 13, 14].

В обзоре зарубежных исследований по психотерапевтическим подходам к лечению СФР [6] отмечена перспективность психодинамической терапии и гипнотерапии наряду с необходимостью дальнейшего уточнения эффективности этих методик.

**Социальный блок программы.** Социотерапия больных СФР включает меры, направленные как на разъяснение природы заболевания и соответственно прекращение необоснованных соматических обследований и травмирующих процедур, так и на организацию лечения и трудовую реабилитацию.

При расстройствах полиморфного типа социализация больных предусматривает непродолжительные сроки пребывания в стационаре (2–3 недели) во избежание появления или усугубления признаков ипохондрического развития и госпитализма. Необходимости в облегчении условий труда – при условии реализации комплекса мер по созданию спокойной, щадящей обстановки в семье и на производстве – не возникает.

Меры социальной реабилитации больных с СФР изоморфного типа включают длительное (с учетом резистентности к терапии не менее 1,5–2 месяцев) лечение в стационаре, а также создание облегченных условий на производстве, предусматривающих сокращение рабочего дня и освобождение от связанных с определенной физической нагрузкой видов труда.

Медицинское обслуживание пациентов с СФР в связи с необходимостью дифференциации патологии этого круга с соматическими заболеваниями, требующее определенной квалификации персонала и обеспечения лабораторно-инструментальным оборудованием, целесообразно осуществлять в рамках специализированных учреждений на базе общесоматической сети. С учетом пограничного уровня психических расстройств, высокой трудовой и социальной адаптации необходимости наблюдения лиц этого контингента больных в психоневрологических диспансерах не возникает [12, 13].

**Духовно-нравственный блок программы.** Скрининг и коррекция морального климата неврозогенной семьи осуществляются в ходе семейной психологической гармонизации межличностных отношений и духовно-нравственного развития семьи.

Коррекция формирования и развития основных нравственных чувств и морального облика проводится по всем этическим модальностям личности, из которых может развиваться синдром деморализации и деструктивный профессиогенез. Поэтому в рамках стратегий раннего вмешательства и медиации консуль-

тантами этического комитета и службы ментального здоровья осуществляется сопровождение адаптивного профессиогенеза и проводится тренинг этики делового общения для профилактики моббинга и боссинга, деэтизации и дегуманизации профессионального сознания [7, 9].

Реконструкция нравственной позиции и поведения в рамках сформированного синдрома деморализации требует проведения коучинга, терапии творческим самовыражением и саногенетической терапии, этического тренинга и поведенческой этической психотерапии, духовных и религиозных практик [8, 10].

Духовно-нравственная реабилитация дополняет социально-психологическую, реализуя задачи коррекции пессимистически-катастрофических установок и формирования оптимистично-ресурсной жизненной позиции, усиливающей ментальный резильянс [11].

Таким образом, пациенты с СФР являются достаточно сложным контингентом больных, которым необходимо проведение полномасштабной программы медико-психосоциодуховной помощи.

Именно поэтому, на максимальном уровне обобщения, **миссия ментальной медицины состоит в адаптивном инжиниринге и менеджменте сознания и здоровья.** Она позволяет проектировать и реконструировать в блочно-модульном режиме **ментальный иммунитет как матрицу идентичности и основу безопасности.**

Если персонифицированные мультидисциплинарные протоколы бригадной помощи больным уже стали клинической реальностью, то сдерживание ментальных эпидемий требует новых стратегий борьбы, построенных на синергетической методологии. К принципам новой парадигмы **адаптивной защиты общественного здоровья и общественного сознания от ментальных эпидемий** можно отнести:

- синергетическую интегративность программ и проектов;
- мультидисциплинарность и многоуровневость резонансно-когерентных усилий;
- инструментально-технологическую полимодальность;
- интерактивность и системность saniрующих и коррегирующих, терапевтических и реабилитационных коммуникаций;
- программно-целевую и прогностическую направленность;
- последовательность и преемственность синхронных мероприятий;
- позитивизм и созидательную конструктивность;
- гражданско-патриотический национальный резонанс;
- гуманитарно-гуманистический общечеловеческий рефрен;
- сквозное гендерно-возрастное организационно-методическое объединение подходов;
- блочно-модульное построение терапевтических

маршрутов;

- вариативность ментального резильенса превентологических программ;
- единство здорового образа и нравственного смысла жизни;
- духовно-нравственную доминанту в построении общественных и волонтерских движений и др.

