

П.И. Сидоров

**МЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА:
АДАПТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
СОЗНАНИЕМ И ЗДОРОВЬЕМ**

РУКОВОДСТВО

4-е издание, переработанное и дополненное



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Раздел II. МЕНТАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Глава 7. СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ МЕНТАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Психосоматическими называют заболевания, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов. Традиционно к ним относят: ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертонию, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродермит и другие. По данным ВОЗ, до 40 % всех амбулаторных пациентов являются психосоматическими больными. По большому счету при любом заболевании можно выделить психосоматическую составляющую и обнаружить во внутренней картине болезни отражение психотравмирующего фактора. Галопирующий рост ментальных эпидемий психосоматозов в современном сингулярно-стрессовом мире требует нового мультидисциплинарного подхода к защите общественного сознания и здоровья.

Именно поэтому актуальной задачей является концептуально-методологическая разработка синергетической биопсихосоциодуховной парадигмы ментальных эпидемий психосоматозов и обоснование системных блочно-модульных программ защиты.

7.1. Этиопатогенез психосоматозов

В своем развитии психосоматическая медицина прошла ряд этапов, на каждом из которых доминировала та или иная теоретическая концепция. Становление психосоматики происходило от создания однолинейной жесткой модели до существующих в настоящее время многофакторных моделей.

В истории психосоматической медицины известно более 300 различных концепций. Среди них можно выделить **психоаналитические концепции**, опирающиеся на теорию С. Фрейда (конверсионная модель приписывает телесным нарушениям функцию символического выражения подавленных интрапсихических конфликтов); **характерологически-ориентированные**, ставящие своей задачей

объяснение природы возникновения психосоматических заболеваний через характерологические, личностные особенности; **психофизиологические** – основанные на систематических психофизиологических проверках, объясняющих специфичность болезней; **лично-ориентированные**, связанные с развитием личности человека и в первую очередь с защитными механизмами, зрелостью, регрессией личности, взаимодействием личности с внутренними факторами; **гомеостатические** – исходящие из развиваемого в последние годы гомеостатического подхода в психологии, объединяющего теоретические построения self-психологии, теории психологии развития, психологии объектных отношений, физиологии, среди которых можно выделить теории патологии раннего развития и теории объектных отношений, согласно которым функционирование человеческой психики можно понять с точки зрения межличностных связей – как их развития, так и возможных нарушений; **нейрогуморальные теории**, исходящие из того, что психосоматическая патология является проявлением общего неспецифического адаптационного синдрома, и объясняющие болезни нарушениями внутренней среды организма; **физиологические** – кортико-висцеральная теория и др. (Бройтигам, 1999; Александер, 2009; Курпатов, 2013). Кроме этих теорий, можно выделить **комплексные**, подчеркивающие сложность патогенеза психосоматических заболеваний и учитывающие как психологические факторы, так и соматические. Среди них **клинические гипотезы механизмов формирования психосоматических расстройств** Д.Н. Исаева (2005), А.Б. Смулевича (2011) и др.

Таким образом, психосоматическая медицина развивалась от создания однолинейной модели к системным, учитывающим взаимодействие множества физиологических и психосоциальных факторов. В настоящее время среди ученых больше приверженцев системных моделей возникновения психосоматических заболеваний. Ни одна из разработанных ранее теорий не позволяет достоверно и однозначно объяснить все звенья в этиологии и патогенезе заболеваний.

Исследования последних лет все более убедительно показывают, что психосоматические эпидемии это в существенной мере всего лишь внутренняя картина или виртуальное отражение стрессогенной реальности. При этом все более ускоренный и облегченный, интерактивный и полимодальный доступ к индивидуальному и общественному сознанию субпопуляции глобальной паутины требует новых инструментов защиты ментальности и идентичности.

Так, американские исследователи П. Зоккола с соавт. (2013) показали, что даже разговоры и мысли об отрицательных или стрессовых событиях могут усугубить воспалительный ответ в организме человека, достоверно повышая уровень С-реактивного белка, являющегося маркером поражения сердечно-сосудистой системы.

