

УДК 616.89-036.22

ЭКОЛОГИЯ МЕНТАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ

© 2015 г. П. И. Сидоров

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Ментальные эпидемии – новый феномен интегративной ментальной медицины. Это контагиозные полимодальные и полиморфные психические расстройства и состояния. Почвой ментальной эпидемиологии являются нормативные и перманентные аномия и перmissивность сингулярной и кризисной реальности. Выделены механизмы ментальных эпидемий: деформации сознания и идентичности, резонанса и индукции, анонимности и неконтролируемости, генерализации и расширенного воспроизводства. Предложена рабочая классификация ментальных эпидемий: зависимые и индуцированные, соматоформные и психосоматические, шизофренические и аффективные расстройства. Описана эволюция эпидемического процесса от ментальных к социальным, а затем к асоциальным эпидемиям преступности и терроризма. Обоснованы принципы адаптивной защиты общественного здоровья и общественного сознания от ментальных эпидемий на синергетической биопсихосоциодуховной методологии ментальной медицины как новой психиатрической парадигмы интегративной медицины.

Ключевые слова: ментальные эпидемии, механизмы эпидемического процесса, рабочая классификация, нормативные и перманентные аномия и перmissивность, синергетическая биопсихосоциодуховная методология, ментальная медицина, принципы адаптивной защиты общественного сознания

ECOLOGY OF MENTAL EPIDEMICS

P. I. Sidorov

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

Mental epidemics is a new phenomenon of integrative mentality medicine and singular progression. Mental epidemics are contagious polymodal and multiform mental disorders and conditions. The ground of mentality epidemiology is constituted by normative and permanent anomia and permissiveness of singular and crisis reality. There have been separated mechanisms of mental epidemics: deformation of conscience and identity, resonance and induction, anonymity and uncontrollability, generalization and expanded reproduction. There has been proposed a working classification of mental epidemics: dependent and induced, somatoform and psychosomatic, schizophrenia-related and schizoaffective disorders. There have been grounded the principles of a new paradigm of public health and public conscience adaptive protection from mental epidemics based on the synergetic biopsychosociospiritual methodology of mentality medicine as a new psychiatric paradigm of integrative medicine.

Keywords: mental epidemics, epidemic process mechanisms, working classification, normative and permanent anomia and permissiveness, synergetic biopsychosociospiritual methodology, mentality medicine, principles of public conscience adaptive protection

Библиографическая ссылка:

Сидоров П. И. Экология ментальных эпидемий // Экология человека. 2015. № 6. С. 33–49.

Sidorov P. I. Ecology of Mental Epidemics. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2015, 6, pp. 33-49.

Традиционная эпидемиология занимается изучением закономерностей развития эпидемического инфекционного процесса.

Эпидемиология неинфекционных заболеваний рассматривает закономерности возникновения и распространения, системы профилактики заболеваемости и летальности неинфекционных заболеваний. В настоящее время в России доля инфекционных заболеваний составляет всего 7 %, а неинфекционных — 93 % [2].

Широкое применение эпидемиологических исследований в клинике привело к формированию **клинической эпидемиологии**, составляющей основу современной доказательной медицины.

Сорок лет назад английский биолог R. Dawkins [41] выдвинул идею мемов — идей, выраженных словесно или письменно, циркулирующих в общественном сознании и формирующих индивидуальное сознание. Четверть века назад эта идея на ассоциативной модели компьютеризации была развита им в ментальные

вирусы, лежащие в основе инфицирования разума и информационной эпидемиологии и проявляющиеся разнообразными «повальными помешательствами» [42]. В последующем это привело к созданию новых научных дисциплин — ментальной экологии и ментальной медицины, появлению серии новых журналов («Вопросы ментальной медицины и экологии» (1993), «Экология человека» (1994) и др.).

Современные масштабы Глобальной паутины как интерфейса планетарного и индивидуального сознания потребовали переосмысления сложившихся представлений о социальных и ментальных эпидемиях, кибервирусологии и ментальной безопасности. Актуальным вызовом времени стал поиск новых ресурсов и инструментов для адаптивной защиты общественного сознания в перманентных информационных и гибридных войнах. Это потребовало разработки мультидисциплинарной синергетической биопсихосоциодуховной методологии онтогенетического развития и ментального эпидемического процесса [48, 49].

Задачей статьи является концептуально-методологическое обоснование синергетического подхода к построению рабочей классификации и выделению механизмов развития, этиологии и патогенеза ментальных эпидемий.

Синергетическая методология и эпидемиология ментальной медицины

Синергетика — междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации, занимающаяся изучением эпидемических систем, состоящих из множества частей или компонентов, сложным образом взаимодействующих между собой.

Основными **принципами синергетики** являются: нелинейность и неустойчивость, незамкнутость и наблюдаемость, динамическая иерархичность. **Методология синергетики** основана на интегративном подходе к изучению термодинамически открытых и неравновесных диссипативных структур.

Диссипативные структуры (ДС) — это дискретные самоорганизующиеся системы, рассеивающие энергию, отличающиеся спиралеобразным развитием в многомерном пространстве, траектория и автоколебательная амплитуда которого носит многовариантный характер, предопределяясь сложением разнонаправленных сил и факторов в точках бифуркации. Диссипативные структуры присутствуют и образуются в социуме и биосфере, проходя периодически процессы самоорганизации, подчиняясь внутренней логике развития, усложняясь или деградируя в процессе существования.

Организм человека — совокупность динамически сменяющих друг друга ДС, определяющих состояние его здоровья. В этом контексте имеет значение не только отклонение ДС от сложившегося тренда, но и ее способность самоорганизовываться, переходя на новый уровень адаптации. Психическое расстройство — форма вынужденной адаптации, обеспечиваемой защитными механизмами, связанными с сокращением степеней свободы и стохастичности ДС организма со сдвигом в более выраженную психопатологическую симптоматику. Диссипативная структура жертвует степенями свободы для того, чтобы сохраниться в принципе, меняя режим и параметры прежнего гомеостаза, формируя психическое расстройство. Нарастающие неравновесные и необратимые процессы могут быть источником **когерентности** как условия образования множества типов структурированного коллективного поведения или поведенческих (ментальных) эпидемий.

Условием равновесного состояния ДС является постоянный обмен со средой потоками тепла или вещества, энергии или информации. В случае ограничения этих потоков, как при аутистически-апатобулических состояниях, знаменующих собой завершение процесса психического расстройства и формирование дефекта личности, в ДС отмечается редукция энергетического потенциала и системной самоорганизации. Напротив, критическое состояние

неустойчивой ДС становится средством ее адаптации и самоорганизации, что клинически может проявляться обострением психопатологии любого содержания. Психическое расстройство позволяет перейти ДС на новый уровень функционирования, а в случае обратной динамики вернуться на прежний, но создавая при этом новое его качество.

Важным понятием синергетики является **странный аттрактор** — объект в фазовом пространстве, к которому стремятся почти все траектории и на котором они неустойчивы. Так происходит при возникновении странного аттрактора эпилептического очага, который, являясь фрагментами симптомов пролога в эпилоге, может эволюционировать в сторону формирования эпилептического мозга и эпилептической деменции или же развиваться в обратном направлении при адекватно подобранной антиконвульсивной терапии. Или формула кода при антиалкогольном «кодировании» создает странный аттрактор, притягивающий пациента к новому фракталу. Возможна аналогия между принципами функционирования странного аттрактора и реципрокного торможения, позволяющего индивиду «исключить» акценты и механизмы с факторов, потенцирующих развитие психических расстройств, на факторы, ведущие к их деволуции. Странный аттрактор усиливает близкие, но не совпадающие начальные условия, рождая потенцию разных эволюций.

Аттрактор относится к классу **фракталов** (лат. fractus — фрагментированный) — объектов, характеризующихся дробной размерностью и разнонаправленностью траекторий развития. Фрактал — фигура, обладающая свойством самоподобия, состоящая из частей, каждая из которых подобна всей фигуре и обладает нетривиальной структурой. Так, фрактальная архитектура и дизайн ретранслируются на микро- и милли-, мезо- и макроуровни от молекул ДНК до галактических спиралей. В клинической медицине и эпидемиологии фрактал — это одновременно развитие и состояние, объединяющее временные и качественные характеристики системы или организма. Фрактал — это проекция на естественно-научное поле квантовых представлений.

Фрактальная динамика — это переход квантовой системы из одного возможного состояния в другое через бифуркацию, минуя которую, диссипативная структура начинает стремиться к новому аттрактору. В ментальной медицине это соответствует развитию ментальных расстройств (от спорадических вспышек до эпидемий) или излечению — в зависимости от того, какой из аттракторов (ведущих к прогрессивности или ремиссии) оказывается более актуальным.

Ментальное здоровье человека невозможно представить в изолированном виде — без взаимодействия и влияния множества внутренних и внешних факторов. В результате возникает сложная и нелинейная, неустойчивая и незамкнутая самоорганизующаяся диссипативная эпидемическая система.



Рис. 1. Биопсихосоциодуховная модель онтогенеза

Разработанная нами [48, 49] *синергетическая биопсихосоциодуховная концепция онтогенеза* представлена четырёхъядерной или четырехмерной моделью, состоящей из векторов или плоскостей сомато- и психо-, социо- и анимогенеза (рис. 1).

Анима, анимус (лат. *anima* – душа и *animus* – дух) – понятия, выражающие в древнегреческой культуре феномен духовного и выступающие этапами эволюции осмысления духовности: если анима (душа) неотделима от своего телесного носителя, то анимус (дух) обладает статусом автономии. Анимогенез – термин, интегрирующий представления о душе и духе, обозначает центральную четвертую часть предложенной онтогенетической модели (рис. 2). Основные плоскости онтогенеза проникают друг в друга, определяя переходные зоны и центральную часть, содержанием которой является сознание – высший уровень саморегуляции и отражения действительности, аккумулирующей духовно-нравственный потенциал и интегральные характеристики ментального здоровья нации (субпопуляции, группы и т. д.).

