

УДК 616.895.8

СИНЕРГЕТИКА ШИЗОФРЕНИИ***Часть 2**

© 2011 г. П. И. Сидоров, И. Б. Якушев

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Во второй части статьи продолжено рассмотрение положений синергетики применительно к шизофрении. Анализируются фрактальная динамика внеутробного развития данной патологии с учетом нескольких факторов, влияющих на ее динамику и прогрессивность. Предложена концепция мониторинга шизофрении, начиная с ее донозологических проявлений, а также превентивно-коррекционные и лечебно-реабилитационные маршруты для каждого из фракталов развития этого психического расстройства.

Ключевые слова: синергетика, шизофрения, фрактал, диссипативная система, когерентность, синхронизация, странный аттрактор.

Точкой бифуркации перехода из фрактала predisposition является рождение ребенка, открывающее *латентный* фрактал. С этого момента определяются новые приоритеты и траектории развития для индивида и его семьи. «Появление ребенка в семье означает формирование новой диссипативной системы, влекущей за собой сложную реорганизацию супружеской целостности, ставящую иногда под угрозу существование всей системы» [8. Т. 1. С. 133]. Чем дальше система отстоит от нормы, тем слабее выражена защита организма против шизофрении.

Тренд зависит преимущественно от *биогенеза*, что замечено еще П. Ганнушкиным и Э. Кречмером (конституция индивида; актуализация генетических факторов; здоровье новорожденного; компенсаторные возможности его центральной нервной системы, продолжающей развиваться: рост мозга происходит за счет увеличения числа нейронов и межнейронных связей; адекватное оказание медицинской помощи; внутрисемейный фенотипический полиморфизм и др.). «Момент рождения нарушает ритмы новорожденного. Он должен реорганизовать биоритмы и поведение, чтобы соответствовать внеутробному окружению» [9. Т. 1. С. 245], чему способствуют, в частности, сенсорные стимулы со стороны матери (прикосновения, голос, тепло, общение, контакт «глаза в глаза»). Раздражители имеют волновые характеристики, влияющие на состояние ребенка, когерируя с ним в определенном ключе и меняя ритмы его функционирования (высокочастотные и аритмичные — вызывают беспокойство, генерируя тахиритмию сердца и дыхания, низкочастотные и ритмичные — успокаивают, генерируя брадиритмию). Природный циркулярный ритм *сжатия — расширения, напряжения — расслабления*, являющийся основополагающим для любого проявления органической жизни, проявляется в сосательном рефлексе младенца.

В контексте статьи уместно вспомнить концепцию М. Кляйн (1928), считавшей, что ребенок первого года жизни проходит через оральную фазу, отмеченную депрессивной и параноидно-шизоидной стадиями, т. к. для него грудь матери как объект может быть «добрым» — удовлетворяющим потребность в кормлении и «злым» — не удовлетворяющим ее, обозначив, таким образом, концептуальный схизис психики и матрицу патологии аффекта у любого ребенка, что отчасти подтверждено исследованиями М. Малер (1975), сделавшей вывод о том, что поведение детей с аутизмом — продолжение раннего детства, а между младенцем и ребенком-психотиком есть принципиальное сходство: первый не достиг того, чего не добился второй — Я-идентичности.

Психогенез в значительной мере обусловлен социальными обстоятельствами. «Человеку невдомек, что родственники, на него влияющие,

* Продолжение. Часть 1 см.: Экология человека. — 2011. — № 1. — С. 40–45.

зарождают в нем *образ*, совпадающий с ними отчасти, отчасти же созданный из материала, взятого у субъекта. *Imago* возникает как итог воздействия родителей и специфических реакций ребенка» [13. С. 175]. Стиль жизни матери может определять стиль дальнейшей жизни ребенка, развитие его когнитивных, коммуникативных, эмоциональных особенностей («младенцы депрессивных матерей развивают стиль депрессивного реагирования» [8. Т. 1. С. 259]). Включение в диаду «мать — дитя» отца и последующее формирование триады происходит, по мнению М. Клейн [8. Т. 2. С. 83], после 18 месяцев жизни, что обычно сопряжено с отлучением от груди. Это обстоятельство ребенок переживает крайне остро. До этого он не способен воспринимать себя и мать как отдельные объекты. Психологические подходы определяют поведение матери как *комплементарное* по отношению к поведению ребенка. Когда привычная диада ломается, возникает необходимость в новых факторах, которые вновь адаптировали бы систему, разнообразя репертуар ее синхронизаций, вводя новые полистилистические аранжировки биопсихосоциального контекста, способные влиять на ситуацию в целом.

