

УДК 316.6:616.89

МЕНТАЛЬНАЯ ЭКОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ

© 2014 г. П. И. Сидоров

Институт ментальной медицины Северного научного центра
Северо-Западного отделения РАМН,
Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Глобальный социально-экономический кризис проявился глобализацией уровней агрессии и аутоагрессии, разрушения и саморазрушения, воплощенных в различных формах и видах социальных эпидемий: терроризма и фанатизма, алкоголизма и наркомании, серийной преступности и проституции, и др.

Целью статьи является выделение факторов и механизмов развития социальных эпидемий, обоснование нового синергетического подхода и организации эффективного ответа в виде создания пилотной модели службы ментального здоровья и системного мониторинга ментального здоровья, позволяющих обеспечить новое качество медико-психосоциодуховной защиты ментального здоровья и лечения ментальных (в т. ч. социальных) недугов.

Основные понятия и распространенность социальных недугов

К *социальным недугам* традиционно относят зависимые расстройства, туберкулез, венерические заболевания, суициды, проституцию, серийную преступность, коррупцию и др. К *социальным эпидемиям* А. Л. Катков [3] предлагает относить следующие процессы:

- развитие у существенной части (до 12 %) населения адаптивных расстройств с признаками синдрома деморализации — зоны наиболее вероятных рисков формирования химической и деструктивной психологической зависимости;
- вовлечение населения в химическую (алкоголизм, наркомания, токсикомания) зависимость — до 7 % населения;
- вовлечение в деструктивную психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские организации, игромания, компьютерная зависимость) — до 12 % населения.

Наши данные [10] в целом подтверждают позицию А. Л. Каткова (табл. 1), но требуют учета коморбидности и ассоциированности расстройств у зависимой личности, способной многократно изменять модальность зависимости в течение жизни.

Задача терапии у такой личности состоит в замене модальности зависимости с деструктивной на конструктивную, с дезадаптивной на адаптивную, с асоциальной на просоциальную, с аутоагрессивной на самосохраняющую. Превентивная стратегия в отношении зависимой субпопуляции требует адекватной загрузки адаптивной психологической зависимости. Можно выделить генерализованные социальные эпидемии при которых с помощью массированных манипуляций общественным сознанием мобилизуется и рекрутируется существенная часть зависимой субпопуляции, создавая ситуацию «цветной революции».

Социальная эпидемия (греч. *epidemia* — повальная болезнь) — возникновение в коллективе или на территории случаев (вспышки)

В статье выделены факторы и тенденции изменения ментальной экологии современного мира, нарастания аномии и пермиссивности, деформации личностной и социальной идентичности, приводящие к расширенному и неконтролируемому воспроизводству социальных недугов и зависимых расстройств, создающих угрозу национальной безопасности в виде социальных эпидемий. Описана структура и фрактальная онтогенетическая динамика синдрома деморализации. Обоснован синергетический подход к организации эффективного ответа в виде создания пилотной модели системного мониторинга и службы ментального здоровья, позволяющей обеспечить новое качество медико-психосоциодуховной защиты ментального здоровья нации и лечения ментальных недугов.

Ключевые слова: социальные эпидемии, синдром деморализации, служба ментального здоровья, системный мониторинг ментального здоровья

Таблица 1

Распространенность социальных недугов

Социальные недуги	Официальная статистика	Экспертные оценки	Коморбидные расстройства
Алкоголизм	Около 1,7 % от общей численности населения	В 8–10 раз выше (до 15 % населения)	От 1/2 до 2/3 больных безработные
Наркомании	По данным Минздрава — 0,3 % населения; Госнаркоконтроля — 3 %; Минобрнауки — 4,5 %	Реальные показатели в 10–30 раз выше; до 12 % населения	От 17 до 73 % безработные. В 2006 г. 70 тыс. ВИЧ инфицированных в Санкт-Петербурге, в 2011 г. — 42 тыс.
Игромании	В развитых странах — 0,5–1,5 % населения; в России — 8 %	В Москве 300 тыс. человек (3 %), в Санкт-Петербурге около 50 тыс.	—
Табакокурение	60 % мужчин и свыше 21,7 % женщин	До 65 % населения	Ежегодно является причиной 1,2 млн смертей, или 14 % всех летальных случаев в странах Европы (ВОЗ)
Преступность	В 2011 г. в РФ выявлено 2 млн 404 тыс. преступлений, из них 215 тыс. связанных с незаконным оборотом наркотиков	В 3–4 раза выше официальной — 9–12 млн преступлений в год	В состоянии алкогольного опьянения совершаются: 1/3 ДТП; каждое 7-е преступление; 80–90 % убийств. Каждый 10-й на учете в ПНД; среди осужденных около 1/2 имеют психические отклонения
Проституция	Официальной статистики не существует; в стране от 500 тыс. до 1 млн человек, занимающихся проституцией; в Москве от 70 до 130 тыс. человек	В несколько раз выше (данные отсутствуют)	47–71 % злоупотребляют ПАВ; в Санкт-Петербурге 50 тыс. занимающихся проституцией ВИЧ-инфицированы; в Санкт-Петербурге 48 % ВИЧ-инфицированы, в Москве — 10 % и 50 % перенесли ИППП
ВИЧ-инфекция	669 518 россиян заражены ВИЧ, из них больны СПИДом 17 744 (2011)	В 5 раз больше (до 1 % населения); в Москве 1–1,5 млн человек ВИЧ-инфицированы	94 % употребляют наркотики; 43 % — безработные; 20 % наркоманов, привлеченных к уголовной ответственности, имеют ВИЧ
Туберкулез	В 2010 г. 109 904 новых больных	В несколько раз выше (данные отсутствуют)	60–78 % безработные, от 60 до 80 % имеют наркологические проблемы; 1/3 из мест лишения свободы
Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)	0,8 % населения	В несколько раз выше (данные отсутствуют)	У 70–90 % заражение сифилисом происходит в алкогольном опьянении

Примечание. ДТП — дорожно-транспортное происшествие; ПНД — психоневрологический диспансер; ПАВ — психоактивное вещество.