В современном сингулярном мире ведущим стресс-фактором становится интернет. Шведские исследователи С. Томи с соавт. (2013) в течение года наблюдали за здоровьем 4 000 мужчин и женщин в возрасте от 20 до 40 лет и обнаружили, что те из них, кто подолгу сидит в интернете, были достоверно более склонны к стрессу и депрессии, расстройствам сна и развитию болевых синдромов. То же самое относится к мобильному телефону, использование которого приводит к утрате чувства свободы и грани между работой и отдыхом, деловой и частной жизнью. Всё это, в конечном счете, провоцирует развитие «офисного синдрома» – симптомокомплекса, включающего ожирение, боль в спине и шее, головную боль, заболевания желудочно-кишечного тракта и сердца.

Активно продвигающиеся представления о мультифакториальной и многоуровневой природе психических и психосоматических расстройств сопровождаются дискуссиями о степени влияния различных факторов на начало и течение заболеваний, а также их учёт в организации ранней профилактики, лечения и реабилитации. Так, Н. Чайми (2009) критично оценил предложение Г.Л. Энгла (1977) о «необходимости учитывать при решении любой медицинской задачи все три уровня биопсихосоциальной модели», которые «вносят примерно одинаковый вклад, независимо от времени и ситуации». Н. Чайми, отвергая трёхъядерную модель в такой формулировке, не приемлет и ортодоксальные взгляды биологического редукционизма, предлагая искать компромиссы между этими двумя крайними точками. Можно согласиться с позицией Г. Болтона (2013) отмечающего, что причинно-следственные связи этиопатогенеза и соответственно вмешательства могут затрагивать все три уровня модели, но это не означает, что все они должны быть вовлечены и равноценны по вкладу в течение заболевания.

Предложенное нами расширение модели до четырёхъядерной и наполнение её четырёхмерной синергетической методологией существенно уменьшает диагностическую и прогностическую неопределённость, расширяет многовариантность подходов и оценок, учитывая и аккумулируя наработанное концептуальное мультидисциплинарное разнообразие.

Синергетическая биопсихосоциодуховная методология ментальной медицины позволяет максимально широко и гибко подходить к поиску механизмов развития психосоматических заболеваний и оценке полимодального стресса, лежащего в основе или выполняющего патопластическую роль при любой нозологии.

7.2. Синергетика психосоматозов

Синергетическую модель формирования психосоматических заболеваний можно обобщенно представить следующим образом (табл. 7.1). Динамика психосоматических заболеваний включает фракталы: predispositions – психосоматогенной семьи, латентный – психовегетативного диатеза, инициальный – функционального расстройства, развернутой клинической картины – психосоматического заболевания, хронизации – формы и типы течения психосоматического заболевания, исхода – соматоневрологических осложнений.

Фрактал **психосоматогенной семьи** является начальным при формировании психосоматических заболеваний, так как основная часть социализации с момента рождения у человека происходит в семье, и нарушения семейных взаимоотношений, распределения ролей могут способствовать формированию данной патологии.

В пользу концепции психосоматогенной семьи высказывались Э.Г. Эйдемиллер и соавт. (2007), Л.Ф. Кремнева (2007). Они в качестве источника психической травматизации личности, приводящего к психосоматическим заболеваниям, видят нарушения основных сфер жизнедеятельности семьи, где растет и развивается ребенок.

Классификация механизмов развития психосоматогенных семей включает: 1) «Связывание» – семья с жесткими стереотипами коммуникации; дети в такой семье становятся инфантильными, отстают в эмоциональном развитии. Формула общения в такой семье: «Делай, как я тебе сказал»; 2) «Отказ (отвержение)» – ребенок как бы отказывается от себя, от своей личности; у него развиваются аутизм и тенденция к автономности; 3) «Делегирование» – у родителей потеряно реалистическое восприятие достижений своих детей; они воспринимают своих детей как продолжение себя, возлагают на них надежды на осуществление своих несбывшихся планов (Курпатов, Титова, 2007; Эйдемиллер, 2007).