**Системное и эфферентное противостояние ментальным эпидемиям может быть моделью построения защиты общественного здоровья и общественного сознания России в современной кризисной реальности.**

#### Список литературы

1. Белялов Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта. М. : МЕДпресс-информ, 2005. 256 с.
2. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология). М. : Медицина, 1962. 237 с.
3. Иванов С. В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва, 2004. 28 с.
4. Карвасарский Б. Д., Подсадный С. А., Чернышевский В. А. и др. О вкладе В. Н. Мясищева в научную разработку проблемы психосоматических расстройств // Вестник психотерапии. 2012. № 41. С. 9–24.
5. Киреева И. П., Аронов П. В. Концепции диатезов в психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2007. № 2. С. 113–119.
6. Прибытков А. А., Еричев А. Н., Коцюбинский А. П., Юркова И. Ю. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 4. С. 73–80.
7. Сидоров П. И. Адаптивный профессиогенез как приоритет корпоративной службы ментального здоровья // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2014. № 2. С. 13–25.
8. Сидоров П. И. Духовно-нравственные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 6. С. 22–39.
9. Сидоров П. И. Механизмы социальных эпидемий и синергетика эффективного ответа // Психическое здоровье. 2014. № 5. С. 32–44.
10. Сидоров П. И. Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 12. С. 65–76.
11. Сидоров П. И. Ресурсы и направления ментальной превентологии // Экология человека. 2014. № 10. С. 31–43.
12. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина : руководство. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 728 с.
13. Смулевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. М. : Медпресс-информ, 2011. 720 с.
14. Allen L. A., Woolfolk R. L. Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders // Psychiatric Clinics of North America. 2010. Vol. 33. P. 579–593.
15. Greed F., Guthrie E., Fink P. et al. Is there a better term than “medically unexplained symptoms”? // J. Psychosom. Res. 2010. Vol. 68, N 1. P. 5–8.
16. Dimsdale J., Sharma N., Sharpe M. What Do Physicians Think of Somatoform Disorders? // Psychosomatics. 2011. Vol. 52. P. 154–159.

17. Escobar J. I., Cook B., Chen C. N. et al. Whether medically unexplained or not, Heree or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations // J. Psychosom. Res. 2010. Vol. 69, N 1. P. 1–8.

18. Hiller W., Rief W., Brahler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006. Vol. 41. P. 704–712.

19. Jacobi F., Wittchen H. U., Holting C. et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS) // Psychol. Med. 2004. Vol. 34. P. 597–611.

20. Komaki I. et al. On materials of XXII World Congress on Psychosomatic Medicine. Lisbon, 12-14.09.2013.

21. Schröder A., Fink P. Functional Somatic Syndromes and Somatoform Disorders in Special Psychosomatic Units: Organizational Aspects and Evidence-Based Treatment // Psychiatric Clinics of North America. 2011. Vol. 34, iss. 3. P. 673–687.

22. Sidorov P. I. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of Mental health protection. Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies. NY: NOVA Science Publishers, 2014. P. 177–214.

23. Steinbrecher N., Koerber S., Frieser D. et al. The prevalence of medically in explained symptoms in primary care // Psychosomatics. 2011. Vol. 52, N 3. P. 263–271.

24. Toft T., Fink P., Oernboel E. et al. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders // Psychol. Med. 2005. Vol. 35, N 8. P. 1175–1184.

25. Van der Boom K. J., Van der Hout, Huntjens R. J. C. Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders // Personality and Individual Differences. Vol. 48, iss. 4. March 2010. P. 447–451.

26. Voigt K., Nagel A., Meyer B. et al. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification // J. Psychosom. Res. 2010. Vol. 68, N 5. P. 403–414.

27. Wittchen H.-U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies // Eur. Neuropsychopharmacol. 2005. Vol. 15. P. 357–376.

#### References

1. Belyalov F. I. *Psikhicheskie rasstroistva v praktike terapevta* [Mental disorders in therapist's practice]. Moscow, 2005, 256 p.
2. Davydovskii I. V. *Problema prichinnosti v meditsine (etiologiya)* [Causation problem in medicine (etiology)]. Moscow, Meditsina, 1962, 237 p.
3. Ivanov S. V. *Somatoformnye rasstroistva (organnye nevrozy): epidemiologiya, komorbidnye psikhosomaticheskie sootnosheniya, terapiya. Avtoref. dokt. dis.* [Somatoform disorders (organ neurosis): epidemiology, comorbid psychosomatic correlations, therapy. Author's Abstract of Doct. Diss.]. Moscow, 2004, 28 p.
4. Karvasarskii B. D., Podsadnyi S. A., Chernyaevskii V. A. i dr. V. N. *Myasishchev's contribution to research development of psychosomatic disorders problem. Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2012, 41, pp. 9-24. [in Russian]
5. Kireeva I. P., Aronov P. V. Diathesis conceptions in

- psychiatry. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov* [Issues of child and adolescent mental health]. 2007, 2, pp. 113-119. [in Russian]
6. Pribytkov A. A., Elichev A. N., Kotsyubinskii A. P., Yurkova I. Yu. Issues of somatoform disorders therapy: medicamental and psychotherapeutic approaches. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2014, 24 (4), pp. 73-80. [in Russian]
7. Sidorov P. I. Adaptation professionogenesis as priority of corporate mental health service. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014, 2, pp. 13-25. [in Russian]
8. Sidorov P. I. Spiritual-moral resources of psychiatry and mental medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 6, pp. 22-39. [in Russian]
9. Sidorov P. I. Mechanisms of social epidemics and synergetics of effective response. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 5, pp. 32-44. [in Russian]
10. Sidorov P. I. Religious resources of psychiatry and mentality medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 12, pp. 65-76. [in Russian]
11. Sidorov P. I. Resources and lines of mental preventology. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 10, pp. 31-43. [in Russian]
12. Sidorov P. I., Novikova I. A. *Mental'naya meditsina* [Mental medicine]. Moscow, 2014, 728 p.
13. Smulevich A. B. *Psikhicheskije rasstroistva v klinicheskoi praktike* [Mental disorders in clinical practice]. Moscow, 2011, 720 p.
14. Allen L. A., Woolfolk R. L. Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010, 33, pp. 579-593.
15. Greed F., Guthrie E., Fink P. et al. Is there a better term than "medically unexplained symptoms"? *J. Psychosom. Res.* 2010, 68 (1), pp. 5-8.
16. Dimsdale J., Sharma N., Sharpe M. What Do Physicians Think of Somatoform Disorders? *Psychosomatics*. 2011, 52, pp. 154-159.
17. Escobar J. I., Cook B., Chen C. N. et al. Whether medically unexplained or not, Heree or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations. *J. Psychosom. Res.* 2010, 69 (1), pp. 1-8.
18. Hiller W., Rief W., Braehler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2006, 41, pp. 704-712.
19. Jacobi F., Wittchen H. U., Holting C. et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol. Med.* 2004, 34, pp. 597-611.
20. Komaki I. et al. On materials of XXII World Congress on Psychosomatic Medicine, Lisbon, 12-14.09.2013.
21. Schröder A., Fink P. Functional Somatic Syndromes and Somatoform Disorders in Special Psychosomatic Units: Organizational Aspects and Evidence-Based Treatment. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011, 34, iss. 3, pp. 673-687.
22. Sidorov P. I. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of Mental health protection. *Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies*. NY, NOVA Science Publishers, 2014, pp. 177-214.
23. Steinbrecher N., Koerber S., Frieser D. et al. The prevalence of medically in explained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011, 52 (3), pp. 263-271.
24. Toft T., Fink P., Oernboel E. et al. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. *Psychol. Med.* 2005, 35 (8), pp. 1175-1184.
25. Van der Boom K. J., Van der Hout, Huntjens R. J. C. Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders. *Personality and Individual Differences*. March 2010, 48, iss. 4, pp. 447-451.
26. Voigt K., Nagel A., Meyer B. et al. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J. Psychosom. Res.* 2010, 68 (5), pp. 403-414.
27. Wittchen H.-U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2005, 15, pp. 357-376.

**Контактная информация:**

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