Акцентируется вектор *социоге́неза*: отцовство — фактор преимущественно социальный и, в отличие от материнского, гораздо более инвариантного, подвержен колебаниям вариантов, имеющих широкую амплитуду. Социум в семье формируется с учетом конструктивных и деструктивных догм и приоритетов родителей, обозначая корни истинного генеза возможной проблемы психического расстройства, сформированной не в момент рождения ребенка и даже не в момент создания семьи его родителями. «Коммуникативные отклонения у родителей, будучи более тонкой мерой, чем симптоматика, — более надежный показатель нарушений у детей, чем наличие симптомов у родителей» [9. С. 49]. Специфические свойства некоторых семей могут нарушать социо́генез ребенка. К таким особенностям относятся: 1. Шизо́генность (эмоциональная холодность, депривация, гиперпротекция, формализация отношений, подавление, амбивалентность поведения родителей, противоречивость их догм, доминирование ригидной матери). 2. Психосоматогенность (тревожная ипохондрически ориентированная мать, коморбидные заболевания родственников). 3. Аффекто́генность (высокая эмоциональная экспрессия, нестабильность отношений, аффективная патология родителей). 4. Аддикто́генность (отсутствие корневых ценностей, воспитание в эмоциональном отвержении, ведущем к дефициту эмоций). 5. Неврозо́генность (ориентация родителей на карьеру, их гиперсоциализированность, хроническая усталость, низкий статус отца, высокий уровень нервно-психического напряжения матери, чувство неудовлетворенности, семейные конфликты) [3].

Эти схемы могут формировать основу дальнейшего семейного дизонтогенеза. Системы воспитания, складывающиеся в патологические конструкции («шизо́генная мать», «тревожная мать» и пр.) и

неврозо́генные психопедагогические «системы» («кумир семьи», «Золушка» и пр.), могут стать звеном дальнейшей эволюции психического расстройства. Дисгармоничная семья более других предполагает возможное развитие у ребенка психовегетативного диатеза (невропатий). В процессе воспитания ребенка неврозо́генность семьи может расти: его неадекватные представления, формирующиеся в процессе социализации, ассимилируют невротический комплекс. В отечественной медицине существует понятие «психический диатез» (предболезнь) — предрасположенность к психическому расстройству. На данном этапе у ребенка может иметь место относительно безобидная в плане психиатрического диагноза симптоматика, базирующаяся на основе психофизической дисгармонии (несоответствие биологического возраста фактическому — на уровне систем и в целом — *декогеренция*), неравномерности развития (сосуществование психических функций, свойственных разным периодам развития — *асинхронизация*) и его *диссоциации* (элементы парадоксальной амбивалентности), возникновения дефицитарности психической жизни. Центральное место в структуре психовегетативного диатеза занимают психомоторная и аффективная возбудимость; плаксивость; нарушения аппетита, речи; неустойчивость вегетативных функций, сочетающиеся с гиперестезией и субфебрилитетом, не связанными с соматикой; ипохондрия; истощаемость, тормозимость в поведении (страх нового) [4] с потерей естественности и непринужденности, ослаблением эмоционального ответа. Клиническое оформление защитных механизмов организма в этом фрактале обретает форму *личностных* эпифеноменов, воздействующих на исходный радикал и модифицирующих его в направлении клинически нейтрального статуса в попытке синхронизации процессов. Несмотря на неспецифичность (основные нарушения этого периода относятся к числу универсальных проявлений психической дезадаптации [6]) и нечеткость клинической картины, организм требует внимания и соответствующих манипуляций коррекционного содержания с привлечением биологического, психологического, социального ресурсов. Социально-средовые факторы становятся нагрузкой на нервную систему ребенка. Период раннего воспитания детей (до 3 лет) формирует основу их личности, обеспечивает их отношение к миру, формирует готовность преодолевать трудности на дальнейших траекториях развития, давая возможность адаптироваться к более сложным уровням функционирования. На ситуацию семьи как системы, десинхронизируя ее ритмы, может влиять психологический компонент гестационной доминанты. В то же время адекватные (синхронизирующие) социально-психологические коррективы этой диссипативной системы в состоянии потенцировать позитивную динамику, нормализуя состояние детей и родителей.