Как правило, выделяют следующие характеристики психосоматогенных семей: 1) сверхвключенность родителей в жизненные проблемы ребенка, которая мешает развитию самостоятельности, следовательно, защитные механизмы более слабые и способствуют развитию

Таблица 7.1

Концептуальная модель эпидемического развития психосоматических расстройств

Вектор онтогенеза	Донозологические факталы				Нозологические факталы		
	Предиспозиция: психосоматогенная семья	Латентный: психовегетативный диатез	Инициальный: функциональное расстройство	Развернутая клиническая картина заболевания / ментальная эпидемия	Хронизация: типы и формы течения заболевания/деструктивная ментальная эпидемия	Исход: соматоневрологические осложнения/пандемия	
Соматогенез	Наследственная отягощенность	Склонность к патологическим физиологическим реакциям	Функциональные нарушения	Заболевание	Формы и типы течения заболевания	Соматические осложнения	
Психогенез	Психофизиологическая диспозиция	Преморбидные личностные особенности	Психосоматические реакции	Соматоморфные нарушения	Психосоматические нарушения	Соматопсихические нарушения	
Социогенез	Дистармония семейных отношений	Дистармония социализации личности	Нарушения значимых социальных отношений	Преходящая социальная дисфункция	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация (инвалидность)	
Анимогенез	Духовнонравственная дефицитарность или амбивалентность семьи	Дистармония формирования нравственных чувств	Нарушение нравственного облика	Утрата духовнонравственной позиции	Риск аморальных поступков	Возможность противоправного поведения	

Ментальная превентология

Клиническая психиатрия

Ментальная медицина

внутреннего конфликта; 2) сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессам другого; 3) низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах, при которой взаимоотношения в семье ригидные; 4) тенденция избегать выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов; риск возникновения и накопления внутренних конфликтов; 5) ребенок и его заболевание часто играют роль стабилизатора в скрытом супружеском конфликте (Исаев, 2005; Эйдемиллер, 2015).

Для психосоматогенной семьи характерно не поощрение свободного выражения чувств и свободного отреагирования отрицательных эмоций, вследствие чего ребенок присваивает стереотипы подавления отрицательных эмоций, что приводит к их соматизации. Подавление отрицательных эмоций может быть связано с тем, что в семье не принято открыто реагировать на боль – стереотип терпения, отношения к болезни как к состоянию, в котором человек сам виноват.

В опыте психосоматогенной семьи могут быть некоторые патогенные особенности: неспособность, неготовность, необученность родителей (прежде всего матери) к раннему распознаванию телесных состояний ребенка и означиванию их (ненаблюдательная и невнимательная мать или просто не имеющая времени); неспособность семьи как целостного организма к вербальному или иному конструктивному разрешению конфликта и включение ребенка в семейный конфликт. Телесный симптом ребенка часто и рождается в ситуации семейного конфликта как неудачный способ его разрешения.

Соматизация аффекта и эмоций выступает как стиль семейной адаптации к трудностям и проблемам, как стереотип, фактор избегания неудач или ухода от ответственности. Использование симптома для извлечения выгоды начинает активно включаться в жизнь ребенка как реакция на любые трудности.

Психосоматогенным семьям свойственны бедность психологического языка и склонность отрицать наличие психологических проблем. Родители могут не поощрять или запрещать выражение ряда психологически обусловленных эмоций, считая это неприемлемым. Так ребенок приучается к тому, что внимание, любовь и поддержку родителя можно получить, лишь используя «поведение больного». Роль больного оказывается привлекательной, в том числе благодаря освобождению от обычных обязанностей без возложения вины за это. Болезнь ребенка может приносить вторичную выгоду и родителям: видоизменять взаимоотношения между ними, уводя в сторону от конфликта, который они не желают признавать, и тем самым стабилизируя ситуацию в семье.

