

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА СОЦИАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

П.И. Сидоров, Е.П. Совершаева

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

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

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

Именно поэтому, задачей статьи является концептуально-методологическое обоснование синергетической биопсихосоциодуховной концепции социальных эпидемий СФР, выделение механизмов развития и дизайна мультидисциплинарных программ лечебно-профилактической помощи.

Синергетическая методология ментальной медицины

Синергетика – междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации, занимающаяся изуче-

нием систем, состоящих из большого числа 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. ДС 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, а 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. ДС 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 (психических) эпидемий.

Условием равновесного состояния ДС является постоянный обмен со средой потоками тепла

или вещества, энергии или информации. В случае ограничения этих потоков, как при аутистическо-апато-абулических 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 развивается 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 СФР – 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 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 клинической медицине это соответствует развитию психо-соматических расстройств или излечению – в зависимости от того, какой из аттракторов (ведущий к

прогредиентности или ремиссии) оказывается более актуальным.

Психосоматическое 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 система.

Разработанная нами [22] 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.

Модель предполагает мультидисциплинарный и интегральный подходы к комплексным и сложным психосоматическим причинно-следственным отношениям. Траектории 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 психосоматического заболевания.

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). Только такой подход позволяет эффективно реализовывать персонализированные мультидисциплинарные протоколы в психосоматической медицине [22].

Предложенная нами четырехмерная и четырёхъядерная синергетическая медико-психо-социо-