социальной болезни с частотой, существенно превышающей обычно ожидаемую. Представляется важным наполнить определение социальных эпидемий качественными динамическими характеристиками. **Социальные эпидемии** это генерализованное, расширенное и неконтролируемое воспроизводство социальных недугов. При этом генерализация проявляется в нарушении все более новых, более ответственных и более наказуемых норм. Так, пьянство является преимущественно аморальным явлением; в дальнейшем алкоголизм становится психиатрическим диагнозом, ограничивающим некоторые права пациента; алкогольные психозы с противоправным поведением подпадают под действие Уголовного кодекса. Расширенное воспроизводство проявляется в высокой латентности социальных недугов. Так, на учете в наркологическом диспансере в лучшем случае состоит 1 из 10 больных алкоголизмом и 1 из 30 больных наркоманией. Остальные продолжают уничтожать себя и втягивают в процесс новые поколения аддиктов, прежде всего молодежь. Неконтролируемость социальных эпидемий предопределяется реальным отсутствием межведомственного взаимодействия в превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной деятельности.

Этиопатогенез социальных эпидемий

Выделенные динамические характеристики социальных эпидемий можно обозначить как механизмы генерализации, расширенного воспроизводства, социальной толерантности (неконтролируемости).

Представляется возможным выделить следующие группировки оснований для классификации социальных эпидемий:

1. По типу нарушаемой нормы: права, МКБ, морали.
2. По территориальному масштабу: корпоративный, районный, муниципальный, областной, региональный, федеральный, международный.
3. По элементам внутренней структуры: субъект (адепт, игроман, больной наркоманией, алкоголизмом и др.), объект (фанатизм, терроризм и др.).
4. По целевой направленности поведения: корыстная ориентация, агрессивная, аутоагрессивная, социально-пассивная и др. [7].

Можно предложить следующую рабочую классификацию социальных эпидемий.

1. Социальные эпидемии зависимых расстройств

- а) химические зависимости: от алкоголя, наркотиков, табака и других ПАВ;

б) нехимические зависимости: гемблинг, экстремальная деятельность и др.;

в) викарные зависимости: религиозные неокульти и тоталитарные секты, экстремистские и террористические организации, фанатизм и др.;

г) электронные зависимости: интернет- и компьютерная, кино- и телевизионная, и др.;

д) зависимость от измененных форм пищевого поведения: булимия и анорексия, диетомания и манипулятивная нутрицевтика (пищевые добавки), и др.;

е) экспансивные формы сексуального самоутверждения.

2. Социальные эпидемии индуцированных расстройств

а) ранние истеродемонические расстройства: мэнэрик, эмиряченье, икота, шёва, лишинка, кила и др.;

б) современные индуцированные нервно-психические расстройства: психосоматические реакции и органичные невроты, соматоформные расстройства и др.

3. Эпидемии социальных недугов

а) инфекционных заболеваний: туберкулеза, ВИЧ-инфекции, ИППП и др.;

б) организованной серийной преступности: проституции, коррупции и др.

4. Генерализованные социальные эпидемии: геноцид, гражданские войны, «цветные революции», националистические погромы и резня, и др.

В предложенной классификации, пожалуй, только четвертая группа требует дополнительных комментариев. Социальные эпидемии становятся генерализованными, когда в них вовлекается большая часть зависимой субпопуляции и создается управляемый хаос. В истории масса примеров формально-легитимного геноцида правящей нации, пытающейся уничтожить потенциальных конкурентов. Новейшая генерация «цветных революций» показала стратегии и тактику, формы и техники разрушения традиционных национально-культурных и социально-экономических укладов стран и народов в интересах заказчика-манипулятора.

Негативными факторами ментальной экологии, в существенной мере предопределяющими распространённость социальных эпидемий, являются:

- галопирующий рост уплотнения информационной среды;
- нарастание некомпетентности и психологической неграмотности населения;
- глобализация агрессии и терроризма;
- поточная массовая культура и культурная дезориентация;
- нарастание дегуманизации и деэтизации общественного сознания;
- рост маргинальности и криминальной субкультуры;
- доступность и распространённость психотехнологий;
- рост отчуждения и психического насилия;

- психологическая неграмотность населения;
- истеродемонический ренессанс (экстрасенсы, маги, колдуны, парапсихологи);
- дефицит доступных институтов психопрофилактики.

Все эти мутагенные цивилизационные факторы запускают эпидемические механизмы расширенного воспроизводства социальных недугов и требуют разработки нового концептуально-методологического подхода к противостоянию социальным эпидемиям.

Эпохи общественных кризисов характеризуются развитием такого социального феномена, как **аномия** нравственно-психологического статуса общественного и индивидуального сознания, характеризующегося разложением прежней системы ценностей; обусловленного социальным кризисом; противоречиями между провозглашаемыми целями и невозможностью их реализации традиционными способами для большинства граждан страны; выражающегося изоляцией личности от общества и депрессивной разочарованностью в жизни. Аномия проявляется на трех направлениях, обозначающих потенции роста ментальных недугов:

— **межличностное** — усиление взаимного недоверия, враждебности, соперничества и агрессивности, реакций изоляции, расслоения общества на субкультуры — филиации, к числу которых относятся экстремистские организации и секты парарелигиозного толка;

— **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 [9].

Все обозначенные направления:

а) констатируют потенцию влияния аномии на формирование и развитие аддикций, частным случаем которых являются социальные эпидемии;

б) обозначают патогенетическую ситуацию, предопределяющую сегодня все более интенсивным возникновению, развитию и распространению различных социальных недугов;

в) констатируют то очевидное обстоятельство, что распространённость социальных эпидемий, тяжесть и масштабы их последствий различного направления превращают их в существенную угрозу для общественного здоровья и национальной безопасности государства.

Ситуация аномии способствует формированию и распространению **пермиссивности** — дестабилизации и отмены принятых в обществе запретов, являющихся структурирующими этическими элементами этого социума. В этих условиях индивидум может терять точку опоры, утрачивая систему ценностей и этических ориентиров, оказываясь без поддержки

некогда канонических устоев, структурировавших докризисный социум.