Ведущая роль на ранних этапах развития принадлежит матери, которая формирует у ребенка язык тела. Психосоматическую мать традиционно описывают как авторитарную и сверхвключенную, подавляющую и доминирующую, открыто тревожную и латентно враждебную, требовательную и навязчивую. Отец, как правило, в такой семье – слабая личность, не умеющая противостоять доминирующей и авторитарной матери, находится в отдалении от материнско-детской диады. Любые попытки сепарироваться, то есть отделиться от матери, со стороны ребенка матерью отвергаются. К качествам матерей, которые особенно значимы для формирования психосоматической патологии, можно отнести: высокую личностную тревожность; внутреннюю конфликтность, то есть дисгармонический склад личности (невротическая мать); тенденцию к подавлению, сдерживанию негативных чувств, преобладанию чувства вины в психике матери, противоречивое эмоциональное отношение к близким в семье; сильное эмоциональное реагирование на проблемные ситуации с дезорганизацией деятельности (стрессоустойчивость), а также неспособность к конструктивному разрешению конфликтов, что приводит к хронизации, а следовательно, и соматизации аффекта у матери; дезорганизацию собственной активности при болезни ребенка за счет высокой тревожности, страхов, неспособность принять радикальное решение; собственный телесный опыт матери негативно окрашен, наблюдаются феномены отвержения собственного тела или его частей, связанные с ранним опытом прародительской семьи; нарушенные взаимодействия матери с ребенком на раннем этапе его развития (Бройтигам, 1999; Александер, 2009).

Возможны два типа отношения матери к ребенку: скрытое, неосознаваемое отвержение – при этом ребенок использует язык тела для привлечения внимания матери (мать как бы стимулирует у ребенка более массивное использование этого языка); симбиоз – мать как бы консервирует телесный контакт, тормозя становление более поздних форм взаимодействия (Исаев, 2005).

Таким образом, психосоматогенный тип семьи становится первым фракталом в формировании психосоматических заболеваний.

Следующим является фрактал **психовегетативного диатеза**. Психовегетативный диатез – это нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться сначала в функциональные психосоматические состояния, а затем и в психосоматическое заболевание под влиянием экзогенных (стресс и др.) и эндогенных факторов (генетически обусловленных аномалий и т. п.). Он представляет собой один из вари-

антов специфического диатеза или предрасположения в общей группе недифференцированных психических диатезов (Гиндикин, 2000).

«Психический диатез» – это совокупность признаков, характеризующих предрасположение к психической патологии. Диатезом (греч. *diathesis*) называют конституциональное предрасположение организма к тем или иным болезням вследствие врожденных особенностей обмена, физиологических реакций и т. п. Диатез – это особое состояние организма, когда обмен веществ и сопряженные с ним функции организма длительно находятся в неустойчивом равновесии вследствие унаследованных, врожденных или приобретенных свойств, которые предрасполагают к неадекватным ответам на обычные воздействия, к развитию патологических реакций на внешние вредности и определяют более тяжелое течение имеющихся заболеваний (Давыдовский, 1962). В патогенезе болезни экзогенные факторы внешней среды утрачивают свое значение, трансформируясь во внутренние, действуя по стереотипу общебиологических закономерностей.

С.Ю. Циркин (2009) рассматривает психический диатез как общую конституциональную предрасположенность к психическим заболеваниям, в которой имеются маркеры (признаки) этого предрасположения (клинические и биологические), в большинстве случаев еще малоизученные. К числу клинических признаков относится широкий спектр функциональных психических нарушений – личностные аномалии, повышенная уязвимость в отношении возникновения реактивных состояний и наличие эндогенной фазности их динамики, без формирования дефекта. Для психического диатеза в целом нехарактерны, по мнению автора, специфичные признаки предрасположения к определенному психическому заболеванию.

К психовегетативному диатезу можно отнести психосоматический дизонтогенез. Выделяют три варианта психосоматического дизонтогенеза:

1-й вариант – ***отставание или задержка социализации телесных функций*** (в психосоматическом развитии ребенка). Более поздние сроки формирования навыков телесной опрятности, использование телесного языка в качестве основного средства коммуникации в течение длительного времени (до школьного возраста); задержка использования языка тела происходит в случае скрытого отвержения ребенка или длительного симбиоза или в случае изоляции ребенка от ближайшего взрослого – интернат, стационар. В норме в ходе онтогенеза обнаруживается истинный факт развития представления о теле: дифференциация представлений о теле, его органах и функциях; представление о теле как целостности, «мое тело», тело как инструмент.

2-й вариант – *регресс в психосоматическом развитии* как реакция ребенка на особые условия развития. Это могут быть: внезапная потеря матери (психотравма), помещение ребенка из семьи в интернат или стационар. Когда ребенок теряет навыки опрятности, регуляции телесных функций, самостоятельного засыпания, это означает переход на более ранние этапы развития. В дальнейшем это может быть скомпенсировано. В этом случае – случае регресса – ребенок опять начинает с помощью телесных функций привлекать внимание взрослого, ему нужно это эмоциональное принятие, а средств в организации телесного комфорта очень мало – ребенок учится манипулировать взрослым с помощью языка тела. Этот телесный способ воздействия может закрепиться (трудности засыпания, головные боли и т.д.).

3-й вариант – *искажение психосоматического развития*. Это касается телесного «Я» в целом. Формируется образ тела, и этот образ «Я» может формироваться искаженным с негативным отношением к определенным телесным проявлениям – невротическая или психосоматическая диссоциация. Как один из вариантов – диссоциация между самооценкой и отношением (Антропов с соавт., 2005).

У человека, имеющего психовегетативный диатез, при дальнейшей психической травматизации развиваются **функциональные психосоматические расстройства** – это нарушения, которые носят функциональный характер и проявляются органными невротами или другими соматоформными расстройствами. Органные невроты сопровождаются единичными соматическими жалобами. К ним относятся кардионевроз и синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазию и синдром раздраженного кишечника, психогенный зуд и функциональные расстройства билиарного тракта и др. Локализация расстройства, как правило, в рамках одного органа/системы. Время от воздействия стрессора до появления симптомов болезни – от нескольких дней до нескольких недель. Соматоформные расстройства – это функциональные нарушения, сопровождающиеся гастроинтестинальными, кардиореспираторными, болевыми, конверсионными и псевдоневрологическими симптомами. Характерны повторяющиеся, множественные и клинически значимые жалобы. Наблюдается наличие жалоб как минимум в четырех точках или функциях. От воздействия стрессора до появления симптомов болезни проходит от нескольких дней до 2-3 месяцев. Данное состояние является инициальным для развития психосоматического заболевания.

Общим для этой группы нарушений является возникновение на фоне психосоциального стресса соматических жалоб в отсутствие

морфологического изменения соответствующих тканей (во многих случаях обнаруживаются неспецифические и функциональные нарушения).

К соматоформным состояниям могут быть отнесены следующие нарушения: соматизированное расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция, хроническое соматоформное болевое расстройство (Палеев, Краснов, 2009). Патогенетические механизмы формирования соматоформных состояний связаны с конверсией, трансформацией актуального невротического конфликта в функциональные соматические симптомы при отсутствии органической основы для них. Дифференциально-диагностические критерии различных форм психосоматических расстройств представлены в таблице 7.2.

Таблица 7.2

**Дифференциально-диагностические критерии
клинико-эпидемических форм психосоматозов**

Критерии	Формы психосоматозов			
	Психосоматическая реакция	Функциональные психосоматические расстройства (органные неврозы)	Соматоформные расстройства	Психосоматические заболевания
Основные проявления	Учащение пульса; повышение артериального давления; изменение частоты, глубины дыхания; внезапная мышечная слабость, кратковременное нарушение стула и др.	Кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром «раздраженного» желудка, «раздраженной» толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря и др.	Гастроинтестинальные, кардиореспираторные, болевые, конверсионные и псевдоневрологические симптомы и др.	Артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь, сахарный диабет, ревматоидный артрит и др.
Жалобы на соматическое состояние	На единичные симптомы	Одна или несколько со стороны одной системы	Повторяющиеся, множественные, клинически значимые жалобы	Симптомы четко соответствуют нозологической форме заболевания

Критерии	Формы психосоматозов			
	Психосоматическая реакция	Функциональные психосоматические расстройства (органные неврозы)	Соматоформные расстройства	Психосоматические заболевания
Локализация расстройства	В пределах одной функции органа	В рамках одного органа/системы	Наличие жалоб, как минимум в четырёх точках или функциях	Зависит от нозологической формы болезни
Характер нарушений функций	Нет	Функциональный, обратимый	Функциональный, обратимый	Органический, необратимый
Время от воздействия стрессора до появления симптомов болезни	Несколько минут, дней	От нескольких дней до нескольких недель	От нескольких недель до 2–3 месяцев	Несколько месяцев, лет
Длительность расстройства	Несколько минут, дней	Превышает 6 месяцев	Превышает 6 месяцев	Хроническое течение (всю жизнь)

По данным В.В. Марилова (2010), неотреагированные эмоциональные проявления имеют отчетливую склонность к соматизации, то есть переходу патологии из разряда психологического через вегетативную нервную систему в соматическую дисфункцию того или иного органа или системы. Феномен постстрессовой психосоматической беззащитности с задержанно-соматизированными эмоциями приводит к тому, что у личности с психосоматозом происходит значительное снижение порога реагирования на стресс. Непосредственным следствием снижения порога стрессогенности является расширение репертуара психосоматического реагирования с формированием полисистемных психосоматических циклов, что ведет к развитию вторичных психосоматозов.

Если стрессовый фактор по-прежнему актуален, то это может привести к развитию клинической картины впервые возникшего **психосоматического заболевания**. Это группа заболеваний, возникающих на основе взаимодействия биопсихосоциодуховных факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов.

При формировании психосоматического заболевания выбор нозологической формы зависит от наследственной предрасположенности, соматического состояния человека на момент воздействия стрессового фактора (острое респираторное заболевание, гастрит, дуоденит, нейроциркуляторная дистония и т.д.), а также других специфических и предрасполагающих факторов.

Следующим фракталом являются **различные формы и типы течения психосоматических заболеваний**, отражающие многовариантные особенности развития болезни. Особенности течения и форма психосоматического заболевания зависят от воздействия психосоциальных и соматических факторов. Течение заболевания может быть стабильным, с редкими обострениями или лабильным, приводящим к быстрому развитию осложнений.

Далее следует фрактал – **соматоневрологические осложнения психосоматических заболеваний**. К ним относят психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания. Соматоневрологические осложнения являются исходом длительно текущего с лабильным течением заболевания.

В синергетической концепции учитываются все три условия, необходимые для «запуска» заболевания (Александр, 2009): психологическая конфигурация; “Х” фактор – уязвимые органы, наличие которых зависит от наследственной предрасположенности; пусковой механизм – ситуация-ускоритель.

Синергетическим подходом можно объяснить этиопатогенез психосоматических заболеваний вне зависимости от нозологической формы, а также возникновение заболеваний как у взрослых, так и у детей.

Таким образом, синергетическая концепция учитывает все внешние и внутренние факторы в возникновении психосоматических заболеваний. Психотерапевтический подход, базирующийся на ней, предоставляет возможность благоприятного влияния на течение психосоматических заболеваний, так как направлен на этиопатогенетические механизмы их возникновения, открывая новые возможности и перспективы в помощи больным с психосоматической патологией. Биопсихосоциодуховная синергетическая модель формирования психосоматических заболеваний требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации профилактики и коррекции.