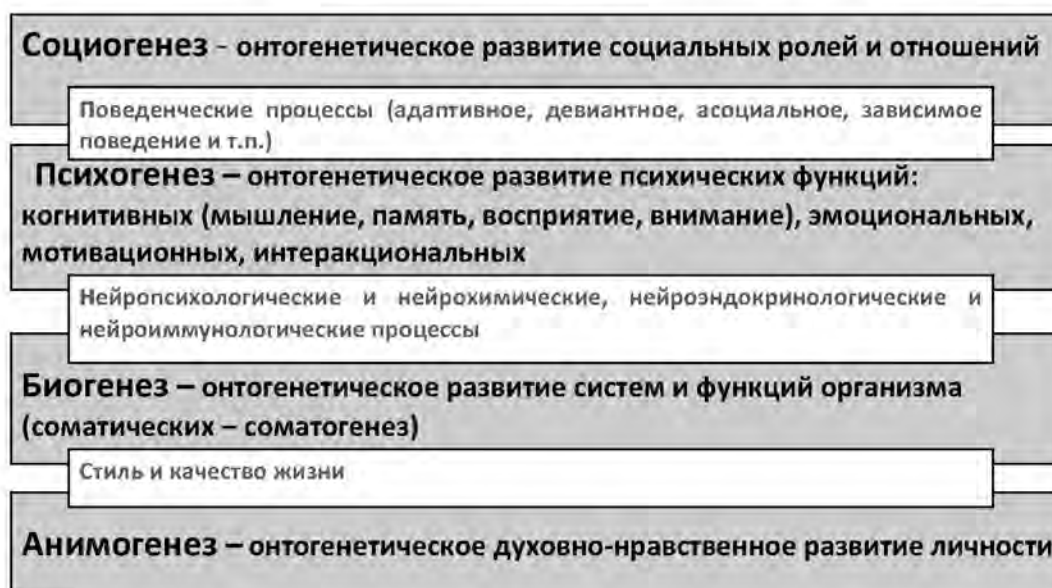


Рис. 1. Биопсихосоциодуховная модель онтогенеза

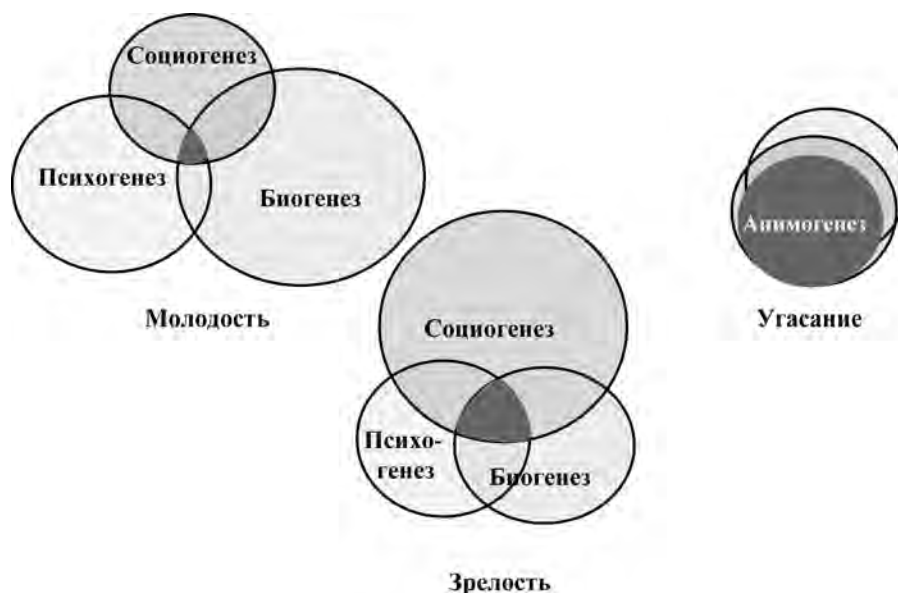


Рис. 2. Динамика биопсихосоциодуховной ассимиляции

духовная модель требует обоснования **моральной диагностики** как характеристики этической компетенции и нравственной адаптации, расширения инструментов измерения качества жизни до ее нравственно-ценностных и смысловых оценок, совершенствования технологий практической помощи от нравственного воспитания и тренингов этики делового общения до коучинговой духовно-нравственной коррекции и реабилитации. По существу, речь идет о клиническом наполнении аппарата традиционной биоэтики, с разработкой огромного и многомерного поля этической диагностики и профилактики, лечения и реабилитации [9, 10]. Справиться с такой масштабной задачей можно только опираясь

на синергетическую методологию ментальной медицины. Интеграция здорового образа и нравственного смысла жизни становится важнейшей характеристикой ментальной медицины как психиатрической парадигмы бурно развивающейся интегративной медицины.

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.