Джером Д. Франк [3] определил состояние деморализации как чувство несостоятельности, переживаемое в ситуации дистресса, описывая его как «этическую тень» тревожной депрессии:

- низкий уровень самооценки;
- чувство безнадежности и беспомощности;
- чувство страха, тревоги, уныния;
- психофизиологические симптомы, воспринимаемые как признаки нарушения физического здоровья.

Как моббинг (офисные войны) из феномена нарушенной моральной социализации стал психиатрическим синдромом, так и состояние деморализации становится синдромом деморализации.

Синдром деморализации — это нарушения формирования и развития нравственных чувств и облика, позиции и поведения.

В этом определении заложен онтогенетический подход: нарушения формирования первичных нравственных чувств предопределяются духовно-нравственной дефицитарностью семьи, в дальнейшем при нарушениях моральной социализации возникает дисгармония нравственного облика, которая далее проявляется утратой нравственной позиции, аккумулярованной в мотивационно-установочном комплексе личности, что создает вероятность аморального и противоправного поведения. В рамках анимогенеза, являющегося стержнем четырехмерного биопсихосоциодуховного развития, можно выделить следующие блоки синдрома деморализации:

1) нарушение формирования и развития духовно-нравственных чувств:

- задержка и дисгармония формирования основных нравственных чувств: совести и долга, веры и ответственности;
- нарушения духовного развития;
- искажение самооценки и непонимание смысла жизни;
- неготовность к полноценному индивидуально-ответственному поведению;
- неразвитость нравственного самосознания личности и совести;
- неразвитость чувства патриотизма и гражданской солидарности;
- моральная безответственность перед семьей и обществом, страной и будущими поколениями;

2) нарушение формирования и развития духовно-нравственного облика:

- задержка и дисгармония формирования основ нравственного облика: терпения и толерантности, милосердия и гуманизма, чести и достоинства, свободы и независимости;
- дефицитарность творческого потенциала в духовной и предметно-продуктивной деятельности;
- неготовность к социальной и профессиональной мобильности из-за низкой моральной мотивации;

- неспособность к непрерывному образованию «через всю жизнь»;

- истощаемость и несовершенство механизмов самосовершенствования и саморазвития;

- низкая толерантность и манипулятивность национального сознания, подверженность националистическим провокациям, взрывающим межэтнический мир и согласие;

3) нарушение формирования и развития духовно-нравственной позиции:

- задержка и дисгармония формирования основ нравственной позиции: способности различения добра и зла, преодоления жизненных трудностей и испытаний, проявления дружбы и любви;

- неспособность принять базовые национальные ценности, национальные обычаи и традиции;

- снижение способности выражать и отстаивать свою личную позицию;

- некритичность оценок собственных мотивов и установок, намерений и мыслей;

- утрата видения перспективы жизни, пессимистично-катастрофическое восприятие мира и капитуляция перед трудностями;

- неспособность осознать личностную ценность других людей, ценность человеческой жизни, ментального здоровья и духовной безопасности личности;

- неспособность к сознательному личностному, профессиональному и гражданскому самоопределению;

- девальвация веры в народ и страну из-за дефицита личной ответственности;

- неготовность солидарно противостоять внешним и внутренним вызовам;

- непонимание безусловной ценности семьи и ее нравственных устоев: любви и взаимопомощи, уважения к родителям, заботы о младших и продолжении рода;

- нарушение духовной, культурной и социальной преемственности поколений;

4) нарушение формирования и развития этики поведения и общения:

- задержка и искажение формирования морали как осознанной личностью необходимости определенного поведения, основанного на принятых в обществе представлениях о добре и зле, должном и недопустимом;

- истощение внутренней установки личности поступать согласно своей совести из-за сниженной моральной мотивации свободы и воли;

- неспособность формировать собственные моральные обязательства и осуществлять нравственный самоконтроль, давать нравственную самооценку своим и чужим поступкам, требовать от себя выполнения моральных норм и соблюдать этику делового общения;

- деформация и утрата личностной и социальной идентичности;

- несамостоятельность и безответственность поступков и действий;

- повышенная внушаемость и зависть, конформизм и уход от личного морального выбора;

- низкая целеустремленность и трудолюбие, производительность труда и настойчивость в достижении результата;
- девальвация правосознания и законопослушности.

Важной характеристикой синдрома деморализации является деформация идентичности. В современной литературе выделяются два вида идентичности: **личностная** и **социальная**. Под первой понимается самоопределение индивидуума в терминах его физических, интеллектуальных, нравственных черт. Под второй — «самоопределение в терминах отнесения себя к определенной социальной группе» [1] — знание о том, кто ты и каково твое место в социуме. 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» [6]. М. Элиаде говорил, 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» [14], «мистического соучастия» (по Л. Леви Брюлю). Если же структура социума разрушена или подвергается 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 [1].

Деструкция привычных взаимоотношений ведет

к тому, что субъект оказывается вне стабильной и знакомой социальной системы. Неопределенность формирует у него дискомфорт и психоэмоциональную напряженность. Радикальные изменения во всех сферах жизни реформируемого общества способствуют поддержанию психоэмоциональной напряженности у значительной части населения. Роль бессознательных психических феноменов — инстинктивного и определяющего поведенческие реакции — растёт, всё более депотенциализируя деятельность аналитического полушария мозга. При этом потенцируются 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, 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» [5].