В этом фрактале внешние влияния на тримодальную систему способны формировать *сверхслабые*

флуктуации, как регулирующие и оптимизирующие функционирование организма и семьи, так и оказывающие на них деструктивное влияние, подталкивающее к дальнейшей эволюции шизофрении (родовой катарсис, импринтинг, эгалитарная семья, догмы неадаптивных социальных установок и пр.).

Точкой следующей бифуркации будет кризис 7-го года жизни, влияющий на семью, которой сопутствует эмоциональное напряжение, высокий уровень тревожности: проявляется уровень семейных притязаний — часто без учета способностей и интересов ребенка. Кризис определяется фазой опасного снижения устойчивости диссипативной системы, когда в силу изменившихся условий, сформированные ранее жизненные стереотипы могут вести ее к саморазрушению [7]. Сценарий выхода из кризиса может вести к качественно новым, происходящим на более высоком уровне адаптационным изменениям. При преодолении кризиса онтогенетическое развитие систем организма на всех уровнях еще не ведет к возникновению функциональных психических расстройств, но формирует почву для различных психических расстройств *в перспективе*. Психовегетативный диатез, вызванный десинхронизирующими влияниями извне и сочетающийся со сниженными ресурсными возможностями, предрасполагает невротическим и психосоматическим расстройствам. Он может развиваться по разным траекториям: и в сторону прогрессивности психического расстройства, и в сторону выздоровления субъекта, завися от случайностей вблизи точек бифуркации и при неблагоприятном стечении десинхронизирующих влияний оказываясь новым этапом эволюции шизофрении.

Коррекционным ориентиром фрактала становится оптимизирующая санация всех векторов, но — с разными акцентами в зависимости от ее феноменологического наполнения. Биологические причины и особенности семьи, воспитывающей ребенка с эмоциональным расстройством, констатируют актуальность психологических и психиатрических санирующих интервенций, которые позволяют реализовать *микropsихиатрия* — область медицины, изучающая психологию и психиатрию детей раннего возраста через призму диад «беременная — плод», «мать — дитя» и триады «мать — отец — дитя» [8. Т. 2. С. 164].

В данном фрактале приоритет может быть отдан психологическому тренду. Более эффективной коррекция будет в том случае, если параллельно проводить *психологическую* (возможно, и *биологическую*) санацию *всех* членов семьи. Гармонизирующее (синхронизирующее) влияние тренда социального тоже должно быть использовано: взаимосвязь этих векторов очевидна. Адекватное превентивное воздействие на организм и семью в период, предшествующий очередной бифуркации, может стать средством, позволяющим смягчить дальнейшее развитие шизофрении: «Личностные напластования» могут нейтрализовать биологически обусловленные патогенные тенденции формирующегося болезненного процесса, могут быть

равны последним по силе и сами имеют глубоко фундированное представительство в биологическом субстрате» [9. С. 53]. Но десинхронизирующие влияния на субъекта на психологическом и социальном полях способны и деструктивно изменить его дальнейшее развитие, создавая условия для эволюции шизофрении.

Инициальный фрактал патологии, носящей более отчетливые признаки психического расстройства, характеризуется усилением влияния и роста актуальности *социоге́неза*, определяющего соответствие поведения человека социальным нормам. Фрактал сопровождается уменьшением степеней свободы саморегулирующей адаптации организма, вызванной социальными запретами. Функционирование адаптационных барьеров все более нарушается, что вызвано влиянием не только биологического вектора, но и социальной дезинтеграцией индивида. «Дезадаптированное функционирование личности составляет основу формирования психопатологических проявлений, типичных для пограничных форм психического расстройства» [1]. Пограничные психические расстройства еще носят функциональный характер, представляя собой эпифеномены — надстройки, которые корректируются сравнительно эффективно, не вызывая глубоких биопсихологических деструкций.

В *психогенезе* также происходят негативные изменения. У субъекта начинают формироваться характерологические сдвиги, склонность к обсессиям, причудливое мышление, странные интересы, эмоциональное похолодание (гиперестетически-анестетическая пропорция по Э. Кречмеру). Могут возникать микрокататонические феномены, эпизоды дереализации, тревожность, интрапсихическая атаксия, формирующаяся в результате извращения каналов информации, «*abaissement du niveau mental*» с их односторонностью, затруднениями суждений и слабостью воли, стертые формы (*formes frustes*) и стертая паранойяльная симптоматика («абортные дебюты» [5]), которая в течение фрактала может быть незаметной, оставаясь на уровне субпатологических подозрительности, недоверчивости, пессимистического подросткового скепсиса, одностороннего восприятия действительности (клинический полиморфизм здесь уже имеет достаточно отчетливое звучание), что сужает интенсивность входящих информационных потоков, сокращая число степеней свободы для оптимизирующей синхронизирующей самоорганизации диссипативной системы. Патологические инкрустации такого рода обозначают индикаторное содержание странного аттрактора *следующего* фрактала, к которому будут притягиваться траектории системы, формируя в перспективе более отчетливую картину шизофрении. Актуализируются проблемы переходного возраста, маскирующие истинное клиническое содержание фрактала, создавая микстированные субклинические феномены, формально укладывающиеся в рамки компетенции педагогической коррекции, которой часто ограничиваются санирующие интервенции.

Частым спутником этого этапа оказываются проблемы пубертата и соматическая патология, обозначающие активизацию *биогенеза*, подключившегося к функционированию организма и, возможно, потенцирующего развитие шизофрении, влияя на систему декогерентно. Биологические проблемы могут быть триггером дальнейшего развития шизофрении, подчеркивая актуальность данного тренда в коррекции статуса пациента. «Невроз никогда не пересекает опасную черту, но затем внезапно случается так, что пациент перешагивает ее и явно превращается в психотика» [12]. На первый план выходят соматические и псевдосоматические жалобы, маскируя психические девиации [10]. Особенностью этих состояний является то, что они вытекают из нарушений психики, оставляя истинную природу происхождения проблем невыявленной. Об истинном содержании этих проблем говорит полиморфизм телесных ощущений, отсутствие параллели между субъективной и объективной клиническими картинками, топографическое несоответствие иннервации жалобам, нозологическая неопределенность симптомов [11].

Этот фрактал с позиций синергетики может рассматриваться как преморбид шизофрении. Дальнейшие нелинейные траектории развития психического расстройства могут продолжаться в следующем фрактале, определяющем формы и типы течения шизофрении, ее исхода, где формируются *стойкие* психобиологические изменения, растет социальная дезадаптация. Будущие события в синергетической модели шизофрении и новые сценарии развития ложатся на подготовленную предыдущими фракталами почву, шизогенную основу, включающую, на наш взгляд, триаду: патобиологическая матрица, индивидуальные свойства субъекта, негативные социальные обстоятельства — в их негармоничном, деструктивном, декогерентном взаимодействии. Не исключено, что варианты акцентов пропорций векторов этой триады детерминируют формы шизофрении: биологический тренд предрасполагает развитию злокачественных вариантов шизофрении, шизофрении *tardae*, кататонической и гипертонической шизофрении; психологический — формированию умеренно-прогредиентных типов течения, социальный — рекуррентного типа течения шизофрении.

С учетом концепции синергетики очевидно, что на данном этапе актуальным будет коррекционное влияние как на окружающий социум — по трем векторам, так и на организм — также по трем трендам. Об *окончательно* сформированной шизофрении говорить еще не приходится, но коррекция биологическими препаратами, в т. ч. психотропного (не нейролептического) регистра в ряде случаев представляется уместной — с учетом субпатологической симптоматики. Резонансно-когерентные флуктуации и алгоритмы развития шизофрении привели к изменениям организма, ведущим к дальнейшему функционированию его диссипативной системы в направлении вероятности дальнейшего формирования психического расстройства, актуализировав

алгоритм прогредиентности. Приоритет на данном этапе может быть отдан социальному и биологическому трендам, т. к. новые социальные и биологические условия (нагрузка, связанная с учебной, социальная активность подростка или молодого человека, вступающего в самостоятельную жизнь, масштабная перестройка функционирования биосистем организма), сопровождающие новое качество и содержание жизни индивида, становятся стресс-фактором, требующим от организма масштабных саморегуляционных изменений, максимальных приспособлений и сопровождающимся неочевидными в своем потенциальном результате флуктуациями.