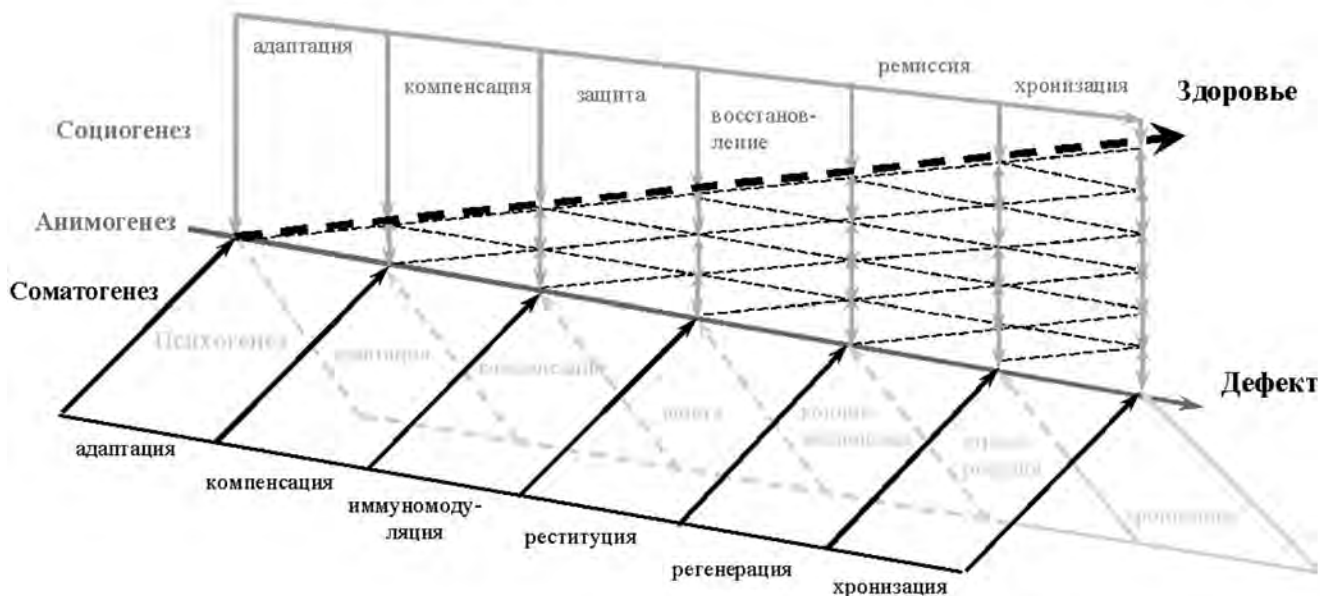


Рис. 3. Фрактальная траектория развития состояний (заболеваний, эпидемий) и защитные механизмы



Рис. 4. Синергетическая функциональная диагностика в ментальной медицине

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, биопсихосо-

циодуховные 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.

Служба ментального здоровья – синергетический биопсихосоциодуховный Ψ-кластер общества 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 системе «окружающая среда–общество–трудо­вой (учебный) коллектив–семья–личность». Он объединяет в рамках единой синергетической методологии профильные информационные базы, давая объективную картину и прогноз, динамику и ритмику социально значимых ментальных и поведенческих процессов [7, 11].

Социальные эпидемии – это возникновение в коллективе или на территории случаев (вспышек) социальной болезни с частотой, существенно превышающей обычно ожидаемую. Социальные эпидемии переходят в разряд деструктивных, когда начинают угрожать общественному здоровью и национальной безопасности всей страны в целом. В этом случае включаются механизмы генерализации, расширенного и неконтролируемого воспроизводства психосоматических расстройств и социальных недугов, раскручивая интенсивность эпидемического процесса до пандемии, охватывающей не только страны, но и континенты. Если при социальных эпидемиях преобладают ранние формы психосоматических и соматоформных расстройств, то при деструктивных социальных эпидемиях – исходные состояния и осложнения [9].

Распространенность соматоформных расстройств

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

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

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

Многочисленные дополнительные лечебно-диагностические мероприятия приводят к значительным экономическим затратам. Стоимость бесконечных клинических и параклинических исследований, неэффективной терапии настолько велика, что несвоевременная диагностика соматизированных нарушений рассматривается как социально-экономическая проблема для любого общества. На каждого из этих больных тратится в несколько раз больше времени, по сравнению с истинными соматическими больными. Значительные финансовые издержки связаны с тем, что помощь больным СФР часто оказывают врачи, не имеющие достаточной компетенции именно в этой области [6, 7].

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

Этиопатогенез соматоформных расстройств

Основное этиологическое значение в развитии СФР имеют три группы факторов [3, 7, 13, 26]:

- наследственно-конституциональные: конституционально-типологические особенности ЦНС и личностно-акцентуационные особенности;
- психоэмоциональные или психогенные, факторы: острые и хронические факторы внешнего воздействия, опосредованные через психическую сферу, имеющие как когнитивную, так и эмоциональную значимость и в силу этого играющие роль психогении;
- органические факторы: различного рода преморбидная органическая (травматическая, инфекционная, токсическая, гипоксическая и др.) скомпрометированность интегративных церебральных систем надсегментарного уровня, прежде всего – лимбико-ретикулярного комплекса.

При помощи функциональной магниторезонансной томографии японскими исследователями I. Katakaki и соавт. [20] был оценён нейрональный ответ на болевые электрические стимулы, а также ответ на предупреждающие знаки, индуцировавшие высокий или низкий уровень тревоги. Полученные результаты свидетельствовали об участии тревоги в нарушении работы нейрональных связей, включающих гиппокамп. Взаимосвязь тревожных рас-

стройств с процессами модуляции болевых ощущений лежит, по мнению авторов, в основе манифестации СФР.