Синергетика социальных эпидемий

Обобщенно и несколько условно можно следующим образом представить синергетическую концепцию социальных эпидемий зависимых расстройств (табл. 2). Для удобства восприятия модель приведена в плоскостной проекции, хотя она многомерна и нелинейна, неустойчива и незамкнута, траектории развития задаются и корректируются в точках бифуркации, приобретая спиралеобразность и многовариантность. На смену линейной нозоцентрической динамике с традиционными этапами и стадиями приходят нелинейная дискретность и фрактальность. Фрактальность — это проекция на широкое естественно-научное

Таблица 2

Фрактальная динамика социальных эпидемий зависимых расстройств

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиции: аддиктогенная семья	Латентный: аддиктогенные диатезы	Инициальный: функциональные расстройства	Развернутой клинической картины	Хронизации: формы и типы течения	Исхода: соматоневрологические осложнения
Соматогенез	Наследственная отягощенность	Нарушения нейрорепроцессов	Соматоформные дисфункции	Соматизированное расстройство	Коморбидное психосоматическое заболевание	Соматоневрологические осложнения
Психогенез	Психическая отягощенность	Психопатизация личности с истерическим радикалом	Зависимая личность вне личностного расстройства	Зависимое расстройство личности	Невротическое и/или психопатическое развитие личности	Психический дефект
Социогенез	Нарушения структуры и функции семьи	Нарушения социализации личности	Непатологическое зависимое поведение	Патологическое зависимое поведение	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация
Анимогенез	Духовно-нравственная дефицитность семьи	Нарушение формирования нравственных чувств	Дисгармония нравственного облика	Утрата нравственной позиции	Аморальное поведение	Противоправное поведение

Ментальная превентология

Клиническая психиатрия

Ментальная медицина

поле квантовых представлений. Фрактал — интервал развития диссипативной системы со своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве [13]. На иллюстрации приведен только прогрессивный вариант развития эпидемической аддикции в четырех многомерных взаимозависимых плоскостях: социогенеза, психогенеза, соматогенеза и анимогенеза. Эпидемичность расстройства и его индивидуальная траектория развития определяются уникальным сочетанием разнообразных биопсихосоциодуховных факторов, эффективностью защитно-компенсаторных и адаптационных механизмов, предопределяющих качество ремиссии, риск рецидивов и осложнений.

Социогенез в определенной мере предопределяется нарушением структуры и функции родительской семьи, нарушением созревания и социализации личности в дисгармоничной миллисоциальной среде. Такая личность не имеет психосоциальных ресурсов для продуктивной самореализации в учебной и трудовой деятельности, коммуникативной среде и семейных отношениях. Во многом именно поэтому по компенсаторным механизмам развивается непатологическое зависимое поведение, характеризующееся навязчивыми фантазиями, реализуемыми в навязчиво-компульсивных действиях по отношению к животным, подчиненностью собственным интересам парафилии, длительной фиксацией внимания и снижением способности контролировать погружения в зависимость, несамостоятельностью и пассивностью в выборе стратегий поведения. Патологическое зависимое поведение отличается наличием эпизодов измененных состояний сознания при реализации психической и физической зависимости, непреодолимостью и компульсивностью зависимости, стереотипизацией криминального стиля жизни, синдромом отмены. В исходе — тотальная социальная дезадаптация.

Траектория эпидемического развития может измениться в точках бифуркации при мобилизации ресурсов адаптации, компенсации или защиты. В этом случае может меняться объект или стиль реализации зависимости. Ремиссия в синергетическом контексте означает переключение зависимой личности на иную модальность и поведенческую траекторию при сохранении зависимого паттерна.

Психогенез в существенной мере предопределен преморбидной психопатологической отягощенностью, отличающейся эмоциональной и коммуникативной дефектностью, которые в дальнейшем проявляются аддиктивным радикалом психопатизации и деформации личности. Такая личность, сталкиваясь даже с банальными жизненными трудностями, может давать разнообразные социально-стрессовые расстройства, которые запускают процесс формирования первичного зависимого паттерна. У зависимой личности вне личностного расстройства появляются яркие реалистические реминисценции и фантазии на

фоне инфантильности и внушаемости, простодушия, чувственной непосредственности, любопытства или высокой поисковой активности, максимализма и эгоцентризма, впечатлительности и нетерпеливости, склонности к риску и вызову опасности. Зависимые личностные расстройства характеризуются оскудением нормативной социальности, деформированием личности и эмоциональным выгоранием, неспособностью самостоятельно принимать решения за пределами криминального стиля жизни, сочетанием шизоидных черт личности с плохой переносимостью одиночества, что поддерживает развитие тревожной депрессии и толкает к совершению деликта, дающего временную психоэмоциональную разрядку.

К зависимым личностным расстройствам в МКБ-10 относят: неспособность принимать решения без советов других людей; готовность позволять другим принимать важные для него решения; готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они не правы; затруднение начать какое-то дело самостоятельно; готовность добровольно идти на выполнение униженных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих; плохую переносимость одиночества — готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать; ощущение опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь; охваченность страхом быть отвергнутым; легкую ранимость, податливость малейшей критике или неодобрению со стороны.

В исходе можно ожидать психический дефект, существенно различающийся при различных формах зависимости: от синдрома эмоционального выгорания при работоголизме до психоорганического синдрома при химических зависимостях.

Соматогенез относится к наименее разработанным аспектам этой проблемы. Важную роль играет неспецифическая наследственная отягощенность, неблагоприятные интра- и перинатальные воздействия. Ответом на разнообразные вызовы и трудности могут быть различные нормативные психосоматические реакции, которые в дальнейшем переходят в функциональные психосоматические расстройства (органные неврозы) и соматоформные расстройства, клинически описывающие индивидуальные особенности формирующегося «синдрома отмены». Тяжесть возможных коморбидных психосоматических заболеваний предопределяется длительностью «синдрома отмены», неспособностью деформированной личности добиваться психической разрядки в рамках адаптивного поведения. Иллюзию снятия напряжения дают только деликт и зависимое поведение. При всех формах зависимого поведения отсутствует параллелизм в выраженности психических, неврологических и соматовегетативных расстройств. Если химические зависимости дают в соматогенезе эволюцию расстройств, существенно связанных с токсическим агентом, то нехимические зависимости в качестве компенсаторного варианта

развития имеют коморбидные психосоматические заболевания. Это можно назвать механизмом соматизации зависимости. В исходе можно ожидать соматоневрологические осложнения. Понятие коморбидности базируется не столько на традиционном представлении о сочетаемости патологии, сколько на этиопатогенетическом единстве большинства форм зависимого поведения [4]. В наиболее прогрессивном варианте происходит смена фракталов: predisposition — измененная биопсихосоциодуховная «почва», latent — воспоминания — навязчивые реминисценции; initial — обсессивные фантазии — обсессивно-компульсивные действия (продром развернутой клинической картины); развернутая клиническая картина — поведение с признаками зависимости; chronicization — формы и типы течения; исходный — обратный патокнез.