Клинический фрактал. В *психогенезе* происходят радикальные изменения. Болезнь манифестировала, пройдя бифуркацию «кристаллизации бреда», преципитации симптоматики. «На смену недоумевающему взгляду приходит настороженный, останавливающийся на деталях, с попыткой понять их особый смысл» [15. С. 546]. Психопатология обозначает себя вначале паранойяльной; затем — несистематизированной параноидной симптоматикой («индикаторы шизофренного ментального расстройства» [6] — неологизмы, ментизм, шперрунги, симптомы 1-го ранга по К. Шнайдеру). Наблюдаются признаки распада ментальных процессов, диссоциации личностно-мотивационной и операционно-процессуальных сфер мышления (резонерство, символизм, паралогизм, разноплановость). Это манифест шизофрении, который трудно назвать дебютом: обращение к врачу часто оказывается отсроченным, а кроме того, некорректно называть «дебютом» процесс, начавшийся раньше, на что указывали симптомы-«зарницы» (имевшие место в течение предыдущих фракталов), предвещающие негативные (сомнительные) клинические перспективы.

Биогенез также претерпевает заметные изменения. Метаболические нарушения, частота которых, по данным САПЕ, составляет 40 %, обозначают связь между обменными нарушениями и ведущими причинами смерти у больных шизофренией (патология сердечно-сосудистой сферы становится причиной смерти в 6–7, патология дыхательной системы — в 2–6 раз чаще, чем в общей популяции; высоки показатели смертности в связи с последствиями ожирения, сахарным диабетом, инфекционной патологией [16]. В перечень причин смертей больных шизофренией входит онкопатология [2]). У больных шизофренией К. Ясперс выделил группу симптомов, являющихся источником психопатологии или находящихся с ней в определенной связи: изменения зрачков, отеки, цианоз рук и ног, пот со специфическим запахом, «сальность» кожи лица, характерная пигментация, трофические расстройства, изменения веса. Нарушение менструального цикла отмечено у 60 % пациентов с параноидной шизофренией и у 93 % больных кататонической шизофренией.

Социогенез в значительной мере определяется сужением круга социальных контактов, обуслов-

ленных нарастающей негативной симптоматикой: аутизацией, апатией, абулией, особенностями бредовых конструкций пациента. Возможная инвалидизация также ограничивает его социальные потенции. Трансформация социального общения в стилистике минимализма определяет социальный статус пациента, ограничивая степени свободы его диссипативной системы, теряющей возможности для оптимальной самоорганизации.

На данном этапе очевидной, актуальной и неизбежной становится преимущественная коррекция биологического тренда. Но традиционный приоритет, отдаваемый психофармакологии, не должен исключать коррекционных влияний и на другие тренды, формирующие шизофрению: «Симптоматология шизофрении указывает, с одной стороны, на лежащий в основе деструктивный процесс, с другой — ввиду того, что не исключена психогенная этиология и психологическое лечение в соответствующих случаях эффективно, — на психический фактор такой же значимости» [14]. В последние годы этой проблеме уделяется большее внимание, но, с учетом традиционного психиатрического патернализма и известной косности мышления сторонников клинических догм, социальные и психические тренды развиваются относительно медленно и не всегда в правильном направлении, становясь факультативными по отношению к биологическому тренду; тогда как они должны иметь столь же важное значение в коррекции шизофрении — опосредованно через социум и организм. Традиционно считается, что психотерапия в большой психиатрии играет вспомогательную роль; что формирует отсутствие интереса со стороны психиатров к небιологическим сферам коррекции статуса пациента. Социальное и психологическое влияние на психически больного становится формализованным «мероприятием», косвенно подтверждая концептуальную чужеродность комплексного интегративного, целостного, воздействия на пациента — текущей парадигмы научного детерминизма. Тримодальный комплекс возможных санационных воздействий часто сводится к монополии биологического тренда. Редко проводят работу с семьей и ближайшим социумом, оставляя его функционирование на прежнем уровне. Выписанный больной возвращается в прежние социально-психологические условия, уже становившиеся одной из причин его психического расстройства. Нечасто к ведению таких больных подключаются клинические психологи (не считая рутинных диагностических обследований), существенно не влияя на ситуацию. Три вектора шизофрении продолжают деструктивно функционировать, десинхронизируя диссипативную систему и усугубляя психическое расстройство, но лишь один из них подвергается попыткам коррекции. Этот фрактал часто становится стабильным и продолжительным этапом в течении шизофрении, прекратив ее эволюцию, что говорит о консервации психического расстройства с помощью биологического тренда — даже в отсутствие серьезных корригирующих интервенций со стороны

психологического и социального векторов тримодальной диссипативной системы.

Фракталы *хронизации* и *исхода* шизофрении в сфере *психогенеза* сопровождаются соответственно парафренной и апато-абулической симптоматикой, переплетающимися друг с другом в различных пропорциях, считаясь малокурабельными состояниями. Эмоциональная выхолощенность, апатия, абулия, аутизм резко ограничивают число степеней свободы для диссипативной системы. На этих этапах продуктивная симптоматика шизофрении бледнеет, уступая место симптоматике негативной, говоря об угасании энергетичности диссипативной системы болезни, ее инволюции и энтропии, что отразилось дефиницией К. Конрада «редукция энергетического потенциала». Энергетический потенциал шизофрении исчерпан, ее диссипативная система прекращает дальнейшее развитие.

Биогенез развивается в направлении, обозначенном предыдущим фракталом, в алгоритме коморбидной патологии.

Социогенез определяется интенсивностью негативной симптоматики пациента и произошедшими к этому времени социальными утратами.

Традиционная коррекция пациентов с парафренной и апато-абулической симптоматикой сводится к стандартной биологической составляющей («поддерживающей терапии»), несмотря на то, что психологические и социальные программы позволяют влиять на качество и содержание жизни пациентов, меняя флуктуации этой диссипативной системы. Разница методологических подходов и семиотические нюансы в различных областях наук на данном этапе воздвигает высокий междисциплинарный барьер между специалистами разных профилей, влияя на *преemptивность* (сам термин предполагает эстафетность последовательных маршрутов, когда пациент передается от специалиста к специалисту по мере реализации узкопрофильных задач). Ментальная медицина предполагает синхронно-интегральную коррекцию психического расстройства, сочетающую комплекс воздействий, неизолιрованных друг от друга. Негативное влияние на ситуацию оказывает и традиционный каузальный детерминизм, выстраивающий фатальную конструкцию неутешительного клинического прогноза и с пессимистическим скепсисом взирающий на перспективы комплементарных по отношению к биологическому тренду санирующих воздействий. Если внедрение специалистов небιологического профиля в судьбу пациента и происходит, то оно реализуется в отрыве от единой *тримодальной холистической стратегии*, в иной семиотической системе, нося едва ли не факультативный характер, что снижает возможности потенциально достижимого результата.

Превентивно-коррекционные и лечебно-реабилитационные маршруты для больных шизофренией с определением основных форм и содержания полипрофессиональных интервенций и соответствующих

учреждений в обобщенно-суммарном виде представлены в таблице.

Таким образом, шизофрению можно определить как полиморфное, резонансно-когерентное психическое расстройство. Синергетическая терминология не подменяет механистично хрестоматийные клинические категории (аутизм, схизис и пр.), но обнаруживает принципиально новые содержательные и методические ресурсы, позволяющие *системно* объединять различные тренды в их не арифметическом, но интегративном взаимодействии. Концепция синергетики позволяет объяснить рекуррентную форму шизофрении и «обрывающее» действие шоковых методов на течение этого психического расстройства: через хаос неупорядоченности реализуется адаптирующая *самоорганизация* диссипативной системой, достигающей порядка через смоделированные внешними обстоятельствами

флуктуации. Адекватная комплексная коррекция предотвращает дальнейшее прогрессивное движение шизофрении, опровергая ее фатальную детерминированность, задавая организму пациента адаптивный уровень функционирования. В нынешней системе интерпретации шизофрении неясно, почему возникают спонтанные улучшения у таких больных (преагональные ремиссии; ремиссии, обусловленные соматической патологией). Концепция синергетики позволяет предположить, что изменение биологического вектора у больного шизофренией меняет траекторию развития психического расстройства, перераспределив акценты приоритетов и развернув пациента на иной уровень (в другой фрактал) функционирования психики, в то время как его организм развивается в алгоритме коморбидной патологии. Получает подтверждение концепция Н. Барук (1920) о соматопсихическом балансировании,