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

Синергетика соматоформных расстройств

Синергетическая модель формирования СФР представлена в табл. 1. Динамика СФР включает фракталы: предрасположения – соматоформная семья, латентный – соматоформный диатез, инициальный – первичные СФР, развернутой клинической картины – СФР, хронизации – формы и типы течения СФР, исхода – соматопсихические осложнения.

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

Современные представления об этиопатогенезе СФР определяющую роль отводят нарушениям значимых отношений личности. Неблагоприятная семейная среда, действующая с детских лет, может декомпенсировать даже здорового индивидуума. СФР – это своеобразный клинико-психологический феномен, формирующийся на протяжении одного-двух поколений – прародителей, родителей и детей. Семья оказывается непосредственным источником психического здоровья или нездоровья ее членов. Имеется взаимосвязь между неудовлетворенностью, напряженностью в семье, наличием конфликта, с одной стороны, и различными нервно-психическими расстройствами у детей – с другой. Как психогенные заболевания формирующейся личности, СФР в аффективно-заостренной форме отражают многие проблемы человеческих отношений, прежде всего понимания и общения между людьми, поиска своего «Я», оптимальных путей самовыражения, самоутверждения, признания и любви [4].

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

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

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

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

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

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

Соматоформный диатез проявляется дисгармонией формирования и развития основных нравственных чувств, что может в дальнейшем предопределять нарушения моральной социализации и

Фрактальная динамика развития социальной эпидемии соматоформных расстройств

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

развития личности, имеющей низкий адаптационный потенциал.

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

В анимогенезе первичные соматоформные реакции проявляются многовариантной и личностнозависимой деформацией нравственного облика, закладывающая основу для будущего развития синдрома деморализации и деструктивного профессиогенеза, клиническая картина которых в каждом конкретном случае формируется и дополняется коморбидными и ассоциированными расстройствами в сомато-, психо- и социогенезе [8, 9].

При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация психосоматических реакций в СФР (фрактал развернутой клинической картины). Данные нарушения уже не являются функци-

ональными, продолжаются более длительно (более 6 месяцев) и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами. В данном фрактале возможна личностная декомпенсация в виде тревожной, фобической, депрессивной симптоматики. Анимогенез СФР проявляется деструкцией духовно-нравственной позиции личности, что проявляется развитием синдрома деморализации.

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

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

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

Медико-психосоциодуховная помощь больным соматоформными расстройствами

На основе синергетической методологии ментальной медицины [7, 22] нами разработана программа, включающая четыре блока: медицинский и психологический, социальный и духовно-нравственный (табл. 2). Превентивно-коррекционные маршруты реализуются в первых трех донозологических фракталах, а лечебно-реабилитационные – в трех следующих нозологических, составляя единый мультидисциплинарный протокол, реализуемый бригадой в составе психиатра, психотерапевта, клинического психолога, специалистов по социальной работе и биоэтике.

Медицинский блок в рамках соматогенеза включает оказание помощи специалистами общей практики, врачами-терапевтами. Психологический блок помощи в рамках психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров. Социальная помощь оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов социальных служб (специалистов по социальной работе, социальных работников). Духовно-нравственный блок в векторе анимогенеза реализуется с участием

экспертов и консультантов по биоэтике, клинических психологов и специалистов по социальной работе, врачей общей практики, знающих особенности морального климата семьи пациента. Используются образовательные и психотерапевтические, тренинговые методики и коучинг, купирующие синдром деморализации и деструктивный профессиогенез. При конфликтных ситуациях проводится медиация. Поощряется участие пациентов в различных программах общественных организаций, закрепляющих адаптивные стратегии в этике делового общения. Эти же задачи выполняет вовлечение пациентов в волонтерские и социальные движения, этико-культуральные мероприятия профсоюзных и ветеранских организаций. Воцерковленным пациентам могут помочь религиозные реабилитационные программы под руководством духовных наставников из официальных конфессий.

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

Таблица 2

Программа медико-психосоциодуховной помощи больным соматоформными расстройствами

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

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

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

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

Своевременное выявление и адекватная диагностика СФР имеют решающее значение для успешной терапии и благоприятного прогноза заболевания задолго до фракталов хронизации и исхода.