Признаки зависимости могут обуславливать опасные агрессивные действия в рамках само- и взаимостимуляции при социальных эпидемиях и проявляться в следующих синдромах:

1) синдром измененной реактивности представлен учащением деликтов, ростом толерантности, оскудением внеэпизодной нормативной социальности;

2) синдром психической зависимости проявляется обсессивным влечением, состоянием психического комфорта в девиантной ситуации, изменением формы переживания деликта;

3) синдром физической зависимости представлен компульсивным влечением, состоянием физического комфорта в девиантной ситуации, изменением формы проявления деликта, «синдромом отмены».

Синдромы психической и физической зависимости детерминируют многоэпизодность и принудительность эпидемической генерализации зависимого поведения, произвольность его возникновения, трудность преодоления аномального влечения в начавшемся эпизоде, влияют на степени свободы при выборе поведенческого паттерна и тем самым выступают психопатологической основой возможных опасных действий [2].

Рост толерантности выступает психопатологической основой нарастания степени агрессивности и аутоагрессии, тяжести повторно совершаемых опасных действий.

Внеэпизодная динамика эпидемических форм зависимого поведения проявляется нарастающим эмоциональным выгоранием и деформацией личности, развитием коморбидных психосоматических расстройств.

Анимогенез (онтогенетическое духовно-нравственное развитие личности, лат. *animo* — душа, *animus* — дух) начинается во фрактале predisposition — аддиктогенной семьи, отличающейся духовно-нравственной дефицитарностью и высокой вероятностью зависимых расстройств у родителей и ближайших родственников. Это проявляется в «аддиктогенной сенсбилизации» внутреннего мира ребенка. Такая семья аномична по своей природе и с

высокой вероятностью изначально маргинализирует подрастающее поколение, не оставляя шансов для полноценного формирования нравственных чувств и нравственного облика, предопределяя нарушения в подростковом возрасте моральной социализации и деформируя развитие личности.

Уличная компания часто становится полигоном «тренингового закрепления» деформированного нравственного облика, с рудиментарными или несформированными социальными установками и представлениями о гуманизме, милосердии и толерантности. Это закладывает основы будущего развития синдрома деморализации.

Эпидемическое развитие аддикции приводит к деформации и деструкции нравственной позиции личности, дегуманизации и деэтизации сознания, утрате способности различения дефиниций добра и зла, проявлений дружбы и любви, готовности к преодолению жизненных испытаний. Все это аккумулируется в развитии синдрома деморализации.

По мере эпидемического развития зависимости девальвируются и разрушаются сами основы нравственного поведения и этики, предопределяя аморальное и противоправное поведение.

Синергетический подход позволяет обрести единую методологию для анализа всех эпидемических форм зависимых расстройств — от алкоголизма и наркотизма до фанатизма и терроризма, корреспондируясь с приоритетными направлениями развития ментальной медицины.

Медико-психосоциодуховная помощь при социальных эпидемиях

Синергетический подход предполагает существенный пересмотр профилактических и лечебно-реабилитационных стратегий помощи зависимым личностям, изменения идеологии и методологии традиционного наркологического сервиса. Зависимая личность требует непрерывной и интерактивной санации и коррекции, которые могут изменить лишь вектор и модальность зависимости. Традиционные подходы к рассмотрению эффективности терапии по продолжительности ремиссии нуждаются в дополнении оценкой коморбидных психосоматических заболеваний. Самосохраняющий стиль жизни и ее достойное качество становятся главным реабилитационным приоритетом. Биопсихосоциодуховная синергетическая модель зависимого поведения требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации психопрофилактики и коррекции. Субъектом профилактической деятельности может стать новый класс специалистов-превентологов, профессионально занимающихся самосохраняющим поведением.

Вопросы медико-психосоциодуховной помощи при эпидемических зависимых расстройствах подробно рассмотрены в двух изданиях «Наркологической превентологии» [9], поэтому здесь остановимся только на ряде принципиальных вопросов.

На основе синергетической концепции развития

Таблица 3

Программа медико-психосоциодуховной помощи при социальных эпидемиях

Блок	Ф р а к т а л					
	Предиспозиции	Латентный	Инициальный	Развернутой клинической картины	Хронизации	Исхода
Медицинский	Выявление лиц с наследственной предрасположенностью, включение их в группу риска, раннее профилактическое обследование	Выявление лиц с органическими неврозами	Диагностика соматоформных дисфункций; медикаментозные и немедикаментозные воздействия	Выявление коморбидных психических заболеваний, назначение медикаментозной терапии, профилактика осложнений	Адекватная медикаментозная терапия психической стигматизации и психосоматических заболеваний	Лечение соматоневрологических осложнений
Психологический	Выявление лиц с психологической отягощенностью и проведение с ними профилактических мероприятий	Санация психопатологии личности	Выявление зависимой личности вне личностного расстройства и коррекция нарушений	Коррекция стойких личностных нарушений, психотерапия	Психотерапия и психофармакотерапия зависимого расстройства личности	Психологическая реабилитация при психическом дефекте
Социальный	Выявление и коррекция нарушений структуры и функций семьи	Коррекция нарушений социализации личности	Коррекция непатологического зависимого поведения	Комплексное лечение патологического зависимого поведения	Коррекция социальной декомпенсации	Социальная реабилитация
Духовно-нравственный	Скрининг и коррекция «морального климата» семьи	Коррекция формирования и развития нравственных чувств	Коррекция формирования и развития нравственного облика	Реконструкция нравственной позиции	Реконструкция нравственного поведения	Духовно-нравственная реабилитация

социальных эпидемий зависимых расстройств разработана программа превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи, представляющая собой единый мультидисциплинарный протокол, реализуемый бригадой специалистов. Данная программа включает четыре блока: медицинский, психологический, духовно-нравственный и социальный (табл. 3).

Медицинский блок в рамках соматогенеза включает оказание помощи специалистами психиатрами, наркологами, врачами 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 анимогенеза реализуется с участием консультантов и экспертов по этике, клинических психологов и врачей общей практики, знающих особенности морального климата семьи пациента. Используются психотерапевтические, образовательные и тренинговые методики, техники личностного роста и коучинг, купирующие синдромы деморализации и деструктивного профессиогенеза. При конфликтных ситуациях проводится медиация на базе этических комитетов. Пациенты и клиенты привлекаются к развивающим программам общественных организаций, закрепляющих адаптивные стратегии в этике делового общения. Эти же задачи выполняет вовлечение пациентов в волонтерские и социальные

движения парaproфессионалов, востребованных в реабилитационных программах помощи зависимым. Воцерковленным пациентам могут эффективно помогать духовные наставники из официальных конфессий.

Первичные профилактические мероприятия должны проводиться еще во фрактале предиспозиции, где они могут быть направлены на выявление наследственной и психологической предрасположенности, а также социально-психологическую и духовно-нравственную гармонизацию семейных отношений.

В латентном фрактале мероприятия направлены на выявление лиц, склонных к развитию органических неврозов, на коррекцию моральной социализации личности, психопатичных личностных черт.

В инициальном фрактале при возникновении непатологического зависимого поведения предполагаются медикаментозные и психотерапевтические воздействия, препятствующие развитию зависимого поведения и коррекции нравственного облика. Во фрактале развернутой клинической картины требуется ранняя квалифицированная наркологическая и психотерапевтическая, психологическая и социальная, духовно-нравственная помощь. На этапе хронизации проводится адекватная медикаментозная терапия, психотерапевтическое лечение зависимого расстройства, социально-психологическая и духовно-нравственная коррекция синдрома деморализации.

При возникновении психического дефекта и социальной дезадаптации необходима психологическая и социальная, медицинская и духовно-нравственная реабилитация, которая может быть организована на мультидисциплинарной основе службой ментального здоровья.

Служба ментального здоровья

Для реализации мультидисциплинарной стратегии противостояния социальным эпидемиям необходима организация службы ментального здоровья (СМЗ).

Служба ментального здоровья — синергетический биопсихосоциодуховный Ψ -кластер общества и государства, обеспечивающий превентивно-коррекционную защиту ментального здоровья и лечебно-реабилитационную помощь при ментальных недугах.

Пилотная модель организации и мультидисциплинарной деятельности СМЗ создана в Северном государственном медицинском университете (СГМУ) в 2000 году. Служба реализует задачи ментальной медицины [2] на программно-целевом уровне, мобилизуя ресурсы федерального и регионального, областного и муниципального уровней, частные и корпоративные, государственно-частного и общественно-государственного партнерства.

Направления деятельности СМЗ представлены на рис. 1. Если медицинское, психологическое и социальное направления давно сложились, то этическое требует радикальной редакции мандата **этических комитетов**, которые должны взять на себя моральную миссию некогда избыточно идеологизированных парткомов советской эпохи.

Стратегии и целевые показатели СМЗ представлены на рис. 2.

В СГМУ служба ментального здоровья включает: поликлинику для преподавателей и студентов, психотерапевтическую и наркологическую клиники, психологическую и социологическую службы, этический комитет, отделы охраны труда, воспитательной и социальной работы, центры тренинга и бизнес-технологий, консалтинга и рекрутмента, волонтерские студенческие отряды, клубы (интернациональной

дружбы, литературный, дискуссионный киноclub), советы студенческого самоуправления и советы ветеранов. Помощь всем студентам, сотрудникам и членам их семей оказывается бесплатно.

Координирует деятельность СМЗ **Институт ментальной медицины**, созданный в 2009 году и объединивший кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии, неврологии и нейропсихологии, педагогики и психологии, а также факультет клинической психологии и социальной работы, студенты которого проходят волонтерскую практику, оказывая помощь в том числе ветеранам вуза.

В 2011 году в СГМУ создан **Общественный факультет ментального здоровья**, имеющий 5 отделений: духовного образования, православной медицины, демографической политики, защиты общественного здоровья и противостояния социальным недугам, православной психологии и психотерапии. Факультет аккумулировал мультидисциплинарные подходы к духовно-нравственному воспитанию в рамках общественно-государственного и государственно-частного партнерства с Архангельской митрополией и бизнес-сообществом.

Корпоративная служба ментального здоровья эффективно реализовала программу медико-психосоциодуховного обеспечения адаптивного профессионализма студентов и сотрудников. По существу, программа является **мультидисциплинарным протоколом бригадной работы**, обнаруживающей синергетический эффект за счет совместных усилий.

Однако только корпоративного уровня защиты ментального здоровья явно недостаточно. Требуется системный и многоуровневый подход.

На **макросоциальном** уровне проводятся общественно-государственные мероприятия. Существуют данные о



Рис. 1. Направления деятельности службы ментального здоровья

БИОЛОГИЧЕСКИЕ	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ	СОЦИАЛЬНЫЕ	ЭТИЧЕСКИЕ
• Хорошее состояние здоровья • Здоровый образ жизни • Отсутствие профессиональных вредностей • Регулярные физические нагрузки • Соблюдение режима труда и отдыха	• Гармоничная личность • Умеренная тревожность • Адекватная самооценка • Высокая стрессоустойчивость • Конструктивная направленность личности • Высокая коммуникабельность и умение разрешать конфликтные ситуации	• Достойный уровень заработной платы • Удовлетворенность материально-бытовыми условиями труда • Удовлетворенность взаимоотношениями в коллективе • Наличие адаптивной семьи и детей • Возможность постоянного повышения профессионального уровня	• Формирование нравственных чувств и облика, позиции и поведения • Сдерживание «алкогольной экспансии» • Этика самосохраняющего поведения • Этика социальных коммуникаций • Конфликт и медиация, этикет и имидж

Рис. 2. Стратегии и целевые показатели службы ментального здоровья

том, что повышение заработной платы сотрудникам способствует снижению частоты развития деструктивного профессиогенеза. Так, у медработников частных клиник существенно реже наблюдаются признаки невротических расстройств.

Мероприятия на **мезосоциальном** уровне (трудового коллектива) заключаются в улучшении социально-психологического климата и условий трудовой деятельности. На уровне трудового коллектива профилактикой зависимых расстройств наряду с руководством должен заниматься психолог или психотерапевт службы ментального здоровья.

На **миллисоциальном** уровне объектом профилактики является семья сотрудника. В случае необходимости психолог может проводить коррекцию семейных отношений и семейную психотерапию. Психолог также должен осуществлять профилактику деструктивного профессиогенеза на **микросоциальном личностном** уровне. В связи с этим представляется необходимым включение в штат медучреждения психолога или психотерапевта, оказывающего помощь не только больным, но и сотрудникам учреждений.

К основным направлениям психолого-психотерапевтической работы службы ментального здоровья по профилактике эндемичных зависимых расстройств (ЗР) относятся: проведение лекций по информированию о ЗР и принципах его профилактики; диагностика ЗР и выявление факторов риска; обучение сотрудников приемам саморегуляции; обучение приемам самопомощи; психологическая помощь в стрессовых ситуациях; помощь в разрешении конфликтных ситуаций; проведение тренингов (коммуникативный, уверенности в себе, принятия решений); коррекция профессиональных коммуникативных навыков; психологическая коррекция личностных установок; обучение технологии общения с проблемными больными; терапия творческим самовыражением; проведение балинтовских групп, групп поддержки, Т-групп;

применение техник, направленных на укрепление личного счастья и др.

На базе социологической и психологической служб СГМУ внедрен **системный мониторинг ментального здоровья** (СММЗ), позволяющий прогнозировать и предупреждать угрозы общественному сознанию коллектива [12]. СММЗ — это мультидисциплинарный комплексный мониторинг, направленный на установление причинно-следственных связей в системе «окружающая среда — общество — трудовой (студенческий) коллектив — личность». Мониторинг направлен на диагностическую оценку и прогноз качества ментального здоровья коллектива и факторов, его обуславливающих. Задачами системного мониторинга ментального здоровья являются:

- оценка эффективности служб ментального здоровья;
- получение реальных показателей качества ментального здоровья и распространенности ментальных недугов;
- создание единой базы данных и регистров социально значимых ментальных расстройств;
- разработка многоуровневых междисциплинарных программ ментальной превентологии;
- повышение экономической эффективности и социальной устойчивости общества (предприятия, коллектива и др.);
- гуманизация ментального дизайна общественного сознания в экстремальных и чрезвычайных ситуациях;
- прогнозирование и коррекция мутагенных факторов общественного сознания и социальных эпидемий.

Системный мониторинг ментального здоровья объединяет в рамках единой синергетической методологии профильные корпоративные информационные базы, давая объективную картину и динамику социально значимых и эндемичных ментальных и поведенческих процессов (рис. 3).

В существенной мере благодаря СММЗ и СМЗ СГМУ смог развернуть беспрецедентную для медвузов страны подготовку специалистов по 18 программам

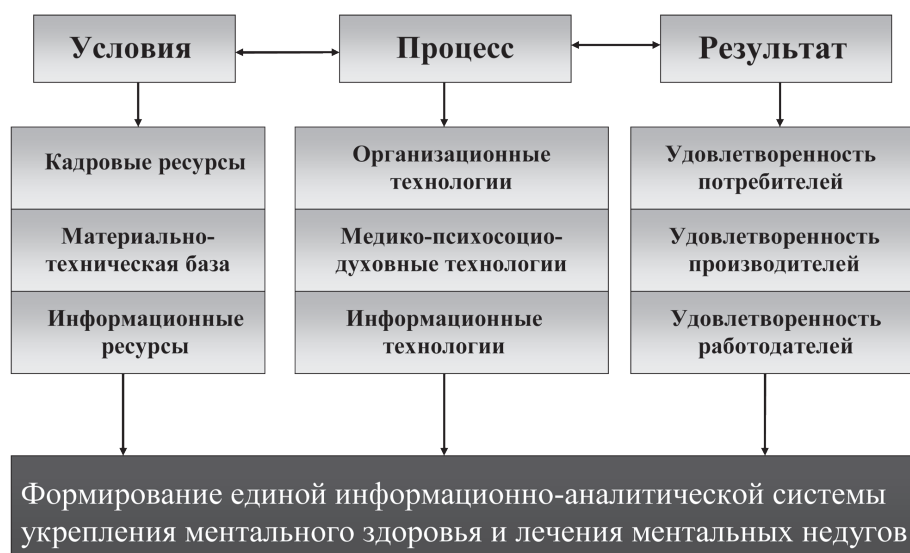


Рис. 3. Объекты системного мониторинга ментального здоровья

высшего образования, 3 международным мастерским программам и 1 PhD-программе, реализовав задачу кадрового обеспечения мультидисциплинарной защиты общественного и ментального здоровья северян.

Служба ментального здоровья обеспечивает раннюю профилактику эндемичных зависимых расстройств и понижает толерантность к социальным недугам за счет:

- высокой социальной и профессиональной активности студентов и сотрудников;
- непрерывности и разнообразия воспитательных и образовательных программ;
- активного межкультурного обмена и изучения иностранных языков;
- стимулирования доступа к разнообразным источникам информации и открытости внутренней политики вуза;
- поддержки многогранного развития личности;
- разнообразия видов и форм деятельности;
- стимулирования профессионального карьерного роста и «социальных лифтов»;
- видения многовариантных перспектив развития личности;
- обеспечения удовлетворяющего качества жизни.

Все превентивно-коррекционные и лечебно-реабилитационные маршруты биопсихосоциодуховных программ службы ментального здоровья проникнуты идеологией коррекции и смены пессимистично-катастрофической парадигмы восприятия мира на ресурсно-созидательную жизненную стратегию, предопределяющую адаптивный профессиогенез и устойчивое развитие, превенцию эндемичных зависимых расстройств и духовный иммунитет к социальным эпидемиям.

Список литературы

1. Бурковская В. А. Актуальные проблемы борьбы с криминальным религиозным экстремизмом в современной России. М. : Институт правовых и сравнительных исследований, 2005. С. 211, 214.

2. Бухановский А. О., Бухановская О. А., Шостакович Б. В. Психические расстройства у серийных сексуальных преступников. Ростов-на-Дону : Феникс, 2003. 72 с.

3. Катков А. Л. Деструктивные социальные эпидемии. СПб., 2013. 484 с.

4. Менделевич В. Д., Зобин М. Л. Аддиктивное влечение. М. : МЕДпресс-информ, 2012. 264 с.

5. Ортегга-и-Гассет Х. Вокруг Галилея (схема кризисов) // Ортегга-и-Гассет Х. Избранные труды. М., 1997. С. 322.

6. Сас. Т. Фабрика безумия. Екатеринбург : Ультра. Культура, 2007. 120 с.

7. Сидоров П. И., Ганжин В. Т. Общественное здоровье и социальные недуги. Архангельск, 1996. 320 с.

8. Сидоров П. И. Синергетика зависимых расстройств // Наркология. 2006. № 10. С. 30–35.

9. Сидоров П. И. Наркологическая превентология. 2-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2006. 820 с.

10. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина: методология и практика // LAP Lambert Academic Publishing, 2012. 692 с.

11. Сидоров П. И. Психотерапевтическая парадигма ментальной экологии и медицины // Психотерапия. 2013. № 7, вып. 1. С. 15–25.

12. Стародубов В. И., Сидоров П. И., Васильева Е. Ю. Системный мониторинг образовательной среды. М. : ГЕОТАР-Медиа, 2013. 300 с.

13. Чернобровкина Т. В., Керпюгольц Б. М. Философские проблемы биологии и медицины: синергетика в аддиктологии // Аддиктология. 2005. № 1. С. 14–20.

14. Юнг К. Г. Отношения между Я и Бессознательным // К. Г. Юнг. Собрание сочинений. Психология бессознательного. М. : Канон, 1994. 213 с.

References

1. Burkovskaya V. A. *Aktual'nye problemy bor'by s kriminal'nym religioznym ekstremizmom v sovremennoy Rossii* [Urgent problems of fight against criminal religious extremism in modern Russia]. Moscow, 2005, pp. 211, 214. [in Russian]

2. Bukhanovskiy A. O., Bukhanovskaya O. A., Shostakovich B. V. *Psikhicheskie rasstroystva u seriynykh seksual'nykh prestupnikov* [Mental disorders of serial sex offenders]. Rostov-on-Don, 2003, 72 p. [in Russian]

3. Katkov A. L. *Destrukivnye sotsial'nye epidemii* [Destructive Social Epidemics]. Saint Petersburg, 2013, 484 p. [in Russian]
4. Mendelevich V. D., Zobin M. L. *Addiktivnoe vlechenie* [Addictive Inclination]. Moscow, 2012, 264 p. [in Russian]
5. Ortegga-i-Gasset Kh. *Vokrug Galileya (skhema krizisov)*. *Izbrannye trudy* [Around Galileo (Crisis Scheme). Selectas]. Moscow, 1997, p. 322. [in Russian]
6. Sas. T. *Fabrika bezumiya* [Insanity Factory]. Yekaterinburg, 2007, 120 p. [in Russian]
7. Sidorov P. I., Ganzhin V. T. *Obshchestvennoe zdorov'e i sotsial'nye nedugi* [Public Health and Social Illnesses]. Arkhangelsk, 1996, 320 p. [in Russian]
8. Sidorov P. I. Sinergetika zavisimyykh rasstroystv [Synergetics of Dependent Disorders]. *Narkologiya* [Narcology]. 2006, 10, pp. 30-35. [in Russian]
9. Sidorov P. I. *Narkologicheskaya preventologiya* [Narcological Preventology]. Moscow, 2006, 820 p. [in Russian]
10. Sidorov P. I., Novikova I. A. *Mental'naya meditsina: metodologiya i praktika* [Mental Medicine: Methodology and Practice]. LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012, 693 p. [in Russian]
11. Sidorov P. I. Psikhoterapevticheskaya paradigma mental'noi ekologii i meditsiny [Psychotherapeutic Paradigm of Mental Ecology and Medicine]. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2013, 7 (1), pp. 15-25. [in Russian]
12. Starodubov V. I., Sidorov P. I., Vasilyeva E. Yu. *Sistemnyi monitoring obrazovatel'noi sredy* [System Monitoring of Educational Environment]. Moscow, 2013, 300 p. [in Russian]
13. Chernobrovkina T. V., Kerpongolts B. M. Filosofskie problemy biologii i meditsiny: sinergetika v addiktologii [Philosophical Problems of Biology and Medicine: Synergetics in Addictology]. *Addiktologiya* [Addictology]. 2005, 1, pp. 14-20. [in Russian]

14. Yung K. G. *Sobranie sochinenii. Psikhologiya bessoznatel'nogo* [Collected Works. Depth Psychology]. Moscow, 1994, p. 213. [in Russian]

MENTAL ECOLOGY OF SOCIAL EPIDEMIES

P. I. Sidorov

*Institute of Mental Medicine Northern Scientific Center
North-West Branch RAMS,
Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia*

In the article, there have been separated factors and tendencies of changes of mental ecology in the modern world, augmentation of anomia and permissiveness, deformation of personality and social identity leading to wider and uncontrolled reproduction of social troubles and dependent disorders creating a threat to national security in the form of social epidemics. There have been described the structure and fractal ontogenetic dynamics of the demoralization syndrome. There has been grounded the synergetic approach to organization of an effective response in the form of development of a pilot model of systemic monitoring and a mental health service allowing to provide new quality of medico-psycho-socio-spiritual defense of the nation's mental health and treatment of mental illnesses.

Keywords: social epidemics, demoralization syndrome, mental health service, systemic monitoring of mental health

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович — академик РАМН, директор Института ментальной медицины Северного научного центра Северо-Западного отделения РАМН

Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
E-mail: pavelsidorov13@gmail.com