Превентивно-коррекционные и лечебно-реабилитационные маршруты при шизофрении

Вектор	Ф р а к т а л					
	Предиспозиции	Латентный	Инициальный	Клинический	Хронизации	Исхода
Социогенез	Формирование родительских отношений до рождения ребенка: социальные просветительские программы, социальная поддержка в доступных формах	Адаптивная социализация ребенка и его семьи: воспитательные детские учреждения, развивающие программы, обучающие тренинги	Компенсаторная социальная коррекция микросреды, интеграция субъекта в социум: воспитательно-образовательные учреждения и программы, кружки, секции, общественные движения	Реституционная социальная реабилитация: милитерия, терапия занятости, творческим самовыражением, социальные службы соответствующего направления, клубы, сообщества	Социальная поддержка, реинтеграция в социум: социальные программы по дегоспитализации, психообразовательные модули для их родственников, клубы, трудотерапия в спеццехах предприятий	Реабилитация инвалида: психообразовательные модули для родственников пациентов, трудотерапия, терапия занятостью
Психогенез	Гармонизация резонансных отношений в диаде «мать — дитя»: перинатальная психотерапия, психологическое консультирование, психологические тренинги	Психологическая адаптивная коррекция семейных отношений: все виды семейной психокоррекции и психопрофилактики, микропсихиатрия	Психологическая коррекция и психотерапия: психологические и развивающие личностный рост методики, психологическое тестирование, психотерапия — коррекция психосоматических реакций, психотерапевтические кабинеты детских поликлиник	Психотерапия: широкий круг психотехник — от гештальт-терапии и психодрамы — до аутогенной тренировки. Профилактика и терапия психосоматических расстройств	Психотерапия, психологическая адаптация: психологические образовательные модули для больных шизофренией, применение доступных психотехник	Психологическая коррекция исходных состояний: психообразовательные модули для больных шизофренией, доступные психотерапевтические методики
Соматогенез	Профилактика и коррекция дигенеза: генетическое консультирование, женские консультации, перинатальные центры, соматические службы фетальной и неонатальной медицины, предупреждение случайной беременности, демедикаментизация перинатологии, коррекция психиатрических проблем родителей	Оптимизация педиатрической службы: неонатальные центры, грудное вскармливание, вакцинопрофилактика, оптимизация нейропроцессов во всех звеньях системы семьи	Медикаментозная компенсаторная коррекция психосоматической сферы: детские поликлиники и стационары, психосоматические кабинеты, кабинеты врачей общей практики	Психофармакотерапевтические интервенции, профилактика хронизации и обострений. Лечение психосоматики: различные методы биологической терапии в психиатрических центрах и поликлиниках общесоматической сети	Психотропная терапия, преодоление резистентности и осложнений, профилактика обострений: биологическая терапия	Психотропная и метаболическая терапия: биологическая терапия

объясняемая энергетическим дефицитом бимодальной схемы «психика — соматика». Понятными становятся результаты деятельности Г. Назлояна, занимавшегося с пациентами, которые считались инкурабельными: актуализация адекватного коррекционного влияния со стороны психологического вектора тримодальной схемы на больного, внося в его диссипативную систему дополнительные резонансы, становится средством, позволяющим в сочетании с действием вектора биологического начать оптимизацию функционирования организма, успешно оппонируя прогрессивности шизофрении.

Психиатрия имеет дело с целостным человеком и должна учитывать все привходящие факторы, могущие участвовать в формировании психического расстройства. Целостному, холистическому пониманию сути психических процессов более соответствует ментальная медицина, вооруженная системной методологией синергетики, с новой точки зрения раскрывающей закономерности развития психического расстройства, учитывая взаимодействие векторов социо-, психо- и биогенеза, давая обоснование мультидисциплинарного направления в психопрофилактике и коррекции шизофрении, определяя новые технологические инструменты по адаптивному биопсихосоциальному управлению траекторией развития шизофрении. На основании мультидисциплинарной методологии синергетика позволяет выделить приоритетные направления превентивной деятельности профессионалов (врачей, психологов, специалистов по социальной работе, педагогов и др.) во всех фракталах развития шизофрении, разработав соответствующие превентивно-коррекционные и лечебно-реабилитационные маршруты для пациентов, включающие в себя интегративно функционирующие методики и программы. Синергетика является конструктивной основой, не противоречащей современным критериям диагностики и терапии психических расстройств и на которую могут накладываться расширяющие уровень постижения их сути любые клинические данные, оптимизирующиеся по мере совершенствования психофармакологии, методик обследования, психологической диагностики. Выделение донозологических категорий в психиатрии сокращает диагностическую и прогностическую неопределенность при шизофрении.

Список литературы

1. Бажин Е. Ф. Социально-психологические аспекты ранней диагностики психических заболеваний / Е. Ф. Бажин, Т. В. Корнева // Ранняя диагностика психических заболеваний / общ. ред. В. М. Блейхера. — Киев : Здоровье, 1989. — С. 17–27.
2. Бураков А. В. Аспекты эффективности и безопасности применения антипсихотиков у больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией / А. В. Бураков // Психические расстройства в общей медицине. — 2006. — Т. 1, № 2. — С. 40–45.
3. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков / А. И. Захаров. — Л. : Медицина, 1988. — 248 с.
4. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. — М. : Медицина, 1979. — 608 с.
5. Куценко Б. М. Клинические критерии ранней диагностики шизофрении / Б. М. Куценко // Ранняя диагностика психических заболеваний. — Киев, 1989. — С. 37–48.
6. Мягер В. К. Актуальные проблемы психогигиены и психопрофилактики / В. К. Мягер // Сборник научных трудов Ин-та им. В. М. Бехтерева. — Л. : Медицина, 1983. — Т. 103. — С. 5–8.
7. Назаретян А. П. Цивилизационные кризисы в контексте Универсальной истории / А. П. Назаретян. — М. : ПЕРСЭ, 2001. — С. 167.
8. Перинатальная психология и психиатрия : в 2 т. / под ред. Н. Н. Володина и П. И. Сидорова. — М. : Изд. центр «Академия», 2009. — Т. 1. — 298 с.; Т. 2. — 250 с.
9. Семичев С. Б. Изучение повышенного риска заболеваемости шизофренией / С. Б. Семичев // Вопросы ранней диагностики психических заболеваний / под общ. ред. А. А. Портнова. — М., 1977. — Т. 78. — 216 с.
10. Сукиасян С. Г. Соматизированные психические нарушения / С. Г. Сукиасян. — Ереван, 1996. — 218 с.
11. Сукиасян С. Г. Соматизированные психические нарушения / С. Г. Сукиасян, Н. Г. Манасян, С. С. Чшмаритян // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2001. — № 2. — С. 57–61.
12. Юнг К. Г. О психогенезе шизофрении / К. Г. Юнг // Психология Dementia praecox / К. Г. Юнг. — Минск : Харвест, 2003. — С. 252.
13. Юнг К. Г. Отношения между Я и бессознательным / К. Г. Юнг // Психология бессознательного : Собр. соч. / К. Г. Юнг. — М. : Канон, 1994. — 319 с.
14. Юнг К. Г. Современный взгляд на шизофрению / К. Г. Юнг // Психология Dementia praecox / К. Г. Юнг. — Минск : Харвест, 2003. — 400 с.
15. Betzendahl W. Die Wahrnehmungsgrundlagen der Wahnbildung / W. Betzendahl // Ztschr. f. a. ges. Neurol. u. Psychiat. — 1938. — Bd. 161. — S. 546.
16. Harris E. C. Excess mortality of mental disorder / E. C. Harris, B. Barraclough // British Journal of Psychiatry. — 1998. — Vol. 173. — P. 11–53.

SYNERGETICS OF SCHIZOPHRENIA Part 2

P. I. Sidorov, I. B. Yakushev

Northern State Medical University, Arkhangelsk

In Part 2 of the article, consideration of synergetics propositions relating to schizophrenia has been continued. There have been analyzed fractal dynamics of extrauterine development of this pathology taking into consideration of several factors effecting its dynamics and progression. A concept of schizophrenia monitoring beginning from its prenatal manifestations has been proposed, as well as preventive-correctional and medical-rehabilitation routes for each of fractals of development of this mental disorder.

Key words: synergetics, schizophrenia, fractal, dissipative system, coherence, synchronization, strange attractor.

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович — профессор, академик РАМН, ректор Северного государственного медицинского университета, директор института ментальной медицины СГМУ

Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
Тел. (8182) 28-57-91
E-mail: info@nsmu.ru