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

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

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

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

Психологический блок программы. Терапия соматоформных расстройств включает в себя широкий круг лечебных и профилактических мероприятий, требующих участия не только врача общесомати-

ческой практики, но также психиатра и психотерапевта.

Огромное практическое значение имеет тот факт, что соответствующие психические расстройства могут не осознаваться самим больным либо диссимулироваться им. Больные обычно противятся попыткам обсуждения возможности психологической обусловленности симптомов, даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных проявлений. Вследствие этого, базисным направлением в лечении больных СФР в настоящее время является психотерапия. Используется практически весь спектр современных форм и методов психотерапии. Широко применяется рациональная терапия, аутогенная тренировка, гипнотерапия, аналитическая, поведенческая, позитивная, клиент-центрированная терапия и др. Несмотря на приоритетность психотерапевтической коррекции, превалирование в клинической картине соматовегетативных компонентов не дает возможности обойтись без медикаментозной терапии. В инициальном периоде даже жестко директивные методики не позволяют получить быстрый желаемый результат, что, в конечном итоге, компрометирует психотерапию как метод [7, 13, 14].

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

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

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

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

Медицинское обслуживание пациентов с СФР в связи с необходимостью дифференциации патологии этого круга с соматическими заболеваниями, требующее определенной квалификации персонала и обеспечения лабораторно-инструментальным оборудованием, целесообразно осуществлять в рамках спе-

циализированных учреждений на базе общесоматической сети. С учетом пограничного уровня психических расстройств, высокой трудовой и социальной адаптации, необходимости наблюдения лиц этого контингента больных в психоневрологических диспансерах не возникает [7, 13].

Духовно-нравственный блок программы. Скрининг и коррекция морального климата невротической семьи осуществляются в ходе семейной психо- и социотерапии, реализующих задачи этикопсихологической гармонизации межличностных отношений и духовно-нравственного развития семьи.

Коррекция формирования и развития основных нравственных чувств и морального облика проводится по всем этическим модальностям личности, из которых может развиваться синдром деморализации и деструктивный профессиогенез. Поэтому, в рамках стратегий раннего вмешательства и медиации, консультантами этического комитета и службы ментального здоровья осуществляется сопровожде-

ние адаптивного профессиогенеза и проводится тренинг этики делового общения для профилактики моббинга и боссинга, деэтизации и дегуманизации профессионального сознания [8, 9].

Реконструкция нравственной позиции и поведения в рамках сформированного синдрома деморализации требует проведения коучинга, терапии творческим самовыражением и саногенетической терапии, этического тренинга и поведенческой этической психотерапии, духовных и религиозных практик [10, 12].