Модель предполагает мультидисциплинарный и интегральный подход к комплексным и сложным

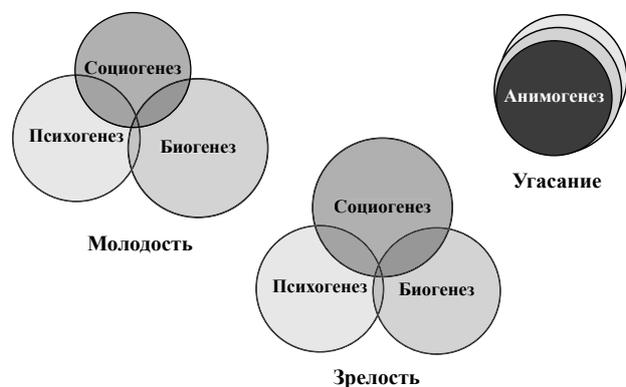


Рис. 2. Динамика биопсихосоциодуховной ассимиляции

эпидемическим причинно-следственным отношениям. Траектории эпидемического развития, состояния или заболевания задаются и корректируются в точках бифуркации, приобретая спиралеобразность и многовариантность. Исключительно для удобства зрительного восприятия на рис. 3 представлена прямолинейная траектория развития эпидемического заболевания.

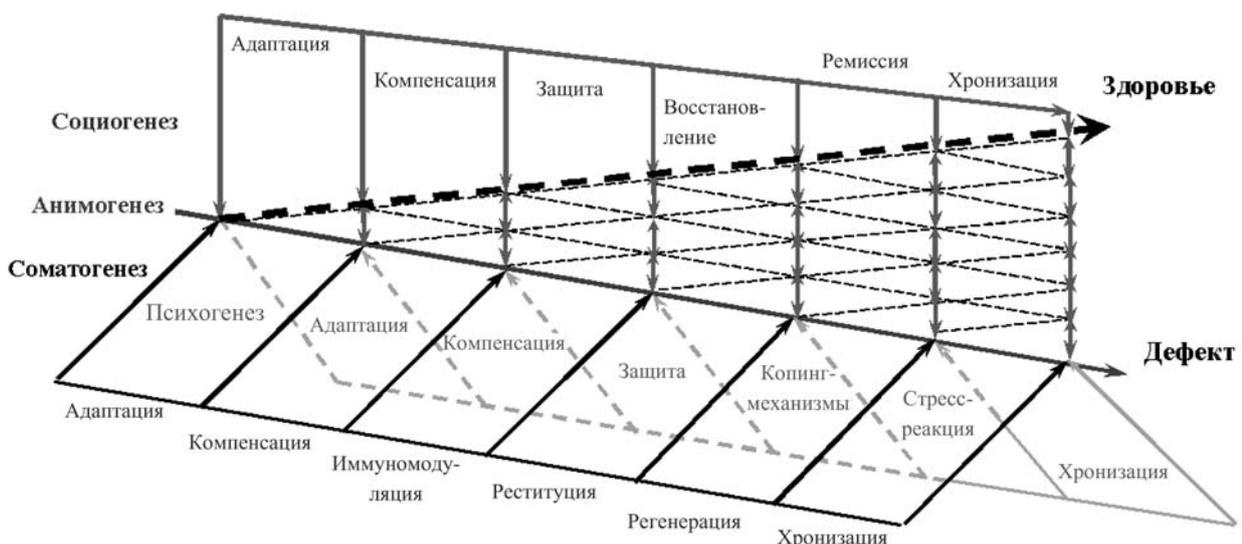


Рис. 3. Фрактальная траектория развития состояний (заболеваний, эпидемий) и защитные механизмы

На смену традиционной линейной динамике приходит синергетическая нелинейная фрактальность. Синергетика рассматривает человеческий организм как сложную открытую систему с нелинейно протекающими процессами. Основой такого поведения являются полимодальные механизмы развития внутренних флуктуаций. При накоплении большого числа флуктуаций, как эха факторов риска, они дают каскадные и кумулятивные эффекты в точках бифуркации, изменяя траекторию развития системы.

Предложенная методология позволяет формулировать клинический и психологический, социальный и моральный диагнозы, складывающиеся в синдромальный **синергетический функциональный диагноз** (рис. 4). «Синергетичность» функционального диагноза состоит в том, что он позволяет в четырехмерном пространстве обосновывать и выстраивать индивидуализированную блочно-модульную траекторию и мультидисциплинарный маршрут превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи при любых состояниях (заболеваниях) и эпидемических ситуациях. Только такой подход позволяет эффективно реализовывать персонализированные протоколы в ментальной эпидемиологии и медицине [29, 48, 49].

Ментальность — способ видения мира, сформированный в процессе воспитания, образования и обретения жизненного опыта в конкретной культурной среде.

Ментальное здоровье по определению ВОЗ (2001) — психическое благополучие человека, которое позволяет ему реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества.

Ментальная экология — раздел экологии человека, изучающий многовариантные взаимоотношения в системе «окружающая среда — общество — личность».

Ментальная медицина — синергетическая наука, изучающая этиопатогенез и диагностику, клинику и лечение психических расстройств, биопсихосоциодуховные ресурсы развития личности и общества. Ментальная медицина в рамках единой методологии объединяет укрепление ментального здоровья и лечение ментальных недугов, интегрируя традиционные нозоцентрические ресурсы клинической психиатрии и здравоцентрический потенциал ментальной превентологии.

Ментальная превентология — раздел общей превентологии, наука о путях формирования и поддержания оптимального уровня ментального здоровья, психогигиене и психопрофилактике на системной и мультидисциплинарной синергетической основе.

Ментальная эпидемиология — наука о распространении относящихся к ментальному здоровью человека состояний и событий в определенных популяциях и их детерминант, а также применении этих исследований для адаптивной защиты общественного здоровья.

Ментальные вирусы — эпидемические стигмы общественного сознания.

Общественное сознание — интегральное качество ментального здоровья нации (популяции и субпопуляции и т. п.).

Духовный иммунитет — система внутренних убеждений, обеспечивающих высокий уровень осознания ценностей и смыслов жизни, закрепленных в эффективных паттернах индивидуальной и социальной идентичности, реализуемых в адаптивных поведенческих стратегиях.

Ментальные эпидемии — контагиозные полимодальные и полиморфные психические расстройства и состояния.

Служба ментального здоровья — синергетический биопсихосоциодуховный П-кластер общества



Рис. 4. Синергетическая и эпидемиологическая функциональная диагностика в ментальной медицине

и государства, обеспечивающий превентивно-коррекционную защиту ментального здоровья и лечебно-реабилитационную помощь при ментальных недугах.

Системный мониторинг ментального здоровья — мультидисциплинарный комплексный мониторинг, направленный на установление причинно-следственных связей в многоуровневой системе общественного сознания. Он объединяет в рамках единой синергетической методологии профильные информационные базы, давая объективную картину и прогноз, динамику и ритмику социально значимых ментальных и поведенческих процессов [29].

От психических к ментальным эпидемиям

В классической эпидемиологии выделяют **поведенческие эпидемии**, связанные с силой внушения или поведенческими паттернами (в противоположность внедрению микроорганизмов или физическим воздействиям). Клиническими иллюстрациями являются танцевальные мании в средние века, случаи массовых обмороков или судорог («истерические эпидемии»), паника толпы, приливы моды и энтузиазма. Природа передаваемого поведения усматривалась не только в персональных контактах двух людей, но и в групповом принуждении (курение, употребление алкоголя или наркотиков). Поведенческие эпидемии иногда были трудноотличимы от вспышек органических заболеваний, например при отравлении окружающей среды токсическими веществами [35]. В психиатрии такое поведение получило название психических эпидемий.

Психические эпидемии (ПЭ) как групповые контагиозные расстройства начали исследоваться в России во второй половине XIX века. Прежде пациенты, находившиеся во власти ПЭ, попадали либо под патронаж церковных организаций как «жертвы дьявола», либо под действие законов и указов, предписывающих карательные меры в отношении участников ПЭ. Теперь же данная проблема оказалась в центре внимания философов и историков, юристов и этнографов, общественных деятелей и врачей.

Большинство отечественных психиатров второй половине XIX века расценивали феномен ПЭ как преимущественно психосоциальное явление. При этом психиатрами не отрицалась возможность влияния на формирование и проявления ПЭ национальной культуры и этнических традиций, вносивших в симптоматику экзотические детали, но не менявших алгоритмов развития и клинической сути этого феномена. Наличие у пострадавших при ПЭ патологии именно психиатрического содержания, — сомнений и разночтений у психиатров не вызывало. В. М. Бехтерев в 1908 году говорил о «коллективных или массовых иллюзиях и галлюцинациях», эпидемиях бесоудержимости, кликушества, порчи, психопатических проявлениях религиозного содержания, распространении реакций паники [26].

Психиатр А. А. Токарский [31] подразделял причины ПЭ на «предрасполагающие и производящие».

К первым он относил «бедность психического содержания, ограниченность интересов, отсутствие критики, невежество»; ко вторым господствующим в обществе идеи, внешние события, склонность к подражанию, психическую заразительность, внушение. Эта классификация в значительной мере совпадает с современной трактовкой личностной и социальной идентичности субъекта, определяя универсальность трендов потенциальных путей возникновения ПЭ.

Исследования отечественных психиатров обозначили свод «предрасполагающих» и «производящих» путей непосредственного привития идей» предпосылок ПЭ. К первой группе были отнесены: фанатическая вера, основанная на постороннем внушении и влиянии индуктора, наличие харизматической личности, владеющей способностью внушать свои идеи окружающим (таким индуктором мог быть и психически больной человек); низкое образование, примитивная культура, социальное неустройство. П. И. Якобий писал, что психическая эпидемия «развивается лишь в нервном и истощенном, ослабленном физически, нравственно и умственно населении» [цит. по 34]. Среди причин, влияющих на возникновение ПЭ, актуальны и следующие экзогенные факторы: наркотики и алкоголь, голод и нищета, усталость и скопление большого числа людей при общности настроения участников, плохие еда и сон, чрезмерное физическое напряжение и бытовые неудобства, болезни и частые роды. Важную роль играло состояние психики субъекта и уровень его личностного реагирования, глубина воздействия догматов учения на его психику и актуальные суеверия.

Одной из главных причин ПЭ большинство авторов считали нагнетание психоэмоциональной напряженности (ПЭН) среди участников обряда или процесса. ПЭН влекла за собой состояние сужения сознания, ведя к невозможности отчета в своих действиях. Увеличение ПЭН потенцирует внушаемость и самовнушаемость, аффектизацию и деморализацию, склонность к подражанию и панической настроенности, становясь фактором, влияющим на жизнь отдельного субъекта и сообщества в целом. Под влиянием внушений личность теряет индивидуальность и инициативу, становясь частью толпы и впадая в панику. «В исступленной толпе каждый индивид влияет на окружающих, и сам подвергается аналогичному влиянию» [цит. по 34].

К категории «производящих» причин возникновения ПЭ психиатрами были отнесены такие факторы, как войны и революции, политические перевороты и социально-экономические реформы, потенцирующие неопределенность общественно-политических отношений и ситуаций, повышающие нервно-психическую возбудимость, приводящие к снижению устойчивости центральной нервной системы.

Таким образом, основой возникновения ПЭ был определен полиэтиологический фактор, являющийся основным критерием в формировании путей возникновения и распространения массовых психических контагий. На интенсивность возникновения и рас-

пространения контагиозных явлений психического характера влияли социально-экономические перемены и кризисы.

Полиэтиологичность и полиморфность ПЭ в XXI веке потребовали привлечения мультидисциплинарной синергетической методологии, позволяющей оценивать и прогнозировать фрактальную динамику эпидемического процесса в четырехмерном пространстве психогенеза и социогенеза, соматогенеза и анимогенеза, образующих траекторию развития ментальной эпидемии (МЭ) как предмета ментальной медицины.

Этиопатогенез ментальных эпидемий

В *социогенезе МЭ* отмечается частота нарушений структуры и функции семьи; социализации личности и социальной декомпенсации; совпадения дебюта с конфликтной или стрессовой ситуацией; дисгармоничность и дисфункциональность семей; дефекты воспитания и низкий уровень образования; сенсорная депривация и социальная изоляция; низкая мобильность и профессиональная компетентность; социально-классовая однородность — бедность и маргинальность; рудиментарность социально-экономической и политической жизни; гнетущая серость рутинного существования, периодически взрываемая вспышкой МЭ, дающих психоэмоциональную разрядку [26, 27].

Современная социально-экономическая ситуация характеризуется глобальным кризисом, затрагивающим практически все стороны человеческого бытия. Эпохи общественных кризисов характеризуются развитием такого социального феномена, как аномия нравственно-психологического статуса общественного и индивидуального сознания, характеризующегося разложением прежней системы ценностей; противоречиями между провозглашаемыми целями и невозможностью их реализации традиционными для большинства граждан способами; выражающегося изоляцией личности от общества и депрессивной разочарованностью в жизни.

Аномия проявляется на следующих направлениях, обозначающих потенции роста ментальной составляющей:

межличностное — усиление взаимного недоверия и враждебности, соперничества и агрессивности, реакций изоляции и отчуждения, расслоения общества на субкультуры — **филиации**;

культурное — крах прежних культурных ценностей и приоритетов, изменение устоявшихся правил интерпретации событий, возникновение конфликтных систем ценностей, состояние идентификационной пустоты при отсутствии альтернативы;

социальное — дезинтеграция и поляризация общества, кризис доверия к государственным институтам [27].

Все обозначенные направления:

а) констатируют потенцию влияния аномии на формирование и развитие эпидемических психических расстройств;

б) обозначают этиопатогенетическую ситуацию, предрасполагающую все более интенсивное возник-

новение, эпидемическое развитие и распространение различных психических расстройств;

в) выявляют то очевидное обстоятельство, что распространенность, тяжесть и масштабы психопатологических последствий аномии превращают ситуацию с эпидемическим распространением психических расстройств в существенную угрозу для общественного сознания и национальной безопасности государства.

Ситуация аномии способствует формированию и распространению **пермиссивности** — дестабилизации и отмены принятых в обществе запретов, являющихся структурирующими этическими элементами социума. В таких условиях индивидуум может терять точку опоры, утрачивая систему ценностей и этических ориентиров, оказываясь без поддержки некогда канонических устоев, структурировавших докризисный социум. Идентичность индивидуума, опиравшаяся на внешний каркас социальных норм, растворяется в хаотическом сумбуре аномии, деформируя ментальность и сенсibiliзируя к ментальным эпидемиям.

Современная литература выделяет два вида идентичности: личностную и социальную. Под первой понимается самоопределение индивидуума в терминах его физических, интеллектуальных, нравственных черт. Вторая — «самоопределение в терминах отнесения себя к определенной социальной группе» [4] — знание о том, кто ты и каково твое место в социуме. Философ-экзистенциалист С. Кьеркегор писал: «Человек — общественное животное, и только в стаде он будет счастлив. Все равно, будь то глубочайший бред или великое злодейство: ему легко и спокойно с этим до тех пор, пока таковы законы стада, пока он способен влиться в него» [24]. По существу это формула экзистенциальной защиты: либо смерть под копытами общественного стада, либо обезличивающее погружение в психическую эпидемию стадного большинства. М. Элиаде говорил о том, что «человек традиционной культуры видит себя существующим лишь тогда, когда перестает быть собой, довольствуясь имитацией и повторением жестов другого. Он осознает свою реальность, адекватность самому себе только тогда, когда отказывается от этой адекватности». «Общественная психология никак не может обойтись без подражания» [37], «мистического соучастия» (по Л. Леви Брюлю).

А. Г. Санина [23] выделяет несколько ракурсов идентичности, значимых для ментальной эпидемиологии.

1. **Логический ракурс идентичности** определяет ее трактовку в различных науках.

2. **Философский ракурс идентичности** как совокупности коммуникативных (в т. ч. контагиозных) практик вместо прежнего ее понимания как фиксированной данности.

3. **Психологический ракурс идентичности** как основы биопсихосоциодуховной природы и адаптивного поведения человека [27, 36].

4. **Антропологический ракурс идентичности** как культуральное воплощение традиций и обычаев.

5. *Социологический ракурс идентичности* как смыслового продукта коммуникативного и эпидемического развития.

6. *Системный ракурс мультидисциплинарной идентичности* отмечает ее важнейшее нормативное качество самореферентности, на которую не влияют включенности в социальные связи и социальные позиции [13]. Как один из признаков духовного иммунитета к ментальным эпидемиям можно рассматривать самоидентификацию индивида. Ведь только через соотнесение с собственной индивидуальностью обеспечивается существование во множественных контекстах мультикультурной среды.

Если же структура социума разрушена или подвергается интенсивным реформам, а большинство социальных категорий утратили прежнюю ценность, происходит переоценка субъектом группы своей принадлежности, места в ней; становится затрудненной или невозможной традиционная (прежняя) социальная идентификация. Деструкция привычных взаимоотношений ведет к тому, что субъект оказывается вне стабильной и привычно знакомой социальной системы. Неопределенность формирует у него дискомфорт и психоэмоциональную напряженность, поддержанию которой у значительной части населения способствуют радикальные изменения во всех сферах жизни деформируемого кризисом общества.

Роль бессознательных и инстинктивных психических феноменов и поведенческих реакций растет, все более депотенциализируя деятельность аналитического полушария мозга. При этом усиливаются ощущения потери структурирующих этических ориентиров, крушения надежд и идеалов, желание чуда и поиски его в обыденной жизни. Паническая дезориентация — так определяет ощущение человека, живущего в эпоху исторических кризисов, испанский философ Х. Ортега-и-Гассет: «Человек дезориентирован относительно самого себя, выбит из колеи, он вне собственных пределов, заброшен в новые обстоятельства, выступающие для него как Неведомая земля» [17].

Для того чтобы вновь ощутить себя частью целого, звеном социальной системы, индивидуум начинает поиски новой социальной группы, но в групповой жизни может происходить растворение его индивидуальности: «Идентификация с социальной ролью — щедрый источник неврозов. Человек не может отделаться от самого себя в пользу искусственной личности. Попытка этого вызывает бессознательные реакции, аффекты, фобии, навязчивые представления и так далее» [37]. Личностная и социальная идентификация субъекта образуют своеобразную бимодальную схему, в которой обе составляющие находятся в динамичных взаимоотношениях, определяемых прямыми и обратными связями компонентов внутри этой системы. Устойчивое превалирование одного из трендов может вести к дисгармонии функционирования диады, создавая системные проблемы и генерируя процессы либо растворения аутентичной личности в социуме,

либо — социального нигилизма. В случае реализации первого варианта личностная идентичность субъекта сращивается с социальной. Человек осознает и оценивает себя лишь с позиций принадлежности к группе, которой в условиях аномии может оказаться практически любое сообщество — вплоть до деструктивных или криминальных организаций, а также парарелигиозных тоталитарных сект, уже переживающих сегодня период истеродемонического ренессанса.

В традиционном восприятии аномия является результатом и симптомом дезактуализации системных (парадигмальных) ценностей, а также синхронной методологии, утрачивающей свою монополию на безальтернативное постижение смыслов бытия.

В то же время многие исследователи отмечают усложняющую природу аномии. Так, Р. Мертон [14] представляет аномию как следствие дисфункциональности институтов общества. Согласно Т. Парсонсу [18], аномия проявляется в уязвимостях для самодостаточности общества, которые зависят от состояния его внутренней интеграции и гармоничности контроля. По мнению Э. Фромма [33], аномия стала проявлять себя в утверждении реалий «больных обществ», становясь критерием цивилизационного душевного здоровья, предопределяющим производство человеческой деструктивности. Ж. Т. Тошенко [32] трактует аномию как безнормие и нарушение социальных связей, проявляющихся в кентавризмах как сочетаниях несочетаемого. Так парадоксальный человек создает парадоксальное и эпидемически взрывоопасное общество.

Парадоксы, кентавризмы и антиномии пришли в современный мир не на время, а навсегда. ***Аномия, квинтэссенцией которой является безнормие, сама стала перманентно изменяющейся нормой повседневной жизни.*** В силу этого С. А. Кравченко [11] предложил концепцию «нормальной аномии» как расширяющейся совокупности уязвимостей для социума в виде побочных эффектов инновационной и рационально-прагматической деятельности Человека, а также системных кризисов. Основные контуры этой концепции отражают следующие положения:

1. Реалии нормальной аномии обусловлены объективным процессом становления сложного социума и противоречивым характером его социокультурной динамики.

2. Нормой становится плюрализм социального времени с существенной дисперсией нравственной составляющей [19].

3. Развивается адиафоризация как уход из сферы моральной оценки, в результате чего утверждается «моральная слепота» [38].

4. Симуляции и симулякры становятся фактором не только дисперсии ценностей и норм, но и основой «эры тотальной симуляции» как новейшей глобальной уязвимости.

5. На становление нормальной аномии влияют процессы спектаклизации [8] и играйзации [11] обще-

ства, построенного на имитационно-симулятивных демократических (националистических и т. п.) шоу.

6. Одной из существенных характеристик нормальной аномии стало парадоксальное сочетание знания и незнания, науки и лженауки, перманентности научной революции и короткоживучести научной парадигмы.

7. Нарастающая парадоксальность рисков и угроз, глобализируемых и делокализованных, неисчислимых и непрогнозируемых, некомпенсируемых и необратимых [39]. Смысл инценирования определений риска становится силой, формирующей девиантный характер сознания и парадоксального поведения людей.

8. В поле нормальной аномии входит дисперсия традиционных семейно-брачных отношений.

9. Для анализа нормальной аномии требуется мультидисциплинарная методология.

10. Нормальную аномию нельзя «вылечить» традиционными рационально-прагматическими средствами. Необходимы адекватные гуманистические стратегии утверждения новых норм космополитической этики.

Новейшая мировая практика убедительно показывает, что на любое беззаконие всегда найдется еще большее беззаконие. Можно сказать, что «аномичность аномии» создает временную иллюзию или ментальную ловушку стабильности и безопасности, но это лишь инициальный фрактал завтрашней деструктивной ментальной эпидемии.

Все это делает актуальной синергетическую биопсихосоциодуховную методологию ментальной медицины для анализа и коррекции новой кризисной реальности. Образно говоря, нарастающее «общественное безумие» демонстрирует беспомощность традиционной стигматизированной клинической психиатрии, требуя новых ресурсов и инструментов адаптивной защиты общественного сознания.

В переводе с греческого «стигма» означает клеймо, которое в первоначальном значении имело сугубо уничтожительный смысл. Постепенно он стал расширяться и изменяться, широко используя в христианской среде и медико-биологических исследованиях как симптом каких-либо скрытых отличительных качеств человека или предмета, явления или текста [45].

Сингулярное расширение поля информации в современном обществе приводит к проблеме ее личностного усвоения. Человек буквально тонет в беспредельном море информации, большая часть которой оказывается просто не нужной или не востребованной. Одним из механизмов социальной защиты человека от излишней и ненужной информации является стигматизация с ее вербально-понятийным и предметно-знаковым характером [9]. Так, ментальная вирусология интернета воплощается в новых поколениях стигм общественного сознания, запуская ментальные эпидемии ненависти и вражды, экстремизма и фанатизма (например, «укропы», «колорады» и т. д.). В итоге такой ментальной эпидемической процесс приводит к деформации индивидуальной и социальной идентичности, становясь нелетальным

оружием массового поражения. Стигматизация и автостигматизация становятся механизмами развития современной ментальной эпидемиологии, не имеющей латентного периода в глобальном и открытом мире.

Эпидемические стигмы или ментальные вирусы общественного сознания обеспечивают себе высокую контагиозность за счет особой роли и актуального значения такой метки, уничижительного и лаконичного ярлыка, оригинальности и креативности, облегчающих массовое заражение и расширение ментальной эпидемии.

Интернет можно рассматривать как пилотную модель концептуального воплощения и технологического оформления ноосферной теории В. И. Вернадского. Ментальная вирусология и эпидемиология потребовали полноценной противоэпидемической защиты, которая сегодня осуществляется в основном спецслужбами. И в этом нет ничего особенного, ведь и сам Интернет появился как военный инновационный продукт 50 лет назад. Требование неприкосновенности личной жизни как фундаментальной ценности демократического мира оказалось сегодня вовсе не фикцией, а нормативной аномией. Смысл гражданского подвига Эдварда Сноудена, документальный фильм о котором получил «Оскара» в 2015 году, состоит в требовании радикального усиления гражданско-правовой позиции в киберзащите общественного и индивидуального сознания как интегрального выражения ментального здоровья. Этот призыв услышан, и современные системы мониторинга ментального здоровья строятся на синергетических биопсихосоциодуховных гражданских методологиях, учитывающих приоритеты национальной безопасности [44].

В *психогенезе МЭ* отмечен низкий интеллектуальный уровень; истерические и астенические, конформистские и эпилептоидные черты характера в преморбиде; тяжелые наследственные и психотические формы алкоголизма с расстройствами личности и энцефалопатиями; раннее знакомство детей с больными и частое наблюдение за эпидемическими вспышками; неосознаваемое восприятие пациентами МЭ как защитной стратегии отрицания и избегания; низкий ментальный резильянс и стрессоустойчивость эндемичных субпопуляций; невербализуемые и неразрешимые в привычной микросреде глубинные личностные конфликты и комплексы; высокая частота расстройств личности, посттравматического стрессового расстройства и социально-стрессового расстройства, соматоформных и психосоматических, зависимых и асоциальных расстройств [26, 27].

Характерной особенностью психогенеза ментальных эпидемий является *конформная субкультура и ментальность*, проявляющиеся в некритичности и неспособности к самостоятельному мышлению, банальности и шаблонности, стремлении «быть как все» и трепетной лояльности к любому начальству. А. Е. Личко [12] считал конформность акцентуацией характера и зависимостью от референтного окружения. П. Б. Ганнушкин [6] увязывал конформизм с низким

интеллектом и в классификации аномальных личностей помещал их к «конституционально-глупым». Д. Рисмен [22] относил конформную личность к консервативному типу характера, приверженного устоявшимся традициям и обычаям. Б. В. Воронков [5] отмечает, что именно конформизм как «средообразующий» фактор приобретает ведущую роль в распространении ПЭ, хотя миссию катализатора эпидемической вспышки чаще всего выполняют истероидные, параноидные и эпилептоидные личности. Необходимо также отличать конформность как преморбидную особенность личности от конформизма как способа адаптации (или псевдоадаптации, за которую придется заплатить как минимум психосоматозом) к системе официальных ценностей. Распространенность конформных личностей у подростков составляет от 10 до 30 % [12].

Существенную роль в психогенезе МЭ играют средства массовой информации (СМИ). М. А. Пушкина [20] выделяет следующие механизмы деструкции массового сознания под влиянием СМИ.

1. **Перегрузка сенсорных систем** человека за счет технических возможностей медиасферы: скорость, громкость, яркость, динамичность и т. п. Сенсорные модуляции повышают порог чувствительности зрителя к любым внешним раздражителям, увеличивают скорость переключения внимания и снижают возможности его концентрации.

2. **Логическая девальвация реальности**, состоящая в рудиментарности и примитивности предлагаемых причинно-следственных связей между событиями и образами.

3. **Эмоциональный акцент** с эксплуатацией негативных эмоций — «труп оживляет кадр» [15].

4. **Разрушение моделей поведения** человека, принятых в обществе — все допустимо и все возможно.

5. **Навязывание суррогатного общения**, заменяющего этику реального межличностного взаимодействия на погружение в TV-шоу и медиазависимость.

Все это сказывается на индивидуальной и социальной идентичности зрительской аудитории, облегчая манипуляции общественным сознанием.

Оценивая возможности социальной психотерапии в противостоянии социальным эпидемиям, И. С. Бурикова [3] отмечает невключенность в этот процесс телевидения. Автор выделяет четыре вида обратной связи, применимых к измерениям интерфейса индивидуального и общественного сознания:

1. **Усиливающая обратная связь** — раскрутка эмоционального градуса проблемы, изменения усиливают первоначальные;

2. **Усиливающее упреждение** — профилактика социальных эпидемий;

3. **Уравновешивающая обратная связь** (информация о грядущих изменениях попадает обратно в систему и гасит изменение) — теряется интерес к социальным эпидемиям;

4. **Уравновешивающее упреждение** — предвидение и/или предсказание изменения приводит систему в прогнозируемое состояние.

Сегодня TV редко выходит за рамки первого вида прямой усиливающей обратной связи — раскрутки проблемы, реже ее профилактики, и практически никогда — третьего и четвертого вида обратной связи, способных контролировать систему социальных эпидемий. Для реализации TV-миссии и функции социальной психотерапии необходим перевод работы в плоскость уравновешивающей обратной связи. Такие принципиальные вопросы, затрагивающие политический дизайн вещания и требующие серьезных финансовых ресурсов, могут быть решены только в рамках «мобилизационного заказа», когда очень конкретно и очень буквально «Родина Мать — позовет»!

В **анимогенезе МЭ** отмечена ограниченность интересов и духовных запросов; низкий уровень и недифференцированность потребностей; невосприятие унижения как страдания; готовность жить и выживать на биологическом уровне и в моральной безысходности; неблагополучие морального климата семьи, социальной и производственной среды; духовно-нравственная амбивалентность и дефицитарность среды обитания и зоны оседлости; нарушения формирования и развития нравственных чувств и нравственного облика; несформированность или ранняя утрата нравственной позиции; конформизм и равнодушие; высокая частота синдромов деморализации и деструктивного профессиогенеза; асоциальное и противоправное поведение; распространенность алкогольных обычаев и раннее формирование алкогольных установок; низкий уровень культуры и духовных запросов; распространенность синкретизма и сектанства; высокая манипулятивность и некритичность к истеродемонической экспансии шаманизма и колдовства; дегуманизация и деморализация социума [26, 27].

На **биогенез МЭ** влияет генетическое накопление соматической и психической патологии в эндемичном очаге; дебют и эпидемическая вспышка совпадают со сниженной и измененной реактивностью в весенне-осенний период, а также с абортами и родами, беременностью и климаксом у участниц эпидемического ядра; обнаруживается повышенная частота соматических и эндокринных заболеваний; нарушений нейропроцессов и соматоформных дисфункций; соматизированных расстройств и психосоматических заболеваний; терапевтическая резистентность и высокий риск рецидивирования [26, 27].

Ментальная медицина позволяет в этиопатогенезе, патопластике и патокинетике МЭ количественно и качественно измерять характеристики психо- и социо-, анимо- и соматогенеза, оценивая эпидемический очаг и прогнозируя траектории его развития.

Механизмы развития ментальных эпидемий

Многими исследователями отмечалась универсальность и единство эпидемической ментальной базы алкоголизма и наркотизма, экстремизма и радикализма, социопатий и психосоматозов, соматоформных и индуцированных нервно-психических расстройств,

объединяющих галолирующе растущие маргинальные субпопуляции «исключенных» из нормативных общественных систем [7, 10, 44].

Представляется возможным выделить следующие механизмы развития ментальных эпидемий.

Механизм анонимности предопределяется отсутствием актуального восприятия общественным сознанием ментальной эпидемиологии, катализируемой нормативными аномией и перmissивностью. Сингулярная реальность создает калейдоскопическую феноменологическую картину деморализованного и дегуманизированного «безумного общества». Традиционная «патриархальная решетка» этических обычаев и традиций подменяется спектаклизацией и игрализацией, симуляциями и симулякрами, кентаврными и антиномиями. Все это приводит к утрате традиционных представлений и инструментов оценки нормы и патологии. В такой ситуации только синергетическая методология ментальной медицины позволяет оценивать качество ментального здоровья и степень ментальных расстройств, траектории развития и масштабы ментальных эпидемий.

Механизм генерализации проявляется нарушением новых, все более ответственных и формально более наказуемых норм. Так, банальное пьянство является преимущественно аморальным явлением, нарушающим этику делового общения; в дальнейшем алкоголизм становится психиатрическим диагнозом, ограничивающим некоторые права пациента и создающим риски административных нарушений; тяжелые алкогольные абзусы или алкогольные психозы с противоправным поведением дают массу поводов познакомиться с Уголовным кодексом.

Механизм расширенного воспроизводства проявляется в высокой латентности ментальных недугов. Так, на учете в наркодиспансере в лучшем случае состоит 1 из 10 больных алкоголизмом и 1 из 30 больных наркоманией. Остальные с посылным энтузиазмом продолжают уничтожать себя и свои семьи, втягивая в эпидемический процесс новые и новые генерации потребителей, прежде всего молодежь. Та же ситуация с психосоматическими и соматоформными расстройствами, когда выявляется только 1 из 3–5 случаев. Корректной статистики или хотя бы намека на нее по реальной распространенности моббинга и буллинга, интернетзависимости и игромании, экстремизма и фанатизма, как и множества других проблем, просто нет.

Механизм неконтролируемости ментальных эпидемий предопределяется отсутствием системного мониторинга ментального здоровья и пока непреодолимыми межведомственными барьерами в организации превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной деятельности.

Механизм полиморфной деформации сознания представлен разнообразными типами и вариантами временных и измененных, суженных и деформированных состояний сознания, возникающих в ходе применения десятков ранее описанных нами

способов и методов манипулятивного воздействия, запускающих и поддерживающих ментальный эпидемический процесс [48, 49].

Механизм деформации идентичности. Большинство «трудных» детей и подростков лишены нормального семейного воспитания: отсутствует контроль за их обучением, недостаточно поощряется развитие интеллекта и формирование нравственных ценностей. Поэтому у них рано утрачивается интерес к учебе, что неизбежно приводит к отсутствию социально значимых установок, увлечений и духовных запросов, узкому кругу и неустойчивости интересов, уходу от решений в ответственных ситуациях. Формируется такая направленность личности, в основе которой лежит неспособность к сложной деятельности, с упрощением и перестройкой иерархии мотивов поведения в плане готовности к манипуляциям и девиациям, конформизму и асоциальной индукции. У такой деформированной личности просто отсутствуют внутренние ресурсы для самоорганизации и саморазвития, как и невротический диссонанс от навязанных или случайных асоциальных ролей. Хотя самовосприятие роли всегда будет конформным, даже если это миссия наемного убийцы.

Механизм индукции реализуется во многом за счет реакции группирования и подражания. Так, на начальном этапе формирования аддиктивного поведения позволительно говорить о психогенном развитии симптомов зависимых расстройств, форм потребления и типов опьянения. Гротескные, индуцированные симптомы «клиники до болезни» имитируют и потенцируют начальные биологические проявления заболевания. Ментальные эпидемии индуцированных нервно-психических расстройств также развиваются по механизмам коллективной само- и взаимоиндукции.

Механизм полимодального резонанса представлен биохимическим, электромагнитным и ультразвуковым «языком бактерий», обменивающихся информацией как друг с другом (quorum sensing), так и с макроорганизмом хозяина (cross-talk). Микрофлора и вне инфекционного процесса остается целостной и относительно автономной фундаментальной системой эндоэкологии человека [1]. При этом «общение» осуществляется микробами на уровне лексики бытовых человеческих разговоров посредством не только нескольких биохимических «языков», но и с помощью ультразвуковых и электромагнитных сигналов. Это подтверждается феноменом «шепота бактерий», когда гибнущая культура посылает сигнал, стимулирующий другие культуры, даже отделенные от первой кварцевым стеклом [16]. В ментальной медицине утрата резонанса с окружающим миром и с самим собой прочитывается в широком мультидисциплинарном эндоэкологическом контексте. Не случайно еще И. И. Мечников выделял в вариациях и уровнях состояний сознания человека специфическое ситуативное дизбактериозное мышление, показав значение нормальной микрофлоры кишечника (желудочного мозга) для психоиммунологии [1]. Современные ис-

следования обнаруживают в этиопатогенезе пятой части психосоматических инфарктов и инсультов патогенные микроорганизмы [43]. Именно поэтому актуальным фокусом микробиологии становится «социальное поведение» бактерий в биологических пленках и колониях, кооперациях и конгломератах, создающих эпидемические эффекты вне привычных инфекционных процессов.

Механизм майндсайта — способность воспринимать и осознавать свои чувства и мысли, а также мысли и чувства других людей за счет особым образом сфокусированного и направленного внимания. Слово «майндсайт» составлено D. J. Siegel [50] из mind (сознание, ум) и insight (инсайт, озарение). Майндсайт объединяет три компонента: 1) инсайт — озарение, буквально взрывающее как индивидуальное, так и общественное сознание; 2) эмпатию — способность чувствовать и воспринимать как отдельную личность, так и массу; 3) интеграцию — запускающую сетевые цепные реакции ментальных эпидемий.

Выделенные механизмы наиболее универсальны и мультидисциплинарны, в разных соотношениях и пропорциях они присутствуют во всех четырех плоскостях развития МЭ: психогенезе и социогенезе, анимогенезе и соматогенезе.

Систематика ментальных эпидемий

Ментальные эпидемии — это возникновение в коллективе или на территории случаев (вспышек) ментальных расстройств с частотой, существенно превышающей обычно ожидаемую. Ментальные эпидемии переходят в разряд деструктивных, когда начинают угрожать общественному сознанию всей страны в целом. Они могут становиться пандемиями, охватывающими не только страны, но и континенты.

Ментальные эпидемии — контагиозные полимодальные и полиморфные психические расстройства и состояния. Внутри эпидемического очага можно обнаружить группы как с тремя донологическими фракталами: predisposition, latent, и initial, так и с тремя нозологическими: развернутой клинической картины, хронизации и исхода. В дебюте МЭ преобладают донологические и ранние формы психических расстройств; при деструктивной МЭ, угрожающей общественному сознанию страны в целом, — развернутые клинические формы, при пандемии МЭ — хронические и исходные состояния. Количественные и качественные измерения глубины и интенсивности ментального эпидемического процесса можно получить с помощью индекса ментальной экологии личности, социо- и психометрии, шкалам качества жизни и развития человека [48, 49].

Сингулярная эпидемичность современного мира превратила спорадические узко психические эпидемии в ментальные: аккумулирующие все многообразие регистров и ресурсов общественного сознания, модулируемого глобальной паутиной; генерализирующие стигматизационную ментальную контагиозность в новой резонансно-волновой архитектуре каскадов

зеркальных нейронов мозга человека, отражающих динамику и ритмику ноосферных потрясений; меняющие прежнюю линейную эпидемичность классических инфекционных процессов на многомерную и многоуровневую синергетическую динамику.

И в самом деле, сегодняшние TV-сводки мировых новостей все больше приближаются к психоманипулятивному дизайну прогнозов погоды — внешне с теми же, но по сути ноосферными тайфунами и зонами перепадов давления, циклонами и антициклонами, взаимосвязанными и взаимозависимыми в планетарном масштабе. Никаких сомнений не остается в том, что в случае постановки задачи у всей Земли быстро и незаметно произойдет внешне природная, а по сути рукотворная очередная смена «ноосферных полюсов»! Творцы такой «ноосферной погоды» не забывают о ментальной толерантности и полярности социального времени множества субпопуляций, для которых иллюзию прежней картины мира сохраняет сакраментальный рефрен о том, что «в деревне Гадюкино всегда идут дожди»! И такая деревня есть в любом районе мира... Хотя сам «глобально-гадюкинский» Мир, давно ставший деморализованным и дегуманизированным, обещает в грядущем клоачном потеплении смыть последние острова разума и морали. Это, конечно, метафора, но только драматизируя угрозы можно добиться их актуального восприятия.

Можно предложить следующую рабочую классификацию ментальных эпидемий:

1. Ментальные эпидемии зависимых расстройств:

- а) химических: алкоголизма, наркомании и др.;
- б) нехимических: гемблинга и др.;
- в) электронных: интернет- и компьютерной зависимости и др.;
- г) измененных форм пищевого поведения: диетомании, анорексии, булимии, манипулятивной нутрицевтики (пищевые добавки) и др.;
- д) измененных форм межличностного и группового поведения: сектантства и фанатизма, моббинга и др.;
- е) измененных форм сексуального поведения: публично-группового эксгибиционизма, гиперкомпенсаторных секс-парадов и др.;
- ж) викарных: синдрома деморализации, деструктивного профессиогенеза (работоголизм) и др.

2. Ментальные эпидемии индуцированных расстройств:

- а) ранних истеродемонических: мэнерика и эмиряненья, лишинки и килы, икоты и шевы и др.;
- б) истеродемонического ренессанса: шаманизма и магии, колдовства и др.;
- в) индуцированных нервно-психических расстройств: социальных фобий, тревожно-депрессивных, панических расстройств и др.

3. **Ментальные эпидемии психосоматических расстройств:** артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, бронхиальной астмы, сахарного диабета, онкологических заболеваний, ревматоидного артрита, кожных заболеваний, избыточной массы тела и др.

4. **Ментальные эпидемии соматоформных расстройств:** соматизированных, ипохондрических, конверсионных и др.

5. **Ментальные эпидемии эндоэкологических психических расстройств:** шизофренических и шизоаффективных, депрессивных и др.

Несмотря на то, что поиск вирусов и прионов, вызывающих шизофрению, пока не увенчался успехом, многие факторы указывают на такую возможность, особенно в пренатальном периоде. Так, обнаружено множество иммунных изменений, включая изменения IgA, IgG и IgM. Более того, значительно большее, чем ожидалось, число пациентов с шизофренией рождается в конце зимы и начале весны, хотя близкая сезонная ритмика отмечается и при депрессиях и других психических расстройствах. Важно также учитывать данные Психиатрического геномного консорциума [40], позволяющие предполагать генетические связи основных психических заболеваний, в частности шизофрении и аффективных расстройств, с рядом психосоматических и неврологических заболеваний, таких как ревматоидный артрит, системная красная волчанка, псориаз, болезнь Крона, диабет типа 1, рассеянный склероз. Логично допустить и общность этиопатогенетических механизмов развития этих расстройств.

В сохраняющейся ситуации множественной этиопатогенетической неопределенности представляется уместным отнесение ментальных эпидемий шизофрении и депрессии в группу эндоэкологических психических расстройств. Ранее принятый термин «эндогенные» психозы становится слишком узким.

Определение шизофрении как полиморфного резонансно-когерентного психического расстройства [28] подчеркивает ее эпидемичность. Биологическим подтверждением по меньшей мере уместности такого подхода являются исследования NMDA-рецепторов, участвующих во множестве важнейших мозговых процессов. Они модулируют выработку дофамина нейронами вентральной покрышки, модулируют ингибиторными интернейронами таламуса низкочастотные колебания мозга, а нейронами гиппокампа и префронтальной коры процессы нейропластичности и памяти [44, 46, 51]. Синергетическая терминология не просто механистически подменяет хрестоматийные клинические категории (в частности, аутизм как резонансное расстройство или защитный механизм и схизис как когерентное расстройство), но обнаруживает принципиально новые содержательные и методологические ресурсы, позволяющие объединять различные тренды в их не арифметическом, а системном взаимодействии, создающем **ментальную медицину как психиатрическую парадигму мирового тренда интегративной медицины.**

Эпидемическое прочтение индуцированных и зависимых, психосоматических и соматоформных расстройств ранее уже приводилось нами в рамках достаточно традиционных социальных эпидемий [28]. Однако именно синергетическая биопсихосоциоду-

ховная методология ментальной медицины позволяет наиболее всесторонне подойти к четырехмерной фрактальной динамике клинико-эпидемического процесса. Такая мультидисциплинарность становится просто обязательным требованием в ситуации упрощенного и сверхбыстрого доступа к индивидуальному сознанию (идентичности) пользователей виртуальных социальных сетей. Сингулярность кризисной реальности превращает такие, казалось бы, банальные коммуникации в новую форму ментальной контагиозности и эпидемичности. В этом контексте почти любое психическое расстройство сегодня можно рассматривать как ментальную инфекцию (моментальную, быструю, медленную, сверхмедленную и т. п.) и ментальную эпидемию. Актуальной задачей становится обоснование характеристик и критериев порога ментальной эпидемичности, форм и типов сингулярной прогрессивности и синергетической интегративности оценки очага.

Уровни эпидемического процесса: от моббинга до терроризма

Ментальные эпидемии являются угрозой общественному сознанию как интегральному выражению ментального здоровья нации. Когда масштабы МЭ угрожают общественному здоровью региона, они становятся **социальной эпидемией**, перерастающей в **деструктивную социальную эпидемию**, опасную для общественного здоровья страны в целом, дальнейшее распространение можно обозначить как социальную пандемию, охватывающую страны и континенты.

Большую роль в привлечении общественного внимания к социальным эпидемиям сыграл бестселлер Малкольма Гладуэлла (*The Tipping Point*, 2000), посвященный журналистскому исследованию механизмов возникновения и развития, истоков и причин, личностной типологии и течения социальных эпидемий. Публицистический подход позволял автору относить к однородным социальным эпидемиям слухи и моду, сифилис и преступность. Научный подход требует доказательной методологии оценки и прогноза.

Отнесение распространенности психосоматозов (сахарного диабета, ишемической болезни сердца и др.) к социальным эпидемиям уже стало достаточно привычным, хотя количественного определения порога такой эпидемичности пока еще не сформулировано. Отнесение к деструктивным социальным эпидемиям алкоголизма и наркомании также вполне понятно [10]. Однако эпидемическое распространение преступности и терроризма правильной обозначить как **асоциальные эпидемии**, разрушающие основы социума.

Представляется возможным выделить три основных уровня неинфекционного эпидемического процесса:

1. **Ментальные эпидемии**, оцениваемые по уровню угроз и ущерба общественному сознанию.
2. **Социальные эпидемии**, оцениваемые по уровню угроз и ущерба общественному здоровью.
3. **Асоциальные эпидемии**, оцениваемые по уровню угроз и ущерба национальной безопасности.

Так ментальная эпидемия радикализма и фанатизма может перерасти в социальную эпидемию буллинга и краудинга, а затем и в асоциальную эпидемию экстремизма и терроризма. Многомерность и полифакторность такого эпидемического процесса требуют именно мультидисциплинарного синергетического подхода. Выделение уровня ментальных эпидемий представляется важным для фокусирования внимания на возможностях максимально ранних превентивно-коррекционных вмешательств.

Например, терроризм является одной из самых полимодальных и многоуровневых разновидностей асоциальных эпидемий. На начальном уровне ментальных эпидемий он представлен моббинговым ментальным терроризмом, угрожающим общественному сознанию коллектива или населенного пункта. Ментальная эпидемия моббинга становится деструктивной, когда начинает угрожать общественному сознанию всей страны, приобретая ту или иную националистическую или религиозную идеологию. Затем ментальная эпидемия эволюционирует в социальную, угрожающую общественному здоровью региона, и деструктивную социальную эпидемию, когда угроза распространяется на всю страну. Феноменологически это описывается синдромами буллинга и краудинга. В последующем эпидемия перерастает в асоциальную, представленную всеми формами терроризма. В зависимости от степеней и масштабов угроз национальной безопасности страны в целом она может становиться деструктивной. Завершающей формой является пандемия терроризма, охватывающая страны и континенты.

На сегодня самой известной такой пандемией является «Исламское государство» (ИГ) — международная исламская террористическая организация, действующая преимущественно на территории Сирии и Ирака с 2013 года как исламское непризнанное квазигосударство с шериятской формой правления. Образованию ИГ предшествовало объединение в 2006 году 11 радикальных исламистских группировок во главе с местным подразделением «Аль-Каиды». К 2015 году в рядах ИГ воюют десятки тысяч добровольцев из почти 100 стран мира.

Четырехядерная и четырехмерная биопсихосоциодуховная диагностика в ментальной медицине позволяет давать качественные характеристики эпидемического процесса, оценивать и прогнозировать траекторию его развития, своевременно мобилизуя саногенетические и терапевтические ресурсы.

Интерфейс защиты общественного сознания

Ментальные эпидемии, являющиеся предметом ментальной медицины, требуют внедрения новых превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных ресурсов *системного мониторинга ментального здоровья* (СММЗ) и *службы ментального здоровья* (СМЗ), эффективность пилотных моделей которых уже была продемонстрирована [29, 48, 49]. Принципиальная здравоцентрическая позиция СМЗ

состоит в том, что она занимается как укреплением ментального здоровья, так и лечением ментальных недугов, что гарантирует ее от повторения «стигматизационного проклятья» нозоцентрической психиатрии. Очаг ментальной эпидемии, отличающийся огромным полиморфизмом и полимодальностью клинической и психологической, социальной и моральной феноменологии, может быть эффективно локализован и санирован только мультидисциплинарной СМЗ.

В настоящее время чрезвычайно популярным и широко распространенным в научно-практическом дискурсе междисциплинарным понятием является интерфейс, служащий для объяснения и проектирования систем и механизмов селективных неразрушающих связей в объектах живой и неживой природы. Интерфейс в широком смысле — это определенная стандартами граница между взаимодействующими независимыми объектами. Интерфейс как инструмент межсистемного взаимодействия задает его параметры, процедуры и характеристики. СММЗ можно обозначить как интерфейс индивидуального и общественного сознания.

К основным свойствам человеческого сознания, определяющим его как интерфейс между субъектом и миром физической реальности, относят:

1. **Селективность сознания** ко всем формам стимуляции: физической и социальной, духовной и психологической.

2. **Пластичность сознания**, обеспечивающую создание, проявление и ограничение степеней свободы в рамках целостности человеческой личности и тела.

3. **Универсальность сознания**, сохраняющего функциональные свойства путем изменения содержания в разных телесных формах.

4. **Индивидуальность сознания**, определяемую механизмами перцептивных систем, формирующих субъективную реальность.

5. **Зеркальную прозрачность сознания**, при которой субъект не отличает конструкты, возникающие в сознании под воздействием стимулов физического мира на перцептивные системы, от конструктов, создаваемых мозгом [25, 48, 49].

Интерфейсные свойства сознания и перцептивных систем человека должны учитываться при проектировании и внедрении СММЗ, а угрозы ментальных эпидемий требуют нового качества программно-аппаратных комплексов СМЗ. Переход человечества к новым формам технологического уклада, связанным с интенсивным развитием NBICS-конвергенции (папо-bio-info-cogno-socio) и методов искусственного интеллекта, ведет к тотальной интеграции биопсихосоциодуховной системы человека с социумом и техногенной средой, сопровождаемой возникновением новых форм интерфейсных отношений в интегративной и, в частности, ментальной медицине.

Обобщая, можно отметить, что инфекционная гипотеза психических расстройств сопровождала всю историю психиатрии: от очень конкретной истеродемонической порчи и поисков прионных возбу-

дителей шизофрении до попыток эндоэкологического увязывания психопатологии с «темной энергией и темной материей», ждущих экспериментального подтверждения на Большом адронном коллайдере. Сегодня можно количественно и качественно измерить **дрейф идентичности** [30] и **ментальный дрейф** (по аналогии с антигенным дрейфом) от кибервирусологической атаки на индивидуальном и групповом уровне, оценить **ментальный сдвиг** (как почти фольклорный «сдвиг по фазе») индивидуальной и социальной идентичности, описать ресурсы **ментального резильянса** и **ментальной аттенуации** (по аналогии с аттенуацией микроорганизма в вакцине) психоманипулятивных и социально-стрессовых воздействий. Ментальная медицина позволяет не только поставить синергетический функциональный диагноз пациенту, но и дать мультидисциплинарную характеристику ресурсов **Духовного иммунитета** клиента, а также целенаправленно формировать резистентность к огромному регистру ментальных эпидемий. Для этого требуется лишь системно выстроить и упорядочить не столько календарь дидактических ментальных «прививочных кампаний», сколько стиль регулярной ментальной превентологической «витаминизации», т. е. ресурсно-конструктивного и созидательно-деятельностного укрепления общественного сознания и общественного здоровья.

Если в классической эпидемиологии описана только одна демографическая ловушка, то в ментальной эпидемиологии — сотни стрессогенных ментальных ловушек, требующих на психогигиеническом уровне воспитания и образования в ментальной превентологии формирования адаптивных стратегий медиации и этики делового общения. При этом действенность психопрофилактической «витаминизации и вакцинации» может быть измерена в обновляемых ресурсах ментального резильянса.

Используя терминологию клинической эпидемиологии, можно и ментальные эпидемии описать как гиперэндемичные, голоэндемичные и эндемичные болезни. Ментальная иммунизация и генноинжиниринговая коррекция прогнозируемых ментальных недугов завтра станут столь же привычной процедурой, как современная вакцинация от инфекционных заболеваний. Уже сегодня можно количественно и качественно измерять **ментальную вирулентность** инфицирующих реальность виртуальных симулякров и **сканировать ментальную рискометрию** общественного сознания. В этом отношении ментальная эпидемиология на новом синергетическом методологическом уровне развивает традиции **политической эпидемиологии**, занимающейся исследованием политических факторов, процессов и условий, влияющих на общественное здоровье [47].

Альберт Эйнштейн в письме Зигмунду Фрейду (Капут близ Потсдама, 30.06.1932) с грустью замечает, что «жажда ненависти и раздражения находится в самом человеке», и задает вопрос: «Возможно ли контролировать ментальную эволюцию рода чело-

веческого таким образом, чтобы сделать его устойчивым против психозов жестокости и разрушения?» В ответном письме З. Фрейд (Вена, сентябрь 1932) подтверждает «реальность инстинкта ненависти и уничтожения, заложенного в самом человеке, которым манипулируют подстрекатели войны». Признавая отсутствие эффективных технологий предупреждения агрессии и саморазрушения, он отмечает, что только «все то, что в той или иной форме сделано для развития культуры, работает против войны» [21].

За прошедшие почти 100 лет ментальный инжиниринг общественного и индивидуального сознания проделал гигантскую технологическую эволюцию, которая сегодня задается сингулярной динамикой ментальной вирусологии ужасающих эпидемий насилия и терроризма. Это потребовало поиска новых ресурсов мультидисциплинарной защиты, воплотившись в синергетической биопсихосоциодуховной методологии ментальной экологии и ментальной медицины, ментальной превентологии и ментального резильянса, развитии служб ментального здоровья и системного мониторинга ментального здоровья как интерфейса общественного сознания.

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 корректирующих, 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 резильянса 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. Андреев И. Л. Микробиологические аспекты психиатрии // Психическое здоровье. 2015. № 1. С. 72–81.
2. Брико Н. И., Зуева Л. П., Покровский В. И., Сергеев В. П., Шкарин В. В. Эпидемиология. Т. 2. М. : МИА, 2013. 832 с.
3. Бурикова И. С. Телевидение в социальной психотерапии: переход от усиливающей обратной связи к уравновешивающей // Психотерапия. 2014. № 12. С. 62–63.
4. Бурковская В. А. Актуальные проблемы борьбы с криминальным религиозным экстремизмом в современной России. М. : Институт правовых и сравнительных исследований, 2005. 211 с.
5. Воронков Б. В. Размышления о существовании и общественной значимости конформности и конформизма // Независимый психиатрический журнал. 2014. № 4. С. 58–61.
6. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. М. : Медицина, 1964. С. 164–168.
7. Гилинский Я. И. Современный терроризм: кто «виноват» и что делать? // Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора : сб. ст. / под ред. М. М. Решетникова. СПб., 2004. С. 20.
8. Дебор Г. Общество спектакля. М. : Логос, 2000. 184 с.
9. Елсуков А. Н. Стигматизация как средство омасовления информации // Социологические исследования. 2014. № 2. С. 3–10.
10. Катков А. Л. Деструктивные социальные эпидемии. СПб., 2013. 484 с.
11. Кравченко С. А. «Нормальная аномия»: контуры концепции // Социологические исследования. 2014. № 8. С. 3–10.
12. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. М. : Медицина, 1977. С. 157–162.
13. Луман Н. Самоописания // Эпистемология и философия науки. 2005. № 2. С. 118–135.
14. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура // Социологические исследования. 1992. № 2. С. 10–18.
15. Назаретян А. П. Психологические исследования духовно-нравственных проблем / под ред. А. Л. Журавлева, А. В. Юревича. М. : Изд-во «Институт психологии» РАН», 2011. 432 с.
16. Николаев Ю. А. Дистанционные информационные взаимодействия у бактерий // Биохимия. 2000. № 5.
17. Ортега-и-Гассет Х. Вокруг Галилея (схема кризисов) // Х. Ортега-и-Гассет. Избранные труды. М., 1997. 322 с.
18. Парсонс Т. О социальных системах. М. : Академический проект, 2002. 832 с.
19. Пригожин И. Р. От существующего к возникающему. Время и сложность в физических науках. М. : КомКнига, 2006. 328 с.
20. Пушкина М. А. Влияние СМИ на формирование патологий массового сознания // Психотерапия. 2014. № 12. С. 63.
21. Решетников М. М. Возможен ли контроль ментальной эволюции человека, чтобы сделать его устойчивым против психозов жестокости и разрушения? Переписка З. Фрейда с А. Эйнштейном // Психотерапия. 2014. № 7. С. 2–8.
22. Рисмен Д. Некоторые типы характера и общество // Социологические исследования. 1993. № 3.
23. Санина А. Г. Генезис идеи идентичности в социологии и смежных науках // Социологические исследования. 2014. № 12. С. 3–11.
24. Сас Т. Фабрика безумия. Екатеринбург : Ультра. Культура, 2008. 516 с.
25. Сергеев С. Ф. Психологические аспекты проблемы интерфейса в техногенном мире // Психологический журнал. 2014. Т. 35, № 5. С. 88–98.
26. Сидоров П. И., Давыдов А. Н., Медведева В. В. Истеродемонические истоки психических эпидемий // Психическое здоровье. 2014. № 4. С. 38–49.
27. Сидоров П. И. Механизмы социальных эпидемий и синергетика эффективного ответа // Психическое здоровье. 2014. № 5. С. 32–44.
28. Сидоров П. И. Синергетическая парадигма шизофрении // Психическое здоровье. 2014. № 8. С. 19–34.
29. Сидоров П. И. Синергетика службы ментального здоровья // Психическое здоровье. 2015. № 1. С. 14–27.
30. Тишков В. А. О феномене идентичности // Этнографическое обозрение. 1997. № 3. С. 46–55.
31. Токарский А. А. Меряченье и болезнь судорожных подергиваний. М., 1893. 181 с.
32. Тощенко Ж. Т. Антиномия — новая характеристика общественного сознания в России // Новые идеи в социологии. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2013. С. 339–358.
33. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М. : АСТ-ЛТД, 1998. 147 с.
34. Щиголов И. И. Психические эпидемии в России. Брянск : Изд-во БГУ, 2001. С. 3–13.
35. Эпидемиологический словарь / под ред. Джона М. Ласта. М., 2009. 316 с.
36. Эрикссон Э. Идентичность: юность и кризис. М. : Прогресс, 1996. 197 с.
37. Юнг К. Г. Отношения между Я и Бессознательным // К. Г. Юнг. Собр. соч. Психология бессознательного. М. : Канон, 1994. 213 с.
38. Bauman Z., Donskis L. Moral Blindness. The Loss of Sensitivity in Liquid modernity. Cambridge : Polity Press, 2013.
39. Beck U. Twenty Observations on a World in Turmoil. Cambridge : Polity Press, 2012.
40. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // Lancet. 2013. Vol. 381 (9875). P. 1371–1379.
41. Dawkins R. The Selfish Gene. Oxford University Press, 1976.
42. Dawkins R. Viruses of the Mind. In.: Dennet and His Critics: Demystifying Mind, ed. Bo Dalhbohm. Cambridge, Mass. : Blackwell, 1991.
43. Dirton E. S. et al. Herpesvirus latency confers symbiotic protection bacterial infection // Nature. May 2007. Vol. 447/17. P. 326.
44. Goff D. C. Перспективы лечения когнитивного дефицита и негативной симптоматики шизофрении // Всемирная психиатрия. 2013. Т. 12, № 2. С. 95–102.
45. Goffman E. Stigma : Notes on the Management Spoiled Identity. NY : Prentice-Hall, 1963.
46. Hillman B. G. et al. Behavioral analysis of NR2C Knockout mouse reveals deficit in acquisition of conditioned fear and working memory // Neurobiol Learn. Mem. 2011. N. 95. P. 404–414.
47. Porta M., Alvarez-Darbet C. Epidemiology:bridges over (and across) roading levels // J. Epidemiol. Community Health. 1998. N. 52. P. 605.

48. Sidorov P. 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.

49. Sidorov P. I. Mental terrorism of Hibrid Wars and Defense Synergetics // Handbook Surveillance Systems and National Security of the 21s Century: New Developments. NY : NOVA Science Publishers, 2015. P. 200–237.

50. Siegel D. J. *Brainstorm*. The Power and Perpose of the Teenage Brain. Tarcher, 2014.

51. Zhang Y. et al. Inhibition of NMDARs in the nucleus reticularis of the thalamus produces delta frejency bursting // Front Neural circuits. 2009. N. 3. P. 20.

References

1. Andreev I. L. Microbiological aspects of psychiatry. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2015, 1, pp. 72-81. [in Russian]

2. Briko N. I., Zueva L. P., Pokrovskii V. I., Sergiev V. P., Shkarin V. V. *Epidemiologiya* [Epidemiology]. Moscow, MIA Publ., 2013, vol. 2, 832 p.

3. Burikova I. S. Television in social psychotherapy: transfer from increasing back coupling to balancing one. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2014, 12, pp. 62-63. [in Russian]

4. Burkovskaya V. A. *Aktual'nye problemy bor'by s kriminal'nym religioznym ekstremizmom v sovremennoi Rossii* [Urgent problems of fight against criminal religious extremism in modern Russia]. Moscow, Institute of Law and Comparative Research, 2005, 211 p.

5. Voronkov B. V. Reflections about essence and public importance of conformity and conformism. *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal*. [Independent Psychiatric Journal]. 2014, 4, pp. 58-61. [in Russian]

6. Gannushkin P. B. *Klinika psikhopatii* [Clinical picture of psychopathies]. Moscow, Meditsina Publ., 1964, pp. 164-168.

7. Gilinskii Ya. I. Sovremenniy terrorizm: kto «vinovat» i chto delat'?. [Modern terrorism: who is “guilty” and what is to be done?]. In: *Psikhologiya i psikhopatologiya terrorizma. Gumanitarnye strategii antiterrora: sb. st.* [Psychology and psychopathology of terrorism. Humane strategies of anti-terror: Coll. of art.], ed. M. M. Reshetnikov. Saint Petersburg, 2004, p. 20.

8. Debor G. *Obshchestvo spektaklya* [Performance society]. Moscow, Logos Publ., 2000, 184 p.

9. Elsukov A. N. Stigmatization as means of making information mass-scale. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological studies]. 2014, 2, pp. 3-10. [in Russian]

10. Katkov A. L. *Destruktivnye sotsial'nye epidemii* [Destructive social epidemics]. Saint Petersburg, 2013, 484 p.

11. Kravchenko S. A. “Normal anomia”: concept contours. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological studies]. 2014, 8, pp. 3-10. [in Russian]

12. Lichko A. E. *Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov* [Psychopathies and accentuation of personality traits in adolescents]. Moscow, Meditsina Publ., 1977, pp. 157-162.

13. Luman N. Self-descriptions. *Epistemologiya i filosofiya nauki* [Science Epistemology and Philosophy]. 2005, 2, pp. 118-135. [in Russian]

14. Merton R. Social theory and social structure. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological studies]. 1992, 2, pp. 10-18. [in Russian]

15. Nazaretyan A. P. *Psikhologicheskie issledovaniya dukhovno-nravstvennykh problem* [Psychological studies of

spiritual-moral problems], eds. A. L. Zhuravlev, A.V. Yurevich. Moscow, 2011, 432 p.

16. Nikolaev Yu. A. Remote information interactions in bacteria. *Biokhimiya* [Biochemistry]. 2000, 5. [in Russian]

17. Ortega-i-Gasset Kh. Vokrug Galileya (skhema krizisov) [Around Galileo (crisis scheme)]. In: *Kh. Ortega-i-Gasset. Izbrannye trudy* [Selecta]. Moscow, 1997, 322 p.

18. Parsons T. *O sotsial'nykh sistemakh* [About social systems]. Moscow, 2002. 832 p.

19. Prigozhin I. R. *Ot sushchestvuyushchego k voznikayushchemu. Vremya i slozhnost' v fizicheskikh naukakh* [From present to arising. Time and complexity in physical sciences]. Moscow, 2006, 328 p.

20. Pushkina M. A. Media influence on formation of mass conscience pathologies. *Psikhoterapiya*. [Psychotherapy]. 2014, 12, p. 63. [in Russian]

21. Reshetnikov M. M. Is it possible to control human mentality evolution in order to make man resistant to psychoses of cruelty and destruction? Letters among S. Freud and A. Einstein. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2014, 7, pp. 2-8. [in Russian]

22. Rismen D. Some character types and society. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. [Sociological studies]. 1993, 3. [in Russian]

23. Sanina A. G. Genesis of identity idea in Sociology and allied sciences. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological studies]. 2014, 12, pp. 3-11. [in Russian]

24. Sas T. *Fabrika bezumiya* [Insanity factory]. Yekaterinburg, 2008, 516 p.

25. Sergeev S. F. Psychological aspects of interface problem in anthropogenic world. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2014, 35 (5), pp. 88-98. [in Russian]

26. Sidorov P. I., Davydov A. N., Medvedeva V. V. Hysteric demonic origin of mental epidemics. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 4, pp. 38-49. [in Russian]

27. Sidorov P. I. Mechanisms of social epidemics and synergetics of effective response. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 5, pp. 32-44. [in Russian]

28. Sidorov P. I. Schizophrenia synergetic paradigm. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 8, pp. 19-34. [in Russian]

29. Sidorov P. I. Synergetics of mental health service. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2015, 1, pp. 14-27. [in Russian]

30. Tishkov V. A. Identity phenomenon. *Etnograficheskoe obozrenie* [Ethnographic review]. 1997, 3, pp. 46-55. [in Russian]

31. Tokarskii A. A. *Meryachen'e i bolezni sudorozhnykh podergivaniy* [Arctic hystery and palmus disease]. Moscow, 1893, 181 p.

32. Toshchenko Zh. T. Antinomiya - novaya kharakteristika obshchestvennogo soznaniya v Rossii [Antinomy - new characteristic of public conscience in Russia]. In: *Novye idei v sotsiologii* [New ideas in Sociology]. Moscow, 2013, pp. 339-358.

33. Fromm E. *Anatomiya chelovecheskoi destruktivnosti* [Anatomy of human destructiveness]. Moscow, 1998, 147 p.

34. Shchigolev I. I. *Psikhicheskie epidemii v Rossii* [Mental epidemics in Russia]. Bryansk, 2001, pp. 3-13.

35. *Epidemiologicheskii slovar'* [Epidemiological Dictionary], ed. Dzhon M. Last. Moscow, 2009, 316 p.

36. Erikson E. *Identichnost': yunost' i krizis* [Identity: youth and crisis]. Moscow, Progress Publ., 1996, 197 p.

37. Yung K. G. Otnosheniya mezhdru Ya i Bessoznatel'nym [Relationships between I and unconscious]. In: *K.G. Yung.*

Sobr. Soch. Psikhologiya bessoznatel'nogo [Collected works Psychology of Unconscious]. Moscow, Kanon Publ., 1994, 213 p.

38. Bauman Z., Donskis L. *Moral Blindness. The Loss of Sensitivity in Liquid modernity*. Cambridge, Polity Press, 2013.

39. Beck U. *Twenty Observations on a World in Turmoil*. Cambridge. Polity Press, 2012.

40. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet*. 2013, 381 (9875), pp. 1371-9.

41. Dawkins R. *The Selfish Gene*. Oxford University Press, 1976.

42. Dawkins R. *Viruses of the Mind*. In.: *Dennet and His Critics: Demystifying Mind*, ed. Bo Dalhborn. Cambridge, Mass, Blackwell, 1991.

43. Dinton E. S. et al. Herpesvirus latency confers symbiotic protection bacterial infection. *Nature*. May 2007, 447 (17), p. 326.

44. Goff D. C. *Perspektivy lecheniya kognitivnogo defitsita i negativnoi simptomatiki shizofrenii. Vsemirnaya psikhatriya*. 2013, 12 (2), pp. 95-102.

45. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management Spoiled Identity*. NY, Prentice-Hall, 1963.

46. Hillman B. G. et al. Behavioral analysis of NR2C Knockout mouse reveals deficit in acquisition of conditioned fear and working memory. *Neurobiol Learn. Mem.* 2011, 95, pp. 404-14.

44. Porta M., Alvarez-Darbet C. Epidemiology:bridges over (and across) roading levels. *J. Epidemiol. Community Health*. 1998, 52, p. 605.

47. Sidorov P. 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.

48. Zhang Y. et al. Inhibition of NMDARs in the nucleus reticularis of the thalamus produces delta frejuency bursting *Front Neural circuits*. 2009, 3, p. 20.

49. Sidorov P. I. *Mental terrorism of Hibrid Wars and Defense Synergetics. Handbook Surveillance Systems and National Security of the 21s Century: New Developments*. NY, NOVA Science Pablishers, 2015, pp. 200-237.

50. Siegel D. J. *Brainstorm. The Power and Perpose of the Teenage Brain*. *Tarcher*, 2014.

51. Zhang Y. et al. Inhibition of NMDARs in the nucleus reticularis of the thalamus produces delta frejuency bursting. *Front Neural circuits*. 2009, 3, p. 20.

Контактная информация:

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