7.3. Медико-психосоциодуховная помощь

На основе синергетической методологии ментальной медицины нами (Сидоров, Совершаева, 2015) разработана программа, включающая четыре блока: медицинский и психологический, социальный и духовнонравственный (табл. 7.3). Превентивно-коррекционные маршруты реализуются в первых трех донозологических фракталах, а лечебно-реабилитационные – в трех следующих нозологических, составляя единый мультидисциплинарный протокол, реализуемый бригадами в составе врача-интерниста и психиатра, психотерапевта и клинического психолога, специалистов по социальной работе и биоэтике.

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

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

В **латентном фрактале** мероприятия направлены на выявление лиц, склонных к развитию психосоматических расстройств (со слабой

Таблица 9.3

Программа медико-психосоциодуховной помощи при ментальных эпидемиях психосоматозов

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

и неуравновешенной нервной системой, высоким уровнем тревожности, психастенической, астеноневротической, истерической акцентуацией характера), на коррекцию моральной социализации личности, преморбидных особенностей.

В **инициальном фрактале** при возникновении функциональных расстройств предполагаются медикаментозные и немедикаментозные воздействия.

Во **фрактале развернутой клинической картины** психосоматических расстройств требуется ранняя квалифицированная медицинская и психологическая, социальная и духовнонравственная помощь.

Своевременное выявление и адекватная диагностика психосоматозов имеет решающее значение для успешной терапии и благоприятного прогноза заболевания во **фрактале хронизации и исхода**. В связи с этим представляется целесообразной интеграция системы психотерапевтической помощи в общесоматические лечебно-профилактические структуры, открытие психосоматических отделений в структуре общесоматических больниц, организационное оформление мультидисциплинарной службы ментального здоровья.

Обобщая литературные данные, В.А. Домарацкий (2014) выделяет следующие основные мишени в построении помощи психосоматическим пациентам.

1. Внутренний конфликт.
2. Мотивация (условная выгода).
3. Эффект внешнего внушения.
4. Самовнушение.
5. Элементы органической речи.
6. Язык тела.
7. Идентификация.
8. Самонаказание.
9. Наказание кого-то другого.
10. Болезненный опыт прошлого.
11. Алекситимия.

Медицинский, психологический и социальный блоки противоэпидемической программы не требуют особого обсуждения, т.к. представлены в специальных руководствах (Смулевич, 2011; Сидоров, Новикова, 2014; Sidorov, 2016).

Духовнонравственный блок программы начинается со скрининга и коррекции морального климата психосоматогенной семьи, осуществляемого в ходе семейной психо- и социотерапии, реализующих задачи этико-психологической гармонизации межличностных отношений и духовнонравственного развития семьи.

Коррекция формирования и развития основных нравственных чувств и морального облика проводится по всем этическим модальностям личности, из которых может развиваться синдром деморализации и синдромокомплекс деструктивного профессиогенеза. Поэтому в рамках стратегий раннего вмешательства и медиации, консультантами этического комитета и службы ментального здоровья осуществляется сопровождение адаптивного профессиогенеза и проводится тренинг этики делового общения для профилактики моббинга и боссинга, деэтизации и дегуманизации профессионального сознания.

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

Духовнонравственная реабилитация дополняет социально-психологическую, реализуя задачи коррекции пессимистическо-катастрофических установок и формирования оптимистично-ресурсной жизненной позиции, усиливая ментальный резильянс личности.

Если персонифицированные мультидисциплинарные протоколы бригадной помощи психосоматическим больным уже стали клинической реальностью, то сдерживание ментальных эпидемии психосоматозов требует новых стратегий борьбы, построенных на синергетической биопсихосоциодуховной методологии. К принципам новой парадигмы **адаптивной защиты общественного здоровья и общественного сознания от ментальных эпидемий психосоматозов** 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 программ, повышающее многовариантную гибкость и эластичность;
- единство здорового образа и нравственного смысла жизни;
- духовнонравственную доминанту в построении общественных и волонтерских движений и др.

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