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

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 256 с.
2. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). М.: Медицина, 1962. 237 с.
3. Иванов С.В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2004. 28 с.
4. Карвасарский Б.Д., Подсадный С.А., Черняевский В.А. и соавт. О вкладе В.Н.Мясищева в научную разработку проблемы психосоматических расстройств // Вестник психотерапии. 2012. № 41. С. 9–24.
5. Киреева И.П., Аронов П.В. Концепции диатезов в психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2007. № 2. С. 113–119.
6. Прибытков А.А., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Юркова И.Ю. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 4. С. 73–80.
7. Сидоров П.И., Новикова И.А. Ментальная медицина: Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 728 с.
8. Сидоров П.И. Адаптивный профессиогенез как приоритет корпоративной службы ментального здоровья // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2014. № 2. С. 13–25.
9. Сидоров П.И. Механизмы социальных эпидемий и синергетика эффективного ответа // Психическое здоровье. 2014. № 5. С. 32–44.
10. Сидоров П.И. Духовно-нравственные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 6. С. 22–39.
11. Сидоров П.И. Ресурсы и направления ментальной превентологии // Экология человека. 2014. № 10. С. 31–43.
12. Сидоров П.И. Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 12. С. 65–76.
13. Смуглевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике. М.: Медпресс-информ, 2011. 720 с.
14. Allen L.A., Woolfolk R.L. Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders // Psychiatr. Clin. North America. 2010. Vol. 33. P. 579–593.
15. Greed F., Guthrie E., Fink P. et al. Is there a better term than “medically unexplained symptoms”? // J. Psychosom. Res. 2010. Vol. 68, N 1. P. 5–8.
16. Dimsdale J., Sharma N., Sharpe M. What do physicians think of somatoform disorders? // Psychosomatics. 2011. Vol. 52. P. 154–159.
17. Escobar J.I., Cook B., Chen C.N. et al. Whether medically unexplained or not, here or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations // J. Psychosom. Res. 2010. Vol. 69, N 1. P. 1–8.
18. Hiller W., Rief W., Brahler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006. Vol. 41. P. 704–712.
19. Jacobi F., Wittchen H.U., Holting C. et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS) // Psychol. Med. 2004. Vol. 34. P. 597–611.
20. Komaki I. et al. [Presentation] // XXII World Congress on Psychosomatic Medicine, Lisbon, 12–14.09.2013.
21. Schröder A., Fink P. Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: Organizational aspects and evidence-based treatment // Psychiatric Clinics of North America. 2011. Vol. 34, N 3. P. 673–687.
22. Sidorov P.I. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of mental health protection // Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies. NY: NOVA Science Publishers, 2014. P. 177–214.
23. Steinbrecher N., Koerber S., Frieser D. et al. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care // Psychosomatics. 2011. Vol. 52, N 3. P. 263–271.
24. Toft T., Fink P., Oernboel E. et al. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders // Psychol. Med. 2005. Vol. 35, N 8. P. 1175–1184.
25. Van der Boom K.J., Van der Hout, Huntjens R.J.C. Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders // Personality and Individual Differences. 2010. Vol. 48, N 4. P. 447–451.
26. Voigt K., Nagel A., Meyer B. et al. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification // J. Psychosom. Res. 2010. Vol. 68, N 5. P. 403–414.
27. Wittchen H.-U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies // Eur. Neuropsychopharmacol. 2005. Vol. 15. P. 357–376.

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА СОЦИАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

П.И. Сидоров, Е.П. Совершаева

Соматоформные расстройства (СФР) отличаются растущей распространенностью и высокой латентностью, этиопатогенетической многофакторностью траекторий развития и клинико-динамической полимодальностью патопластики и патокинеза. Все это требует разработки новых подходов к концептуально-методологическому обеспечению системного противостояния соматоформной социальной эпидемии. Предложена синергетическая биопсихосоциодуховная концепция СФР, выделяющая три донозологических фрактала: предрасположения – сома-

тоформной семьи, латентный – соматоформного диатеза, инициальный – первичных соматоформных реакций, и три нозологических: развернутой клинической картины, хронизации и исхода. Выделены новые ресурсы системного подхода к превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной работе.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, синергетика, психогенез, соматогенез, социогенез, анимогенез, социальная эпидемия, ментальный резильянс.

SYNERGETIC PARADIGM OF SOMATOFORM DISORDERS SOCIAL EPIDEMIC

P.I. Sidorov, E.P. Sovershayeva

Somatofrom disorders (SFD) seem to demonstrate increasing prevalence, high degree of latency, etiopathogenic variability of development trajectories and clinico-dynamic multiple modalities in pathoplastics and pathokinesis. In such circumstances, new approaches are required in order to counteract the somatofrom social epidemic. The authors propose a synergetic bio-psycho-socio-spiritual concept for SFD that distinguishes three pre-nosological fractals: predisposition – for somatofrom family, latent – for somatofrom

diathesis, initial – for primary somatofrom reactions; and three nosological ones: clinical picture of a flourishing disorder, chronification and outcome. The authors indicate new resources in this systemic approach towards preventive, correction, treatment and rehabilitation activities.

Key words: somatofrom disorders, synergetics, psychogenesis, somatogenesis, sociogenesis, animogenesis, social epidemic, mental resilience.

Сидоров Павел Иванович – академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: pavelsidorov13@gmail.com

Совершаева Евгения Павловна – научный сотрудник ЦНИЛ ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации